



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA**  
**PSICANALÍTICA**

**O SINTOMA NA OBRA FREUDIANA**

**NATHALIA CHRISTINA GONZAGA MARTINS**

**Rio de Janeiro**

**2021**

# **O SINTOMA NA OBRA FREUDIANA**

**NATHALIA CHRISTINA GONZAGA MARTINS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Coelho dos Santos

**Rio de Janeiro**

**Julho/2021**

# **O SINTOMA NA OBRA FREUDIANA**

**NATHALIA CHRISTINA GONZAGA MARTINS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

## **APROVADA POR:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Coelho dos Santos

Presidente / Orientadora

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Lana Garcia de Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Guedes Lopes

Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana

**Rio de Janeiro**

**Julho/2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M386 Martins, Nathalia Christina Gonzaga.  
O sintoma na obra freudiana / Nathalia Christina Gonzaga  
Martins. Rio de Janeiro, 2021.  
118 f.

Orientadora: Tania Coelho dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2021.

1. Psicanálise. 2. Sintomas. 3. Neuroses. I. Santos, Tania Coelho dos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 150.195

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup> Tania Coelho dos Santos, pelos valiosos ensinamentos e pela firme dedicação na transmissão da teoria psicanalítica. Seu saber despertou novos desejos em minha vida. Obrigada pela aposta na formação do saber psicanalítico e pela oportunidade de construir esse saber.

À professora Dr<sup>a</sup> Flavia Lana Garcia de Oliveira, pelo incentivo e contribuição no estudo dos textos freudianos. A precisão do seu estímulo foi fundamental para o meu ingresso no mestrado.

À minha família, pelo apoio incondicional, pela infinita compreensão e por apostar em meu crescimento profissional.

Ao meu namorado, pela paciência, pelo amor, por estar ao meu lado e acreditar em meu potencial.

Às minhas amigas e colegas de profissão, que me acompanham desde o início da graduação. Grata por trilharmos um caminho em conjunto, pela amizade e pelo constante apoio.

Aos colegas do ISEPOL, pelas valiosas trocas e aprendizados.

À Mônica Campioli, pela compreensão e flexibilidade no início dessa trajetória.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, pelos ensinamentos e suporte institucional.

*"Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar."*

*Sigmund Freud*

*Sobre o narcisismo: uma introdução (1914c/1996), p. 92.*

## **RESUMO**

### **O SINTOMA NA OBRA FREUDIANA**

**Aluna:** Nathalia Christina Gonzaga Martins

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tania Coelho dos Santos

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

O sintoma perpassa toda a obra freudiana, sendo elaborado e reformulado ao longo dos anos. É uma concepção complexa e seu estudo denso, porém de valor inestimável para a teoria psicanalítica. O tema deste trabalho é proveniente de questionamentos surgidos ao longo da prática de uma psicóloga em um hospital geral. O sintoma físico é um conceito presente e amplamente divulgado no ambiente hospitalar, despertando o interesse no aprofundamento do estudo do sintoma psíquico. Partindo deste ponto, foi iniciado este trabalho, fruto de uma pesquisa conceitual sobre o sintoma na obra freudiana, desde as publicações pré-psicanalíticas até os últimos escritos. Destacamos três momentos da elaboração do sintoma neurótico: o primeiro é composto por articulações da fase pré-psicanalítica, o segundo engloba o auge da metapsicologia freudiana e o terceiro consiste na rediscussão das principais características do sintoma à luz da segunda tópica. Buscamos enfim compreender o que leva um sujeito a adoecer de uma neurose, enquanto outros diante de impasses similares, permanecem sadios.

**Palavras-chave:** psicanálise; sintoma; inconsciente; recalque; neurose.

**Rio de Janeiro**

**07 / 2021**

## **ABSTRACT**

### **THE SYMPTOM IN FREUD'S WORK**

**Student:** Nathalia Christina Gonzaga Martins

**Advisor:** Prof. Tania Coelho dos Santos, PhD.

Abstract of the Master's Dissertation submitted to the postgraduate program in Psychoanalytic Theory at the Psychology Institute in the Federal University of Rio de Janeiro – UFRJ, as part of the necessary requirements for obtaining the Master's Degree in Psychoanalytic Theory.

The symptom is a concept that runs through Freud's entire work, being elaborated and reformulated over the years. It is a complex theme and his study is dense, however it is invaluable for psychoanalytic theory. The theme of this paper comes from inquiries throughout the practice of a psychologist in a general hospital. The physical symptom is present and widely disseminated in the hospital environment, arousing interest in the in-depth study of the psychic symptom. This paper is the result of a conceptual research of the symptom in Freud's work, starting from the pre-psychoanalytic publications until his last writings. We highlight three moments in the elaboration of the neurotic symptom: the first is composed of articulations from the pre-psychoanalytic phase, the second encompasses the culmination of Freudian metapsychology, and the third consists in the rediscussion of the main features of the symptom in light of the second topic. We also seek to understand what leads a subject to fall ill from a neurosis, while others, facing similar impasses, remain healthy.

**Key-words:** psychoanalysis; symptom; unconscious; repression; neurosis.

**Rio de Janeiro**

**07 / 2021**



## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 – Início da Psicanálise: primeiras formulações sobre o sintoma.....</b>	<b>16</b>
1.1 – Encontro de Freud com Charcot.....	16
1.2 – A histeria.....	17
1.3 – Hipnose e início da associação livre.....	21
1.4 – Caso Clínico: Elizabeth von R.....	24
<b>Capítulo 2 – Metapsicologia Freudiana: sintoma como formação de compromisso.....</b>	<b>27</b>
2.1 – O saber inaugurado por Freud.....	27
2.2 – Parapraxias.....	27
2.3 – Sonhos.....	29
2.4 – Recalque.....	35
2.5 – Inconsciente.....	40
2.6 – Transferência.....	43
2.7 – Sintomas.....	46
2.8 – O sintoma em Leonardo da Vinci.....	49
<b>Capítulo 3 – Formalização da 2ª tópica: sintoma para além do princípio de prazer.....</b>	<b>62</b>
3.1 – Além do princípio de prazer e pulsão de morte.....	62
3.2 – Considerações sobre o sintoma na 2ª tópica.....	67

3.3 – Defesa e resistências.....	70
3.4 – Inibições e as funções do ego.....	73
3.5 – Angústia e formação dos sintomas.....	76
3.6 – Um caso de fobia animal.....	85
3.7 – Angústia em outras neuroses.....	90
3.8 – Angústia, dor e luto.....	99
3.9 – Relações quantitativas nas neuroses.....	101
<b>Considerações finais.....</b>	<b>105</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>115</b>

## INTRODUÇÃO

O sintoma na obra freudiana surgiu como tema do meu interesse no final da minha pós-graduação e início do estudo dos textos freudianos. Durante minha graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), encontrei a psicologia hospitalar e nos últimos anos da faculdade, me dediquei a essa área. Fiz alguns estágios e ao me formar, comecei a trabalhar como psicóloga em um hospital privado da zona oeste do Rio de Janeiro.

Em paralelo ao início da minha jornada profissional, iniciei a pós-graduação em Psicologia Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A parte teórica era composta por algumas aulas com temáticas da psicologia hospitalar e a prática era no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

Durante esses dois anos, conheci muitos pacientes. Pessoas de diversas classes sociais, gêneros e idades, todas adoecidas fisicamente. Doenças das mais variadas origens: oncológicas, cardíacas, neurológicas, etc.

Cada paciente que eu encontrava me permitia descobrir uma nova realidade. O paciente me revelava sua experiência do mundo e o impacto que o adoecimento tivera nele. Observei com surpresa a singularidade de reações que apareciam diante de um mesmo diagnóstico assim como a similaridade de reações em diagnósticos muito diferentes.

Várias perguntas me surgiam desta observação, muitas delas a psicologia hospitalar não era capaz de me responder. Por que frente ao mesmo diagnóstico, as pessoas reagiam de modos tão diferentes? Por que uns adoecem psicologicamente e outros não?

O argumento da unicidade do indivíduo me parece insuficiente. A psicologia hospitalar estuda as diferentes personalidades e atribui a estes tipos básicos os adoecimentos que lhes acometem com maior frequência estatística. Seguindo esse raciocínio, teríamos de esperar reações similares em tipos e situações similares. No entanto, a prática demonstrou que não era isso que ocorria.

Em meio a essas interrogações, reencontrei a psicanálise. Havia estudado um pouco da matéria em algumas disciplinas durante a graduação, mas foi muito insuficiente diante da profundidade dos textos freudianos. Iniciei em um grupo de estudo sobre a obra

freudiana do Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana (ISEPOL) com a orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Tania Coelho dos Santos e ali, surgiu a expectativa de que eu pudesse encontrar respostas mais apropriadas para as minhas perguntas.

O conceito de sintoma em um hospital é vivenciado e explorado cotidianamente. O sintoma físico se fazia presente na minha rotina de trabalho. Ao entrar em contato com a obra freudiana, e entender que havia um conceito de sintoma que perpassava todo o estudo de Freud, me pareceu ser o tema adequado para a minha pesquisa de mestrado.

Em um primeiro momento, achei que ao estudar o sintoma freudiano, eu encontraria as respostas como cada sujeito lida com seu adoecimento. Conforme eu fui me aprofundando nos estudos, percebi o tamanho da complexidade do conceito e a densidade do estudo da teoria psicanalítica.

Nesse trabalho de conclusão do mestrado, trago as mais importantes contribuições de Freud acerca do sintoma psíquico. Trago também o que eu pude alcançar ao longo desses dois anos. Dois anos intensos, de muitas mudanças e descobertas, que culmina com a compreensão de que o sintoma físico é um conceito muito mais simples do que a dimensão do sintoma freudiano.

O primeiro capítulo é composto por considerações sobre os primórdios da psicanálise. No início da sua carreira médica, Freud foi aluno de Meynert, um psiquiatra que o impressionou pelos tratamentos médicos que infligia a seus pacientes, sem se preocupar com sua fala. Freud não concordava com a abordagem e sentia a necessidade de levar em conta a relação terapêutica. Por isso, decidiu investir na neurologia e posteriormente se dedicar às “doenças dos nervos”.

A escola francesa parecia mais evoluída do que a austríaca no tratamento das doenças nervosas. Em 1885, Freud se candidatou ao prêmio da “Bolsa de Estudos do Fundo do Jubileu Universitário”, expressando o desejo de estudar no Hospital de la Salpêtrière, em Paris, França.

Jean-Martin Charcot era professor e médico no Hospital de la Salpêtrière, considerado o maior especialista em histeria da época. Charcot não só estudava a doença histérica como também ensinava sobre ela, com demonstrações práticas do seu trabalho com essas pacientes. As lições assistidas por médicos e intelectuais, demonstravam que as paralisias ou gesticulações obscenas não eram resultado de feitiçaria, nem de lesões físicas, mas sim de origem traumática.

Charcot comprovava sua hipótese fazendo desaparecer e reaparecer esses sintomas. A hipnose utilizada por ele não tinha fins terapêuticos, não se preocupava em tratar ou curar as neuroses, era apenas para demonstrar a pertinência de sua concepção da histeria.

Freud deu um passo a mais na trilha inicialmente aberta por Charcot, marcando o início da psicanálise. Foi ele quem descobriu o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos, estudou seus sintomas e trabalhou em prol da melhora de cada paciente histérica.

O criador da psicanálise descreveu os sintomas físicos e também psíquicos da histeria, demonstrando que existe uma conexão casual da manifestação corporal com um trauma desencadeador. Nesse momento de sua obra, Freud foi obrigado a reconhecer que a etiologia da histeria deveria ser buscada no campo da experiência sexual.

Os sintomas histéricos são compreendidos como derivados de lembranças sexuais que agem inconscientemente e que, através do mecanismo de conversão, se expressam somaticamente em um órgão.

A hipnose foi utilizada, inicialmente, como método médico e apresentava certo êxito no tratamento das doenças nervosas. No entanto, devido às insuficiências da abordagem, ela foi abandonada por Freud, dando lugar ao método da associação livre.

Encerramos o primeiro capítulo com o caso clínico de Elizabeth von R. Ela foi uma paciente histérica atendida por Freud em 1892, é considerado o primeiro caso de uma análise integral.

O segundo capítulo dessa dissertação é dedicado ao auge da metapsicologia freudiana. A psicanálise desvela a lógica do inconsciente e conceitos importantes são formulados.

Freud estuda os fenômenos psíquicos presentes em qualquer pessoa, sejam elas sadias ou neuróticas. Começa pelos sonhos demonstrando seu mecanismo de formação, seu objetivo, e o trabalho de interpretação realizado pelo analista. A condição básica para a formação dos sonhos é poder representar algo que seja a realização de um desejo, e são os desejos inconscientes que dão ao sonho sua força psíquica impulsora.

A parapraxia também é um objeto de estudo e investigação para a psicanálise. Freud nota que há duas intenções nesse fenômeno psíquico, a da elocução que perturba e da que é perturbada. Surgem os primeiros escritos sobre a formação de compromisso entre

duas forças opostas.

A seguir, o conceito do recalque é formulado e vai constituir um dos pontos de maior relevância dentro da teoria psicanalítica. Freud descreve o funcionamento do aparelho psíquico e os princípios que o regem. O recalque é um dos possíveis destinos de uma pulsão e tem ligação com o mecanismo formador dos sintomas.

Segundo Freud, o inconsciente é o ponto de partida dos fenômenos psíquicos. O inconsciente sempre esteve presente e fez sentir seus efeitos antes do “ato de nascimento da psicanálise”. Mas é com Freud que esse saber é constituído, foi ele quem nos forneceu as bases de investigação e o conhecimento sobre o inconsciente.

Os sonhos, as parapraxias e os sintomas constituem vias de acesso ao inconsciente. Conseguem irromper na consciência através de mecanismos de distorção e fornecem ao analista um rico material de investigação.

A transferência é o ponto chave para o sucesso do tratamento psicanalítico, possibilita as intervenções e interpretações do material inconsciente. Porém, também pode se transformar no mais poderoso meio de resistência. Todo conflito que emerge durante a análise deve ser combatido na esfera da transferência.

Nesse momento, Freud compreende o sintoma psíquico como uma solução de compromisso que busca evitar a irrupção da angústia proveniente dos conflitos entre as pulsões do eu (autopreservativas) e as pulsões sexuais. De um lado, ele fornece ao inconsciente um “escoadouro” para a descarga de sua libido e de outro, possibilita, até certo ponto, ao sistema pré-consciente o controle do inconsciente. Em determinado momento, Freud se pergunta se a formação de um sintoma é um bom acordo.

O sintoma é considerado a porta de entrada para as determinações subjetivas do indivíduo. É o ponto de partida para que o analista consiga visualizar a estrutura da doença de cada sujeito.

Finalizamos o segundo capítulo, ilustrando esse momento frutífero da psicanálise, com o estudo de Freud acerca da personalidade de Leonardo da Vinci. Freud pontua alguns de seus sintomas, acreditando se tratar de uma neurose obsessiva.

O terceiro e último capítulo é composto pelas considerações de Freud a partir de 1920. Ele retoma o ponto de vista econômico do aparelho psíquico e diante do fenômeno da compulsão à repetição, que observou em sua clínica, percebe algo que se repete, mesmo causando desprazer ao sujeito. Há algo que sobrepuja o princípio de prazer e

Freud começa a pensar sobre a existência de algo que chamou de “além do princípio de prazer”.

O autor se interroga sobre a relação entre compulsão à repetição e a vida pulsional. Em sua investigação, Freud começa a tratar da pulsão que busca retornar ao estado inanimado, a pulsão de morte. Nesse momento, o dualismo pulsional descrito por Freud muda de eixo, e passa a se referir à oposição entre as pulsões de vida e as pulsões de morte.

À luz da segunda tópica, Freud propõe a rediscussão das principais características do sintoma. O sintoma é uma formação substituta de um conteúdo inconsciente e recalçado. Esse substituto disfarçado não é reconhecido como satisfação, não há qualquer sensação de prazer, na verdade, sua realização gera compulsão.

Freud afirma que, em um determinado momento, o ego entende que o sintoma permanecerá. Então, o ego tenta se adaptar a ele e tirar o máximo proveito da situação. Com o tempo, o sintoma passa a ser representante de interesses importantes, funda-se mais ao ego e se torna indispensável a ele.

A angústia ganha notoriedade e é articulada ao processo de formação dos sintomas. Nesse momento, diversas reações de angústia são estudadas e para Freud, a angústia de castração é considerada a única força motora dos processos defensivos que conduzem à neurose.

É através da geração de angústia, que a formação dos sintomas é colocada em movimento. O sintoma quando formado põe fim a uma situação de perigo. O caso da fobia infantil animal ilustra o mecanismo formador do sintoma frente à angústia proveniente do conflito na fase do complexo de Édipo.

Encerramos esse capítulo com as reflexões de Freud sobre as conexões que percebe entre as situações de perigo e o desenvolvimento de uma neurose, ele afirma que o perigo é comum a todos e que estes são destinos comuns da humanidade. Na concepção do autor, há três fatores – biológico, filogenético e psicológico – que permeados pelas relações quantitativas, são determinantes na causação de uma neurose.

## CAPÍTULO 1

### **Início da Psicanálise: primeiras formulações sobre o sintoma**

Neste capítulo, trataremos considerações acerca do início da psicanálise. Começando pelo encontro de Freud com Charcot no Hospital de la Salpêtrière, chegaremos ao estudo sobre a histeria e a utilização da hipnose. O caso clínico que ilustra esse momento inicial será a da paciente histérica, Srta. Elizabeth von R., atendida por Freud no outono de 1892.

#### **1.1 – Encontro de Freud com Charcot:**

Em 1885, Freud se candidatou ao prêmio da “Bolsa de Estudos do Fundo do Jubileu Universitário”, expressando o desejo de estudar no Hospital de la Salpêtrière, em Paris, França. Esse desejo foi motivado pelo grande acervo de material clínico e também pela presença do professor Dr. Charcot, que trabalhava e lecionava nesse hospital.

Jean-Martin Charcot foi um médico e cientista francês. Desde o internato médico, ele se dedicou ao estudo das doenças nervosas crônicas e sua base anatomopatológica. Em 1881, foi instituída, e confiada à Charcot, uma cátedra de Neuropatologia no Hospital de la Salpêtrière.

Com a bolsa de estudos, a intenção inicial de Freud seria o estudo das atrofia e degenerações secundárias que se seguem às afecções do cérebro nas crianças. Apesar de um rico material patológico à disposição, o laboratório não apresentava condições para receber um pesquisador estrangeiro.

Entretanto, a clínica do Salpêtrière proporcionava um vasto material novo e do interesse de Freud. Ele se sentiu atraído pelo estudo e pela personalidade do professor Charcot, limitando suas visitas a esse hospital e buscando os ensinamentos desse único homem.

De modo geral, Charcot entendia que o trabalho da anatomia e das doenças orgânicas do sistema nervoso estava completa, sendo necessário adentrar no estudo das neuroses. Desde o início das atividades do ambulatório e da clínica, Charcot teve a oportunidade de estudar tantos homens como mulheres, e dedicou-se à pesquisa das neuroses, principalmente da histeria.

A histeria era uma doença cercada de preconceitos e não fora considerada um



valioso objeto de estudo ao longo da história. Nos séculos passados, a histérica era julgada e condenada como feiticeira ou possuída pelo demônio; e pouco havia mudado desde então, uma vez que no tempo de Freud, a mulher histérica era tratada como simuladora.

O diagnóstico de histeria até então era realizado por exclusão; foi Charcot quem estabeleceu certos critérios com base em indicações positivas. Ele encontrou numerosos sinais somáticos e através do estudo científico do hipnotismo, chegou a uma espécie de teoria da sintomatologia histérica.

Segundo Freud, “a histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra” (1956 [1886]/1996, p. 77). Ele orienta que uma neurose deve ser definida de modo puramente nosográfico. As modificações fisiológicas do sistema nervoso são a base da histeria, sua essência consiste nas condições de excitabilidade nas diferentes partes desse sistema.

## **1.2 – A histeria:**

Freud, ao se dedicar ao estudo das históricas, abriu o caminho para a psicanálise. Descobrimo o mecanismo psíquico dos fenômenos históricos, deu um passo à frente na trilha inicialmente aberta por Charcot.

No texto “Histeria” (1888/1996), Freud conceituou a sintomatologia da histeria. Começou pelos “ataques convulsivos”, que podem ser considerados como sintomas isolados ou representam em si mesmas um ataque. As “zonas histerógenas” são áreas supersensíveis do corpo, com um leve estímulo pode desencadear um “ataque”.

Os sinais mais frequentes e mais importantes para o diagnóstico de uma histeria são os distúrbios de sensibilidade, anestesia ou hiperestesia de variado grau de intensidade. Distúrbios da atividade sensorial, paralisias de certa parte do corpo e contraturas musculares também podem constituir os sintomas da histeria.

Logo, a sintomatologia da histeria é marcada por uma série de características gerais que precisam ser conhecidas para que se possa atingir a melhor compreensão e diagnóstico dessa doença.

Uma dessas características é que as manifestações históricas tendem a ser exageradas; a anestesia e a paralisia serão absolutas, a dor e a contração muscular serão no mais alto grau. A histeria é um distúrbio, que ao mesmo tempo, pode ser desenvolvido

em grau altíssimo, e também limitado da forma mais nítida.

Além dos sintomas físicos da histeria, há uma série de distúrbios psíquicos. Essas modificações psíquicas são consideradas como a base do estado histérico e se encontram a nível inconsciente. Segundo Freud:

Esses distúrbios psíquicos são alterações no curso e na associação de ideia, inibições na atividade da vontade, exagero e repressão [recalque] dos sentimentos – que podem ser resumidos como alterações na distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação (1888/1996, p. 86).

Na “Comunicação Preliminar” (1893/1996) dos “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895/1996), Freud e Breuer entendem que na histeria há uma separação entre a vivência traumática e o afeto dela decorrente. A lembrança afetiva que foi “estrangulada” aparece nos sintomas. É possível entender o sintoma histérico como símbolo dessa lembrança que foi suprimida.

Freud afirma que os sintomas exibem uma conexão casual com um trauma desencadeador. Nem sempre essa conexão é clara, por vezes há uma “relação simbólica” entre a causa precipitante e o fenômeno patológico; por exemplo, o sintoma de vômitos após um sentimento de repulsa moral.

A histeria é um estado e sua etiologia deve ser buscada na hereditariedade. Freud acredita que “os histéricos sempre têm uma disposição hereditária para perturbações na atividade nervosa” (1888/1996, p. 86). A criação cheia de mimos, o despertar prematuro da atividade mental nas crianças, excitamentos frequentes e violentos são fatores capazes de propiciar o desenvolvimento de uma disposição histérica.

As causas acidentais são aquelas que desencadeiam o início do ataque histérico. Susto, vergonha, dor física ou angústia, são afetos aflitivos que podem ser evocados por qualquer experiência e podem atuar como um trauma.

No caso da histeria, o trauma é a causa incidental mais frequente. Por ocasião de um trauma físico, a disposição histérica não detectada pode manifestar-se através do medo e de uma perda momentânea da consciência, e também pode ocorrer que a parte do corpo afetada pelo trauma se torne a sede de uma histeria local.

A condição para a experiência ser traumática depende da suscetibilidade da pessoa afetada. Prossigo com Freud, quando em seu “Manuscrito inédito de 1931” (1931/2017), ele afirma que “em algumas pessoas o equilíbrio é tão bem estabelecido que são capazes de suportar muita infelicidade sem sucumbir à neurose; já outras precisam de somente um

pouco de má sorte para que se inicie a formação do sintoma neurótico” (p. 67).

Desde o início de sua obra, Freud fala sobre a importância da esfera sexual na influência das neuroses. Ao avançar sobre as causas determinantes para a aquisição de uma neurose e na investigação sobre os sintomas, ele foi obrigado a reconhecer que sua etiologia deveria ser buscada no campo das experiências sexuais. Freud afirma que:

As condições funcionalmente relacionadas à vida sexual desempenham importante papel na etiologia da histeria (assim como na de todas as neuroses), e isto se dá em virtude da elevada significação psíquica dessa função, especialmente no sexo feminino (1888/1996, p. 87).

Os primeiros sinais da histeria, normalmente, aparecem na adolescência. O período anterior e posterior à puberdade possibilita um primeiro surto da neurose em meninos e meninas de intensa disposição histérica.

A curabilidade para os distúrbios histéricos é questionável. Os sintomas podem durar anos e desaparecer subitamente, assim como, podem passar por um período de latência e reaparecer com igual ou maior intensidade. Nesse último caso, a causa desencadeante permanece atuante no inconsciente.

Em “Comunicação Preliminar” (1893/1996), Freud concluiu que o trauma desencadeante continua atuante, das mais diversas formas, durante anos. Assemelha-se a uma situação de sofrimento psíquico que mesmo quando recordado em estado consciente de vigília após muito tempo, continua provocando lágrimas. Freud, então, afirma que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (1893/1996, p. 43).

O esquecimento de uma lembrança ou a perda de seu afeto depende de vários fatores. Para Freud, o mais importante deles é “se houve reação energética ao fato capaz de provocar um afeto” (1893/1996, p. 44). Pela reação, em reflexos voluntários ou involuntários, a pessoa é capaz de descarregar seus afetos. Como resultado de uma reação enérgica, em geral, grande parte do afeto desaparece.

Se essa reação for recalcada ou suprimida, o afeto permanece vinculado à lembrança. Nos histéricos, essas lembranças estão ausentes de sua memória consciente; é sob hipnose que elas emergem.

Freud distingue dois grupos de condições pelos quais a reação foi impossibilitada. A primeira é quando a natureza do trauma não comporta uma reação; como a perda irreparável de entes queridos, ou por circunstâncias sociais ou por se tratar de coisas que o sujeito desejava esquecer. O segundo diz respeito ao estado psíquico em que esses

pacientes receberam as experiências em questão, não tanto pelo conteúdo das lembranças. As duas condições podem também estar presentes em uma mesma experiência.

Freud conclui que “as representações que se tornaram patológicas com tal nitidez e intensidade afetiva porque lhes foram negados os processos normais de desgaste por meio da ab-reação e da reprodução em estados de associação não inibida” (1893/1996, p. 44).

Há três tarefas a serem realizadas ao longo do tratamento de um paciente histérico. A primeira delas é o tratamento da disposição histérica, em seguida dos ataques histéricos, e por último, dos sintomas histéricos isolados.

Não é possível eliminar a disposição histérica, mas podem-se instituir medidas profiláticas. Retirar o paciente de suas condições habituais e isolá-lo do círculo em que ocorreu o ataque é a primeira condição para a intervenção ser bem sucedida.

Freud adverte para a grande resistência do sistema nervoso histérico à influência química. Orienta que o método da hipnose e da sugestão parece ser o mais notável entre os meios capazes de remover os sintomas histéricos.

Sob hipnose o médico faz com que o paciente remonte a pré-história psíquica da doença, compelindo-o a reconhecer a ocasião psíquica em que se originou o referido distúrbio. Segundo Freud:

Cada sintoma histérico individual desaparecia de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras (1893/1996, p. 42).

O tratamento, então, consiste em remover as fontes psíquicas que estimulam os sintomas histéricos, uma vez que a causa da histeria está na vida ideativa inconsciente. Nas palavras de Freud, “consiste em dar ao paciente sob hipnose uma sugestão que contém a eliminação do distúrbio em causa” (1888/1996, p. 93).

Freud afirma que o método psicoterápico tem efeito curativo. Segundo o autor, esse método permite que o afeto estrangulado encontre saída através da fala, pondo em termo a força atuante da representação que não foi ab-reagida no primeiro momento. Essa representação é submetida à correção associativa, sendo introduzida na consciência normal (sob hipnose leve) ou eliminada por sugestão do médico.

### 1.3 – Hipnose e início da associação livre:

Conforme visto, sob orientação de Charcot, Freud se concentrou nos estudos sobre a histeria. Quando Freud voltou para Viena, sua clientela foi acrescida de pacientes histéricas. Hidroterapia, eletroterapia, massagens e cura pelo repouso foram métodos iniciais utilizados por Freud. Insatisfeito com os resultados, Freud se voltou para a hipnose, logrando pequenos êxitos.

Em 1891, Freud escreveu um texto sobre a hipnose. Afirmou que a hipnose é um método médico e o médico que desejasse exercê-la, deve estudar com um mestre experiente e tratar do assunto com seriedade e firmeza.

Uma das primeiras regras é não impor a hipnose para o paciente. Há aqueles que temem a hipnose, outros que a desacreditam, o preconceito está difundido no grande público, tanto nos leigos quanto nos médicos. É importante saber quem é o paciente que se deseja hipnotizar e formar um julgamento provisório da individualidade psíquica daquele sujeito.

A hipnose apresentava bom êxito nas doenças nervosas, de origem psíquica, e também no tratamento de dependentes de tóxicos ou outras adições. É um método que pode ser útil em vista de um diagnóstico diferencial. Em geral, se evitava aplicar a hipnose nas doenças orgânicas.

Prossigo com Freud, quando este descreve o procedimento da hipnose:

Colocamos o paciente numa cadeira confortável, pedimos que se mantenha cuidadosamente atento e que não fale mais, pois falar lhe impediria o adormecer. Remove-se-lhe qualquer roupa apertada e pede-se a quaisquer outras pessoas presentes que se mantenham numa parte da sala onde não podem ser vistas pelo paciente. Escurece-se a sala, mantém-se o silêncio. Após esses preparativos, sentamo-nos em frente ao paciente e pedimos-lhe que fixe os olhos em dois dedos da mão direita do médico e, ao mesmo tempo, observe atentamente as sensações que passará a sentir. Depois de um curto espaço de tempo, um minuto, talvez, começamos a persuadir o paciente a sentir as sensações do adormecer (1891/1996, p. 148).

Em “Comunicação Preliminar” (1893/1996) dos “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895/1996), Freud e Breuer afirmam que “é necessário hipnotizar o paciente e provocar, sob hipnose, suas lembranças da época em que o sintoma surgiu pela primeira vez; feito isso, torna-se possível demonstrar a conexão causal da forma mais clara e convincente” (1893/1996, p. 39).

A sugestão é uma parte importante dentro da técnica da hipnose, é onde

encontramos o verdadeiro valor terapêutico. Consiste em comentários persuasivos que contém uma enérgica negação dos males dos quais o paciente se queixou ou em uma afirmação de que ele pode fazer algo, como uma ordem para que o execute. O efeito poderá ser imediato ou pós-hipnótico.

A sugestão hipnótica foi o instrumento inicial escolhido por Freud para persuadir o paciente a produzir material proveniente da região inconsciente da mente. Não bastava indagar os processos mentais conscientes, era necessário alcançar os processos mentais inconscientes.

A duração da hipnose deve ser planejada de acordo com a necessidade prática e está ligada ao sucesso da técnica. Já a profundidade não está ligada ao êxito, hipnoses leves podem produzir grandes modificações.

O método hipnótico está em conformidade com outras técnicas médicas; sua direção é contra os sintomas e não contra os processos patológicos. O êxito alcançado pela hipnose e a estabilidade da cura depende de inúmeros fatores, que também se fazem presentes em outros tratamentos.

Nos casos em que os sintomas são de origem psíquica, a hipnose preenche todos os requisitos necessários. Freud afirma que “nessas circunstâncias, fazer perguntas e infundir calma ao paciente em hipnose profunda geralmente proporciona o mais brilhante êxito” (1891/1996, p. 154).

Na série de casos clínicos relatados por Breuer e Freud, a paciente de Breuer, Srta. Anna O, descreveu esse método como a “cura pela fala” e também como “limpeza de chaminé”. Durante a hipnose, a paciente expressava suas alucinações e angústias, descarregando-as através da fala e então aliviava os produtos imaginativos acumulados do dia anterior.

O método da hipnose foi abandonado gradualmente por Freud. Dois motivos são claros; o primeiro era a dificuldade em executá-lo com alguns pacientes. Havia pacientes histéricos que não podiam ser hipnotizados, apesar de apresentarem a mesma sintomatologia histérica de outros em que tal método era possível. Em alguns desses casos, Freud se contentou em levar os pacientes a um estado de concentração, mediante a pressão na testa.

O segundo motivo foi em vista da insatisfação com alguns de seus resultados. Freud concluiu que se tratava de um tratamento sintomático; o psicanalista eliminava um

sintoma para que outro ocupasse o seu lugar.

Em outro relato de caso clínico, há o registro do que se leva a crer ser o primeiro aparecimento do que depois se tornou o método da associação livre. Quando Freud relatou que junto à hipnose, a paciente valeu-se da conversa e falava “aparentemente sem constrangimento e guiada pelo acaso” (1893-1895/1996, p. 90-91).

Freud afirma ter se surpreendido ao constatar que outro método poderia proporcionar os resultados precisos do qual necessitava. Ele percebeu que poderia levar até o fim uma análise sem o emprego do sonambulismo.

O abandono da hipnose revelou a presença de um forte obstáculo para a análise: a resistência dos pacientes. Em seu trabalho, Freud observou a emergência de uma força psíquica nos pacientes que se opunham a que as representações patogênicas fossem lembradas, se tornassem conscientes. Eles relutavam em cooperar com o tratamento e sua própria cura.

Os pacientes apresentavam dificuldades para relaxar sua faculdade crítica. Rejeitavam a ideia inicial que lhe vinha à mente, alegando que não serviria e era sem importância. Somente após a insistência do psicanalista, traziam o material, afirmando que era justamente o que não queriam dizer.

Freud afirma que as representações trazidas eram de “natureza aflitiva, capazes de despertar afetos de vergonha, autocensura e de dor psíquica, além do sentimento de estar sendo prejudicado; eram todas de uma espécie que a pessoa preferiria não ter experimentado, que preferia esquecer” (1893-1895/1996, p. 294).

O psicanalista então pensou na ideia de defesa. Prossigo com as palavras dele: “o “não saber” do paciente histérico seria, de fato, um “não querer saber” (FREUD, 1893-1895/1996, p. 294-295). O paciente resistia à associação que Freud lhe dirigia.

O processo de defesa consistiria em enfraquecer uma representação forte, removendo o afeto que lhe era associado. Sendo assim, o paciente descreve essa lembrança patogênica como sem importância e por isso, Freud a reconhece.

Na histeria, esse afeto que foi “retirado”, é transformado em algo somático. Freud fala do processo de conversão dos histéricos e afirma que nessa neurose, “a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática” (1894/1996, p. 56).

O autor também fala sobre o método em camadas. As lembranças da periferia são

lembradas com facilidade e sempre estiveram conscientes. Quanto mais se aprofunda, menos o paciente se recorda. A intensidade dos sintomas também varia e se intensifica ao nos aproximarmos do núcleo traumático.

Freud concluiu que as experiências ditas como traumáticas para certo sujeito são retidas com exatidão na memória, mesmo quando parecem esquecidas e o paciente incapaz de lembrá-las. O autor afirma que “nenhum sintoma histérico pode emergir de uma única experiência real, mas que, em todos os casos, a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associação com ela atua na causação do sintoma” (1896b/1996, p. 196).

Recuperando a colocação de Freud de que os histéricos sofrem de reminiscências, compreendemos que a lembrança do trauma psíquico permanece tão atuante quanto a de um agente contemporâneo. Continua como um corpo estranho muito tempo depois do evento que a desencadeou, e se o paciente, não tiver consciência dessa lembrança ou do surgimento dela, Freud e Breuer sugerem que “representações inconscientes existem e são atuantes” (1893-1895/1996, p. 250).

Segundo Freud, se a experiência traumática original puder ser introduzida na consciência e o afeto em si descarregado, a força que mantém o sintoma deixará de atuar e o próprio sintoma desaparecerá.

#### **1.4 – Caso Clínico: Elizabeth von R.:**

Elizabeth von R. foi uma paciente histérica atendida por Freud no outono de 1892. Esse caso é considerado como a primeira análise integral que Freud fez de uma histérica (1893-1895/1996, p. 16).

Ela era uma jovem de vinte e quatro anos na época, inteligente e mentalmente normal, segundo os relatos de Freud. Aparentemente suportava seus problemas, que interferiam em sua vida social e seus prazeres, com ar alegre, o que caracterizava a “*belle indifférence*” dos histéricos.

Foi encaminhada à Freud pois vinha sofrendo há dois anos de dores nas pernas e dificuldades na marcha, também se cansava rapidamente ao ficar de pé. Não havia qualquer fundamento para se diagnosticar qualquer afecção orgânica grave, não apresentava outros sintomas e a dor era de caráter indefinido.



Elisabeth von R. atribuía demasiada importância aos seus sintomas orgânicos, se afastando de qualquer pensamento e sentimentos envolvidos nestes. No primeiro momento, foi difícil à Freud compreender as conexões entre os fatos da doença e os sintomas reais, acreditando que deveriam ter sido causados por um conjunto de experiências. Parecia à Freud que Elisabeth sabia da causa de sua doença, mas que guardava na sua consciência como um segredo, não como um corpo estranho.

Ela era a mais nova de três filhas, cresceu com uma mãe de saúde frágil e com um pai alegre e conhecedor da vida, com quem tinha um vínculo muito próximo. Uma família que desfrutava de uma vida completa e alegre, até que o pai adoeceu gravemente e foi Elisabeth quem desempenhou o papel de cuidadora principal, estando sempre ao lado do pai doente.

Durante esse período de cuidados ao pai, teve um episódio de dores e ficou acamada por um dia e meio, mas se recuperou prontamente. Freud diagnosticou esse primeiro episódio como uma doença reumática aguda, e este será o modelo copiado em sua histeria posterior. Só após dois anos do falecimento do pai, durante uma viagem, que Elisabeth se sentiu doente e ficou impossibilitada de andar.

Foi considerada “a inválida da família”, sendo indicado um período de tratamento nos Alpes austríacos. Na mesma época, a segunda irmã de Elisabeth engravida novamente e seu estado de saúde fica instável. Volta às pressas dos Alpes por notícias de agravamento da saúde da irmã, a encontrando morta.

Freud afirma que “Elisabeth sofreu não só com a perda dessa irmã, a quem amava ternamente, mas quase na mesma medida com os pensamentos provocados pela morte dela e pelas mudanças que esta acarretou” (1893/1996, p. 173). Inconformada com seu destino, pelo fracasso de restabelecer os triunfos da família, com seu pai e sua irmã mortos, despreparada para se refugiar no amor de algum homem, Elisabeth viveu um ano e meio em reclusão quase completa, apenas cuidando da mãe e com suas próprias dores.

Durante o tratamento psíquico, com muita resistência, Elisabeth revelou à Freud sentimentos amorosos que nutria por um rapaz, e que em uma noite deixou de cuidar de seu pai para ir à uma festa com esse mesmo rapaz, incentivada por sua família. Ao chegar em casa tarde, alegre pela noite, encontrou seu pai com a saúde mais fragilizada e se recriminou por ter sacrificado tanto tempo à sua própria diversão.

O contraste entre o sentimento de alegria e a tristeza pelo agravamento do pai

constituiu um conflito. Segundo Freud, “o resultado desse conflito foi que a representação erótica foi recalcada para longe da associação e o afeto ligado a essa representação foi utilizado para intensificar ou reviver uma dor física que estivera presente simultaneamente ou pouco antes” (1893/1996, p. 177). Trata-se aqui de um mecanismo de conversão com finalidade de defesa.

A descoberta desta primeira conversão foi fundamental para o processo de investigação do inconsciente. Chegou-se a explicação do surgimento dessa zona erógena atípica, era na coxa direita de Elisabeth que seu pai costumava apoiar a perna todas as manhãs.

Enquanto que, nos relatos relacionados à irmã morta ou ao cunhado, era na perna esquerda que a dor surgia. Freud compreendeu que essa extensão da dor era resultado de novos traumas. Podemos observar um grande número de sintomas semelhantes que num primeiro momento pareciam estar fundidos em um único sintoma.

Uma cena chamou a atenção de Freud, quando Elisabeth volta de um passeio aonde foi acompanhada pelo cunhado, sente dores violentas e incapacitantes. Ao ser questionada sobre essa cena e suas dores, a paciente revela o contraste entre sua própria solidão e a felicidade conjugal da irmã.

Em outra cena, senta-se em um banco e confessa abertamente para si o desejo de ser tão feliz quanto à irmã. Após seu banho, as dores voltam violentas e em caráter definitivo. Elisabeth encontrou uma expressão simbólica para seus pensamentos dolorosos.

Quando vê a irmã morta, um outro pensamento vem à mente de Elisabeth: “Agora ele está livre e posso ser sua esposa” (1893/1996, p. 186). A partir dessas cenas, ficou claro para Freud o quanto Elisabeth nutria um sentimento de ternura pelo cunhado, o que era inaceitável para o seu “ser moral”. A paciente induziu dores físicas em si mesma para poupar-se da dolorosa convicção de que amava o marido da irmã.

Vemos, assim, a formação de um sintoma histérico. A representação erótica, incompatível com sua realidade moral, foi recalcada e o afeto psíquico foi convertido em sensações físicas de dor.

## CAPÍTULO 2

### **Metapsicologia Freudiana: sintoma como formação de compromisso**

Neste capítulo, traremos considerações acerca do sintoma como uma formação de compromisso. A psicanálise desvela a lógica do inconsciente, e conceitos importantes como o recalque e a transferência são formulados. O estudo de Freud acerca da personalidade de Leonardo da Vinci ilustrará esse momento frutífero da psicanálise.

#### **2.1 – O saber inaugurado por Freud:**

Na primeira de suas conferências introdutórias, Freud pontua que o tratamento analítico é um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista. Prossigo com a afirmação autor:

O paciente conversa, fala de suas experiências passadas e de suas impressões atuais, queixa-se, reconhece seus desejos e impulsos emocionais. O médico escuta, procura orientar os processos de pensamento do paciente, exorta, dirige sua atenção em certas direções, dá-lhe explicações e observa as reações de compreensão ou rejeição que ele, analista, suscita no paciente (FREUD, 1916 [1915]a/1996, p. 27).

A psicanálise acredita e através dos sonhos, parapraxias, sintomas, mostra que “os processos mentais são, em si mesmos, inconscientes e que de toda a vida mental apenas determinados atos e partes isoladas são conscientes” (FREUD, 1916 [1915]a/1996, p. 31).

O inconsciente sempre esteve presente e fez sentir seus efeitos antes do “ato de nascimento da psicanálise”. É com Freud que esse saber é constituído, ele nos forneceu as bases de investigação e o conhecimento sobre o inconsciente.

A psicanálise “define o que é o mental, enquanto processos como o sentir, o pensar e o querer, e é obrigada a sustentar que existe o pensar inconsciente e o desejar não apreendido” (FREUD, 1916 [1915]a/1996, p. 31). Esse saber, conquistado e inaugurado por Freud, abre caminho para uma nova e decisiva orientação no mundo e na ciência.

#### **2.2 – Parapraxias:**

As parapraxias, também chamadas de atos falhos, são atos psíquicos inteiramente válidos. É o primeiro produto da psicanálise, o primeiro objeto de estudo e investigação

para Freud.

Os atos falhos podem ocorrer durante uma fala, os chamados “lapsos de língua”; durante uma leitura, “lapso de leitura”; ou ouvir errado algo que foi dito, “lapso de audição”. Esses fenômenos também podem ter como base o esquecimento. Em alguns casos, o esquecimento é temporário, em outros pode ser permanente, igual a uma perda.

Segundo Freud, o produto do lapso de língua “persegue um objetivo próprio, como uma afirmação que tem seu conteúdo e seu significado” (1916 [1915]b/1996, p. 44). Há um sentido em cada parapraxia.

Esses atos psíquicos podem ter como intenção: substituir, exprimir o contrário, distorcer; surgem de “uma convergência, uma interferência recíproca entre duas elocuições desejadas” (FREUD, 1916 [1915]c/1996, p. 51). O autor afirma que o mais comum e também mais notável lapso de língua é aquele que se diz o oposto do que se pretendia.

Há duas intenções, elocuições, aquela que é perturbada e a outra que perturba. A intenção que é perturbada pode ser acessada pela pessoa que comete o lapso, a conhecendo e admitindo. Porém, a outra intenção é a que levanta dúvidas e hesitações.

As parapraxias são fenômenos comuns, que podem ocorrer tanto em pessoas sadias como naquelas com algum comprometimento de seu funcionamento psíquico. Na maioria das vezes, os lapsos passam despercebidos pelas pessoas que o comentem.

No trabalho de análise, quando acontece os atos falhos, o psicanalista interroga o paciente e este oferece a primeira explicação que lhe ocorre. Freud afirma que com essa orientação, há um pequeno passo positivo e o resultado é bem sucedido; constituindo “um modelo para todas as investigações psicanalíticas” (1916 [1915]c/1996, p. 56).

Quando o paciente não consegue fornecer uma explicação, o psicanalista deve buscar evidências em diversas direções. Importante partir da situação psíquica da qual a parapraxia ocorreu, do caráter da pessoa, das impressões anteriores ao ato falho e de quais impressões a parapraxia pode constituir uma reação.

A interpretação analítica é então efetuada seguindo princípios gerais. Se inicia apenas com uma suspeita, uma hipótese de interpretação e após a investigação minuciosa da situação psíquica, é que o psicanalista encontra a confirmação de sua hipótese.

Há três grupos das “intenções perturbadoras”. O primeiro é composto por intenções perturbadoras que são do conhecimento de quem fala, percebidas portanto antes

de cometer o lapso de língua. Nas intenções do segundo grupo, a pessoa não havia notado a intenção perturbadora atuante dentro dela, mas tão logo cometa o ato falho, consegue reconhecer e aceitar a interpretação do analista. Já no terceiro caso, a intenção perturbadora não é percebida nem reconhecida, a interpretação analítica dessa intenção é rejeitada pela pessoa que cometeu o lapso.

Em todos esses grupos, a pessoa que comete o ato falho, estava buscando rejeitar/suprimir a intenção perturbadora. Freud afirma que essa é exatamente a condição indispensável para que ocorra um lapso de língua.

As parapraxias são resultado de um acordo. Segundo Freud, “constituem um meio-êxito e um meio-fracasso para cada uma das duas intenções; a intenção que está sendo desafiada não é completamente suprimida, salvo em casos especiais, nem é levada a cabo em sua íntegra” (1916 [1915]d/1996, p. 73).

A psicanálise se interessa pela visão dinâmica dos fenômenos psíquicos. É importante descrever e classificá-los, mas acima de tudo entender quais são as forças atuantes na mente e a relação entre elas.

### **2.3 – Sonhos:**

Na tarefa de desvendar os sonhos, o analista deve investigar a relação entre o conteúdo manifesto dos sonhos e os pensamentos oníricos latentes, e quais seus mecanismos de transformação. Freud afirma que “o sonho recordado não é um material original e sim seu substituto deformado” (1916 [1915-1916]b, p. 118).

O conteúdo manifesto é como o sonho se apresenta para o sonhador, “aquilo que a pessoa que sonhou realmente nos conta” (FREUD, 1916 [1915-1916]b, p. 123). E o conteúdo latente é o material oculto, inconsciente, aquele que o psicanalista busca na sua tarefa de interpretar um sonho. Freud afirma que compreendemos o sentido de um sonho através deste último, os também chamados “pensamentos do sonho” (1900a/1996, p. 305).

Há dois mecanismos psíquicos presentes na formação dos sonhos. O primeiro deles é a condensação. No caminho do sonho manifesto para o conteúdo latente, Freud descobriu que os sonhos eram curtos e insuficientes quando comparados com a variedade e riqueza dos pensamentos oníricos.

Essa desproporção entre o conteúdo do sonho e o pensamento do sonho revela que “o material psíquico passou por um extenso processo de condensação no curso da formação do sonho” (FREUD, 1900a/1996, p. 307).

Dentro do mecanismo de condensação presente na formação dos sonhos, há o “ponto nodal sistemático” (FREUD, 1900a/1996, p. 311). Nesses, um grande número de pensamentos do sonho era concentrado e ao longo da interpretação do sonho, dali emergiam várias correntes associativas. Esses elementos eram sobredeterminados.

Freud afirma que “o sonho é [...] construído por toda a massa de pensamentos do sonho, submetida a uma espécie de processo manipulativo em que os elementos que têm suportes mais numerosos e mais fortes adquirem o direito de acesso ao conteúdo do sonho” (1900a/1996, p. 312).

Vemos que a condensação onírica também atua na construção de figuras coletivas. Buscando o acesso à consciência e à formação do sonho, esse mecanismo reuniu feições reais de duas ou mais pessoas em uma única imagem onírica. Um exemplo clássico é a figura de Irma, no sonho de Freud, na qual se condensava a própria paciente Irma, a filha mais velha do psicanalista, outras duas pacientes e sua esposa.

O outro mecanismo psíquico atuante na formação dos sonhos é o deslocamento. Ele atua na transferência da intensidade psíquica de um elemento para o outro. Elementos essenciais, carregados de um intenso valor, podem se apresentar como reduzidos de interesse no sonho; e por meio da sobredeterminação, cria novos valores em elementos de baixo interesse psíquico, capazes de penetrar no conteúdo do sonho.

O deslocamento contribui para a distorção dos pensamentos do sonho e satisfaz a censura. Logo, o conteúdo do sonho não mais se assemelha ao núcleo dos pensamentos do sonho, apresentando uma distorção do desejo inconsciente presente em sua formação.

Segundo Freud, o conteúdo do sonho utiliza simbolizações já existentes no pensamento inconsciente para melhor se ajustar à formação do sonho, mantendo sua representabilidade e escapando à censura. Ou seja, o simbolismo é utilizado para disfarçar os pensamentos latentes do sonho.

Através do processo de interpretação do sonho, o psicanalista deve restaurar os vínculos que o processo onírico destruiu. O interesse dele está voltado para os pensamentos oníricos essenciais. O trabalho analítico parte do conteúdo manifesto em busca do conteúdo latente do sonho.

O procedimento utilizado por Freud consiste em focar a atenção em um único elemento do sonho e tomar nota de todos os pensamentos involuntários que surgem a partir deste elemento. Esse trabalho de investigação é usado não somente na interpretação dos sonhos, mas também nos sintomas.

Durante sua trajetória, Freud percebeu mais um fator implicado na formação dos sonhos, a chamada elaboração secundária. Para ele, as explicações ou comentários de seus pacientes aparentemente inocentes a respeito de um sonho, muitas vezes, serviam para disfarçar parte do que foi sonhado.

A censura se faz presente nas limitações e omissões do sonho, e também nas intercalações e acréscimos a ele. Durante a associação livre, o psicanalista percebeu que seus pacientes tentavam preencher lacunas da estrutura dos sonhos, tornando-o inteligível. A resistência do paciente à interpretação analítica também é obra da censura, o sonhador rejeita os pensamentos do sonho quando chega a conhecê-los pela análise.

Freud afirma que “a psicanálise é justificadamente desconfiada. Uma de suas regras é que tudo o que interrompe o progresso do trabalho analítico é uma resistência” (1900b/1996, p. 544). Como por exemplo, o esquecimento de um sonho; quando superada a resistência, o sonho é resgatado na memória.

O esquecimento é um importante dado para a psicanálise e se faz presente não somente nos sonhos, mas também em outros atos e funções mentais, como as parapraxias e os sintomas.

Durante o sono, a instância censora nunca está totalmente adormecida, e há qualquer sinal de angústia, justifica ao sonhador: “isto é apenas um sonho” (FREUD, 1900a/1996, p. 517), combatendo esse sentimento de aflição e levando o sujeito a adormecer novamente.

Os afetos têm destinos diferentes da ideia da qual estavam ligados no pensamento inconsciente. Em muitos casos, os afetos permanecem inalterados. O material de representações é que sofre deslocamento e substituições. O afeto surgirá como totalmente desligado de sua ideia correspondente, sendo ligado em outro ponto no sonho manifesto. Freud afirma que “os afetos são o componente menos influenciado e o único que nos pode dar um indício de como preencher os pensamentos que faltam” (1900a/1996, p. 491).

Outra forma dos afetos se apresentarem em um sonho é através da inversão ao seu oposto que é ocasionada pela censura onírica. O afeto também poderá sofrer uma

inibição/supressão.

O trabalho do sonho busca reduzir ao nível do indiferente a parcela ideacional e também o tom afetivo de seus pensamentos inconscientes. A distorção onírica é a primeira consequência da censura dos sonhos e a inibição dos afetos deve ser considerada a segunda.

De acordo com Freud, “o que é aflitivo não pode ser representado num sonho; nada que seja aflitivo em nossos pensamentos oníricos consegue penetrar à força num sonho, a menos que, ao mesmo tempo, empreste um disfarce à realização de um desejo” (1900a/1996, p. 500).

A condição básica para a formação dos sonhos é que ele possa representar algo que seja a realização de um desejo, e é apenas dos desejos inconscientes que o sonho extrai sua força psíquica impulsora. Freud afirma que esses desejos inconscientes e infantis são imortais e indestrutíveis; estão sempre em estado de alerta, esperando uma oportunidade de se aliar a uma moção do consciente.

Esse desejo ou um pensamento sobre algo desejado objetiva-se no sonho, é representado por uma cena, parece ser vivenciado. O pensamento inconsciente se transforma em imagens visuais e falas.

Freud chama esse processo de “regressão”, a representação inconsciente é retransformada na imagem sensorial da qual se originou. As fantasias e cenas infantis recalçadas no inconsciente não podem promover sua própria revivência, se contentam em retornar como sonho. Sendo assim, o sonho pode ser descrito como substituto dessa cena ou fantasia infantil, porém, modificada por transferir-se para uma experiência recente.

Essa regressão é um dos efeitos da resistência que se opõe ao avanço de um pensamento para a consciência pela via normal. O inconsciente é o ponto de partida para a formação dos sonhos, eles buscam ingressar na consciência pela diminuição da censura entre o pré-consciente e a consciência durante o sono.

Freud afirma que “o sonhar é, em seu conjunto, um exemplo de regressão à condição mais primitiva do sonhador, uma revivência de sua infância, das moções pulsionais que a dominaram e dos métodos de expressão de que ele dispunha na época” (1900b/1996, p. 574).

A elaboração onírica atua sobre a deformação onírica para que o sonho nos pareça estranho e ininteligível. Sempre que através da análise, Freud pôde tornar um sonho



inteligível, ele veio a se revelar como realização de um desejo em forma alucinatória.

Na conferência XIV “Realização de desejo” (1916 [1915-1916]d/1996), Freud diferencia os sonhos de criança, os sonhos deformados e os sonhos de angústia. Começa pelos sonhos de criança, afirmando que esses são uma realização franca de um desejo permitido.

Os sonhos deformados são uma realização disfarçada de um desejo recalçado. São desejos proibidos, rejeitados pela censura e que sofrem transformação através da deformação onírica.

Segundo Freud, “a deformação onírica é consequência da censura exercida por intenções reconhecidas do ego contra impulsos plenos de desejos de qualquer modo censuráveis, que perturbam nosso interior, à noite, durante nosso sonho” (1916 [1915-1916]c/1996, p. 149).

Os sonhos de angústia são uma realização franca de um desejo recalçado. Eles possuem um conteúdo que escapou a censura, e a angústia tem a tarefa de assumir o lugar da censura.

A angústia é um sinal, mostra que o desejo recalçado se fortaleceu em relação à censura. De acordo com Freud, estamos do lado da censura e por isso que a realização de um desejo recalçado, é motivo de sentimentos angustiantes.

De acordo com Freud, o sonhador tem uma relação especial para com seus desejos. Ele não tem simpatia com seus desejos, os repudia e os censura. Sendo assim, a realização de um de seus desejos não dará prazer e sim desprazer, que aparece sob a forma de angústia.

Pelo método da satisfação alucinatória, os sonhos eliminam os estímulos perturbadores do sono. A censura e demais interesses da vida mental ficam afastados ou reduzidos, em benefício apenas do desejo de dormir. Como afirma Freud, o sonho “executa a função inocente de preservar o sono de qualquer perturbação” (1916 [1915-1916]c/1996, p. 146) e é o estado de sono, pela redução da censura endopsíquica, que possibilita a formação de sonhos.

Os sonhos de angústia são compreendidos como “sonhos que fazem despertar”. Prossigo com Freud, “caso a censura se sinta sem forças contra um desejo onírico que ameaça tomá-la de surpresa, em vez da deformação, ela se utiliza de seu último recurso restante e abandona o estado de sono, ao mesmo tempo gerando angústia” (1916 [1915-

1916]d/1996, p. 219).

Através da investigação dos pensamentos oníricos latentes, Freud compreendeu que o sonho pode representar uma intenção, uma advertência, uma reflexão, uma preparação, uma tentativa de solucionar um problema, enfim, inúmeras representações advindas do inconsciente. Descobriu, então, que todos estes atos mentais altamente complexos podem realizar-se no inconsciente.

Segundo Freud, os pensamentos oníricos latentes são inconscientes para o sonhador, são racionais e coerentes, e podem equivaler a qualquer impulso mental ou operação intelectual. Os resíduos diurnos constituem uma parte dos pensamentos oníricos latentes.

Freud usa a analogia de um empreendimento e a relação entre o capitalista e o empreendedor para ilustrar a relação entre os resíduos diurnos e o desejo inconsciente.

Prossigo com Freud:

Em todo empreendimento, é preciso haver um capitalista que cobre as despesas e um *entrepreneur* que tem a ideia e sabe como pô-la em prática. Na construção dos sonhos, o papel do capitalista é sempre desempenhado apenas pelo desejo inconsciente; este prove a energia psíquica para a construção do sonho. O *entrepreneur* é o resíduo diurno que decide como deve ser usado este dispêndio de energia (1916 [1915-1916]d/1996, p. 227).

A característica de realização de desejo está sempre presente em todos os sonhos, já os pensamentos que representa – intenção, advertência, preparação – variam. Os sonhos sempre têm um sentido e a técnica psicanalítica é capaz de descobrir esse sentido.

No capítulo VII da “Interpretação dos sonhos” (1900b/1996), Freud pontua sobre o sonho como formação de compromisso. A partir de uma discussão com Ferenczi sobre direcionamento dos sonhos, pensam que a realização de desejo presente no sonho precisa satisfazer “às duas instâncias anímicas como uma solução de compromisso” (FREUD, 1900b/1996, p. 597, apud FERENCZI, 1911).

Segundo Freud, o processo primário é a atividade que conduz os sonhos e os sintomas histéricos. O autor afirma que “os processos primários acham-se presentes no aparelho anímico desde o princípio, ao passo que somente no decorrer da vida é que os processos secundários se desdobram e vêm inibir e sobrepor-se aos primários” (1900b/1996, p. 626).

No sistema inconsciente há a predominância do processo primário e a energia

psíquica ocorre de forma livre/móvel. Esse processo busca promover uma descarga de excitação buscando uma “identidade perceptiva” com a vivência de satisfação.

Enquanto que no sistema pré-consciente e consciente, prevalece o processo secundário. O pensar é adotado e há o estabelecimento da “identidade de pensamento”. Este busca “se libertar cada vez mais da regulação exclusiva pelo princípio do desprazer e a restringir o desenvolvimento do afeto na atividade do pensamento ao mínimo exigido para que ele atue como um sinal” (FREUD, 1900b/1996, p. 626).

Freud afirma que a realização de desejos infantis “não mais geraria um afeto de prazer, mas sim de desprazer; e é precisamente essa transformação de afeto que constitui a essência daquilo a que chamamos ‘recalcamento’ ” (1900b/1996, p. 627). A partir dessa transformação, surge uma luta defensiva entre o pré-consciente/consciente que reforça o recalque e o sistema inconsciente que busca a realização do desejo.

Uma das soluções encontradas é a formação de um compromisso entre essas duas instâncias. A formação de sonhos e de sintomas constituem exemplos desse tipo de compromisso.

Importante lembrar que o sonho não é um fenômeno patológico. Logo, é um material que atesta o funcionamento psíquico e que prova que o recalcado continua a existir tanto em pessoas normais, quanto nos neuróticos. Freud conclui que “a interpretação dos sonhos é a via real para o conhecimento das atividades da vida anímica” (1900b/1996, p. 631).

## **2.4 – Recalque:**

O conceito de recalque remonta os primórdios da psicanálise. Como vimos no capítulo anterior, o abandono da hipnose revelou a presença de um forte obstáculo para a análise: a resistência dos pacientes. Esse fenômeno clínico foi o ponto inicial para a formulação do recalque.

Freud afirma que “a teoria da repressão [recalque] é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise” (1914b/1996, p. 26), sendo um ponto de grande significância dentro da teoria psicanalítica.

O recalque é um dos possíveis destinos da pulsão. Freud define o conceito de pulsão na fronteira entre o material (mental/psíquico) e o somático. O representante

psíquico que se origina dentro do organismo e alcança a mente, é uma energia constante que exige trabalho contínuo para ser ligada a representações e afetos.

Em “Os instintos e suas vicissitudes [As pulsões e seus destinos]” (1915a/1996), Freud esclarece que o melhor termo para caracterizar um estímulo pulsional seria “necessidade” e o que elimina uma necessidade é a “satisfação”. Seguindo o princípio da constância, o sistema nervoso tem por função livrar-se dos estímulos que lhe chegam, ou reduzi-los ao nível mais baixo possível.

Ao conceituar o princípio de prazer e o princípio de realidade, Freud retoma a base da psicanálise, enfatizando que seu ponto de partida são os processos mentais inconscientes. O inconsciente é o sistema mais arcaico do psiquismo, no qual ocorrem os processos mentais antigos e primários, dominados por processos primários, conhecido por “princípio de prazer”.

Em seu texto “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]/1996), Freud tem a intenção de prover uma psicologia que seja ciência natural, uma “psicologia para neurologistas”. Constrói então, um aparelho psíquico baseado na neurologia para compreender o funcionamento psíquico e explicitar os processos psíquicos.

Freud afirma que a função primária do sistema nervoso é a descarga, os neurônios tendem a se livrar do excesso de energia, se mantendo livre do estímulo. Há uma ideia de regulação do prazer-desprazer, buscando o princípio da constância. Na concepção econômica, o aumento das quantidades de excitação produziria desprazer, enquanto que sua diminuição geraria prazer.

No princípio de prazer, os processos psíquicos se esforçam para alcançar o prazer, afastando qualquer situação que possa despertar o desprazer. Logo, é necessário que haja a descarga desse excesso de estímulo. Para que o recalque ocorra é necessário que a força motora do desprazer seja maior do que o prazer obtido pela satisfação.

O estado de repouso psíquico, “o princípio da inércia”, foi perturbado pelas exigências das necessidades internas. Em um primeiro momento, ocorre uma “alucinação” na tentativa de satisfazer o que foi desejado, como exemplo temos o sonho que é a “realização de um desejo em forma alucinatória” (FREUD, 1916 [1915-1916]c/1996, p. 139).

A introdução do princípio de realidade ocorre quando há a ausência da satisfação esperada, levando ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação e

apresentando o real do mundo externo. Em vez de alucinar sua satisfação, o aparelho psíquico decide tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo e empenha-se em efetuar uma alteração nelas. O processo de pensar é adotado, tornando possível que o aparelho mental tolere uma tensão pelo aumento de estímulo e possa adiar o processo de descarga.

Há a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade ou melhor, “na realidade, a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade não implica a deposição daquele, mas apenas sua proteção” (FREUD, 1911/1996, p. 242). É abandonado o prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, para abrir caminho ao prazer posterior e seguro.

Voltando ao tema das pulsões, Freud afirma que todas as pulsões têm uma característica em comum, elas exercem pressão, esse é o fator motor e sua essência. Sua finalidade, como vimos, é a satisfação, que é obtida através da eliminação do estímulo que as originou.

Importante pontuar, que há vários caminhos possíveis para se alcançar essa finalidade. Segundo Freud, “embora a finalidade última de cada pulsão permaneça imutável, [...] uma pulsão possui várias finalidades mais próximas ou intermediárias, que são combinadas e intercambiadas umas com as outras” (1915a/1996, p. 128).

O autor também nos fala do objeto da pulsão, a partir do qual a pulsão consegue atingir sua finalidade. O objeto pode ser modificado no decorrer das vicissitudes que a pulsão sofre durante sua existência. Esse deslocamento desempenha papéis muito importantes.

A fonte de uma pulsão é compreendida por Freud como “o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão” (FREUD, 1915a/1996, p. 129). Para fins de investigação psicológica, o conhecimento exato das fontes não se faz tão necessário; porém, é o que distingue os efeitos mentais produzidos pelos vários tipos de pulsões.

Freud distingue dois grupos de pulsões: as pulsões do ego, autopreservativas, e as pulsões sexuais. Ele chegou a essa hipótese através do estudo das neuroses de transferência. Constatou através do tratamento e da observação dos pacientes afetados, que no centro dessas afecções, havia um conflito entre as exigências do ego e as da sexualidade.

As pulsões sexuais são numerosas e emanam de uma variedade de fontes orgânicas. A finalidade que buscam é o “prazer do órgão”. Quando sintetizadas, Freud acredita que entram a serviço de uma finalidade maior: a função reprodutora.

Já nesse momento, o autor pontua sobre a ligação entre essas pulsões. Visto que as pulsões sexuais, quando buscam sua finalidade maior e também quando lhes fornece componente libidinal, estão associadas as pulsões de autopreservação.

Uma pulsão pode passar por quatro vicissitudes, quais sejam: reversão ao seu oposto, retorno em direção ao próprio eu do indivíduo, recalque e sublimação. Detenho-me na vicissitude pulsional do recalque. Nele, a pulsão pode encontrar resistências que procuram torná-la inoperante.

A observação psicanalítica das neuroses de transferência levou Freud a concluir que o recalque só pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente, não é um mecanismo psíquico presente desde o início. De acordo com o autor, “a essência da repressão [recalque] consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente, mantendo-a à distância” (FREUD, 1915b/1996, p. 152).

No texto, “Repressão [Recalque]” (1915b/1996), Freud supõe a existência de dois tipos de recalque. O recalque primário seria a primeira fase e consistiria em negar entrada do representante psíquico da pulsão na consciência. Apesar de não se tornar consciente, nesse momento se estabelece uma fixação, o representante psíquico em questão permanece inalterado e a pulsão ligada a ele.

A segunda fase seria o recalque propriamente dito, que afeta os derivados mentais do representante psíquico recalcado. O representante pulsional continua existindo no inconsciente, estabelecendo associações, se organizando melhor e dando origem a derivados distorcidos.

Pela distorção, alguns deles são suficientemente afastados do representante psíquico recalcado e conseguem ter livre acesso à consciência, enquanto outros são recalcados. Portanto, o recalque atua de forma altamente individual.

Os sintomas neuróticos podem ser considerados como derivados do recalcado. São formados através do processo de disfarce e buscam a satisfação do seu representante pulsional.

Freud afirma que os mesmos fatores sempre entram em jogo na causação e no

mecanismo de todas as formas possíveis de neurose, mas a importância principal na construção dos sintomas ora cai num ora noutro fator. Por exemplo: na histeria as fantasias ganham o papel principal e se transformam em sintomas; nas neuroses obsessivas as anticatexias das formações reativas do ego dominam o quadro; e o que no sonho denominamos “elaboração secundária” ganhará o primeiro plano na paranoia sob a forma de delírios.

Essa diferenciação na estrutura das variadas formas de neurose também é apontada por Freud em seu texto “Repressão [Recalque]” (1915b/1996). O autor começa pontuando que um representante psíquico é constituído por uma ideia e por uma quota de afeto. Partindo desse ponto, o psicanalista diferenciara o mecanismo de recalque que ocorre na fobia animal (“neurose de angústia”), na histeria e na neurose obsessiva.

Segundo Freud, é importante acompanhar separadamente o que acontece à ideia do representante psíquico quando submetido ao recalque e também o que ocorre à quota de afeto deste mesmo representante. Em geral, a ideia que representa determinada pulsão passa pela mesma vicissitude, que consiste em desaparecer do consciente.

Já o fator afetivo está sujeito a três vicissitudes. Na primeira delas, ele é inteiramente suprimido; na segunda a quota de afeto aparece qualitativamente colorida; e por último, pode ser transformado em angústia. Freud afirma que as duas últimas podem ser consideradas como “falhas do recalque”, visto que o recalque não alcançou seu objetivo, não conseguiu impedir que surgissem sentimento de desprazer ou angústia.

Nesse momento, Freud se questiona sobre o mecanismo do recalque e sua ligação com o mecanismo formador dos sintomas. Ele pontua que nas observações sobre o efeito do recalque na parcela ideacional do representante psíquico, descobriu que via de regra, cria-se uma formação substitutiva. Afirmando que “a repressão [recalque] deixa sintomas em seu rastro” (FREUD, 1915b/1996, p. 158).

Freud opta por iniciar pela exemplificação do mecanismo de recalque em uma “histeria de angústia”, mais especificamente, em um caso de “fobia animal”. Nesse caso, o impulso pulsional sujeito ao recalque é uma atitude libidinal para com o pai, somada ao medo dele. Após o recalque, a ideia associada ao pai desaparece da consciência, porém esse objeto de angústia é substituído por um animal através do deslocamento da parcela ideacional. Aqui, a quota de afeto não desapareceu, foi transformada em angústia. O resultado disso é o medo do animal.

Portanto, o recalque em uma fobia animal falha. Há apenas uma formação substitutiva da parcela ideacional, o desprazer se mantém, e por esse motivo, o trabalho dessa neurose não cessa.

No exemplo da “histeria de conversão”, em alguns casos o recalque incidirá sobre a quota de afeto, fazendo-a desaparecer totalmente. Em outros casos, esse recalque não é tão bem sucedido e sensações de angústia podem se ligar aos sintomas. A parcela ideacional também é afetada pelo recalque, sendo totalmente retirada da consciência, e substituída por uma inervação somática.

Segundo Freud, “a área superinervada revela-se como sendo parte do próprio representante instintual reprimido [pulsional recalcado] – parte que – como se isso se verificasse através de um processo de condensação, atrai toda a catexia para si própria” (1915b/1996, p. 160). Nessa histeria, o processo de recalque é completado pela formação de um sintoma.

Já na neurose obsessiva, é o impulso hostil contra alguém que é amado que se acha sujeito ao recalque. No início, o recalque é bem sucedido, a parcela ideacional é retirada da consciência e a quota de afeto desaparece. Como formação substitutiva, surge no ego uma alteração sob a forma de maior consciência, uma formação da reação ao seu oposto.

Porém, o recalque da quota afetiva não se sustenta e seu fracasso se torna mais acentuado. A ambivalência que surge na formação reativa ao seu oposto, também constitui o ponto no qual o recalcado consegue retornar. Segundo Freud, “a emoção desaparecida retorna, em sua forma transformada, como angústia social, angústia moral e autocensura ilimitadas” (1915b/1996, p. 161).

Nessa neurose, o recalque do conteúdo ideacional permanece ativo, há um “aprisionamento motor do impulso” (FREUD, 1915b/1996, p. 162). Freud afirma que “o trabalho da repressão [recalque] se prolonga numa luta estéril e interminável” (1915b/1996, p. 162).

## **2.5 – Inconsciente:**

O sintoma, na concepção freudiana, deve ser compreendido a partir da lógica do inconsciente. Freud, em seu texto “O inconsciente” (1915c/1996), distingue dois atos



psíquicos presentes no inconsciente. Os atos latentes que são temporariamente inconscientes, podendo se tornarem conscientes a qualquer momento; e os atos recalçados, não tão propensos a se tornarem conscientes. Os que se tornaram conscientes sofreram uma “transformação ou tradução” (FREUD, 1915c/1996, p. 171).

Os atos que sofreram uma “transformação ou tradução” são chamados de formações substitutas, como os sonhos, as parapraxias, os chistes e os sintomas, e constituem caminhos de acesso ao inconsciente e também expressam o recalque. Só irrompem no sistema consciente através de deformações e ligações associativas intermediárias devido à ação da censura psíquica oriunda do pré-consciente.

O trabalho psicanalítico mostrou à Freud que era possível traduzir o que chegava deformado na consciência, fazendo a trilha associativa até o conteúdo inconsciente. Para que isso ocorra, é necessário que a pessoa sob análise supere suas resistências; principalmente aquelas que transformaram o material em questão em algo recalçado, rejeitado da consciência.

Freud observou que se comunicasse a um paciente uma ideia recalçada que foi descoberta pelo psicanalista, em um primeiro momento, isso não provocaria qualquer mudança em seu estado mental. Não removeria o recalque, nem anularia o seu efeito. Pelo contrário, ativaria uma nova rejeição da ideia recalçada.

Entretanto, a partir desse momento, o paciente teria de modo concreto a mesma ideia de duas formas em diferentes lugares em seu mecanismo mental. Prossigo com Freud, “primeiro, ele possui a lembrança consciente do traço auditivo da ideia, transmitido no que lhe dissemos; segundo, também possui – como temos certeza – a lembrança inconsciente de sua experiência – em sua forma primitiva” (1915c/1996, p. 180). Só poderá haver supressão do recalque após as resistências terem sido superadas e a ideia consciente entre em ligação com o traço de lembrança inconsciente.

O papel desempenhado pelas ideias substitutivas na determinação da forma assumida pela doença levou Freud a compreender a importância do sistema consciente/pré-consciente no que se refere ao acesso à liberação do afeto e à ação. Os afetos que se originam diretamente do sistema inconsciente são de natureza de angústia e será necessário esperar uma ideia substitutiva para surgir no sistema consciente.

No texto “O inconsciente” (1915c/1996), Freud afirma que “a anticatexia é o único mecanismo da repressão [recalque] primevo; no caso da repressão [recalque]

propriamente dito (recalque posterior) verifica-se, além disso, a retirada da catexia do Pcs [pré-consciente]” (1915c/1996, p. 186).

Por exemplo, na formação do sintoma histérico é possível observar o papel desempenhado pela anticatexia proveniente do sistema consciente/pré-consciente; “a porção assim escolhida para ser um sintoma atende à condição de expressar a finalidade impregnada de desejo do impulso instintual [pulsional], bem como os esforços defensivos ou punitivos do sistema Cs [consciente]” (FREUD, 1915c/1996, p. 189).

Segundo Freud, no núcleo do inconsciente estão os representantes pulsionais plenos de desejos, que buscam descarregar suas catexias. Se há dois impulsos carregados de desejo e de diferentes finalidades, um não anula o outro, eles se tornam simultaneamente ativos, se combinam para formar uma finalidade intermediária. Esse mecanismo ocorre através do processo de deslocamento ou de condensação.

O inconsciente é atemporal. Ou seja, não há qualquer referência ao tempo, não são coordenados temporalmente e não se alteram com a passagem dele. A referência ao tempo vincula-se ao trabalho do sistema consciente.

Outra característica marcante do sistema inconsciente é que ele dispensa pouca atenção à realidade; há a substituição da realidade externa pela psíquica. Estão sujeitos ao princípio de prazer, o destino de seu processo “depende apenas do grau de sua força e do atendimento às exigências da regulação prazer-desprazer” (FREUD, 1915c/1996, p. 192).

Os processos inconscientes são revelados através dos sonhos, dos chistes, dos atos falhos, dos sintomas. Essas são derivados altamente organizados do inconsciente, formações substitutivas que, em circunstância favoráveis, conseguem irromper na consciência.

O sistema pré-consciente efetua a comunicação possível entre os conteúdos ideacionais, dando-lhe uma ordem no tempo e estabelecendo uma censura. O teste de realidade e o princípio de realidade estão sob seu domínio. Já o sistema consciente se refere “a concepção que está presente em nossa consciência e da qual nos damos conta” (FREUD, 1912b/1996, p. 277).

De acordo com Freud, é errôneo pensar que o inconsciente permanece em repouso e que somente o pré-consciente executa o trabalho da mente. Ele afirma que “o inconsciente permanece vivo e capaz de desenvolvimento, mantendo grande número de

relações com o pré-consciente, entre as quais a da cooperação” (FREUD, 1915c/1996, p. 195). O inconsciente permanece nos derivados psíquicos, que é acessível às impressões da vida e que influencia constantemente o pré-consciente.

Em “O inconsciente” (1915c/1996), Freud acredita que há dois tipos de censura. Aquela presente entre o sistema inconsciente e o pré-consciente, e uma segunda, presente entre o pré-consciente e o sistema consciente. Essa hipótese surgiu quando o autor verificou que grande parte do pré-consciente originava-se no inconsciente, está na natureza de seus derivados e sujeita a censura antes de tornar-se consciente; já outra parte do pré-consciente, era capaz de se tornar consciente sem qualquer censura.

Portanto, o conteúdo inconsciente é rechaçado na fronteira do pré-consciente. Porém, alguns dos derivados do inconsciente conseguem contornar essa censura, se organizam para alcançar certa intensidade de catexia no pré-consciente. Quando essa intensidade sofre um aumento suficiente, ela impulsiona o material recalçado a tentar forçar sua passagem para a consciência, no caminho entretanto, esses conteúdos são reconhecidos como derivados do inconsciente e outra vez recalçados, dessa vez na censura entre o pré-consciente e a consciência.

Para Freud, “nas raízes da atividade instintual [pulsional], os sistemas se comunicam entre si mais extensivamente” (1915c/1996, p. 198). Em geral, a condição de doença é caracterizada quando há uma total separação dos dois sistemas, uma completa divergência de suas tendências. Essa divisão acentuada e final entre o conteúdo dos dois sistemas pode ocorrer com o início da puberdade.

Freud afirma que “o tratamento psicanalítico se baseia numa influência do inconsciente a partir da direção do consciente” (1915c/1996, p. 199). Como vimos, através dos derivados psíquicos que emergem no sistema consciente, é possível perseguir a trilha associativa até o inconsciente.

## **2.6 – Transferência:**

Para que o tratamento psicanalítico ocorra, é necessário que a transferência entre o paciente e seu analista tenha sido estabelecida. Cada indivíduo possui um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica. Através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas nos primeiros anos, o sujeito estabelecerá as

precondições para enamorar-se, as pulsões que irá satisfazer e os objetivos que determinará para si mesmo. Freud chama isso de “clichê estereotípico (1912a/1996, p. 111) e afirma que ele será constantemente repetido no decorrer na vida daquele sujeito.

Somente uma parte dos impulsos libidinais que determinam o curso da vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico; “esta parte está dirigida para a realidade, acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela” (FREUD, 1912a/1996, p. 112). A outra parte foi retida no curso do desenvolvimento, afastada do sistema consciente e da realidade, pode ter sido expandida na fantasia ou ter permanecido totalmente no inconsciente.

Segundo Freud:

Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de tornar consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude (1912a/1996, p. 112).

Uma dessas catexias, que se acha pronta por antecipação, se dirige para a figura do analista. Ele será incluído em uma das séries psíquicas (protótipos) que o paciente já formou.

A transferência constitui o fator preponderante para o sucesso do método psicanalítico e também pode se transformar no mais poderoso meio de resistência. No tratamento analítico, a libido entra em um curso regressivo e revive as imagens infantis do indivíduo. Um dos objetivos é seguir essa libido, rastreá-la, tornar acessível à consciência e então, útil à realidade.

De acordo com Freud:

No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regressar erguer-se-ão como “resistências” ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas (1912a/1996, p. 114).

Cada passo do tratamento analítico é acompanhado pela resistência. O analista deve sempre levar em conta esse fenômeno presente em cada associação isolada e a cada ato do analisando, a resistência representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que lhe opõem.

Freud afirma que se acompanharmos um complexo patogênico, por exemplo sob a forma de um sintoma, “até a sua raiz no inconsciente, logo ingressaremos numa região em que a resistência se faz sentir tão claramente que a associação seguinte tem de levá-la

em conta a aparecer como uma conciliação entre suas exigências e as do trabalho de investigação” (1912a/1996, p. 115). Nesse momento, é que a transferência atua. Algo do material complexo é transferido para a figura do analista, produzindo a associação seguinte e sendo anunciada por sinais de resistência (por exemplo, uma interrupção).

Essa ideia transferencial penetra na consciência pois ela satisfaz a resistência. Prossigo com Freud, “quando nos aproximamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida com maior obstinação” (1912a/1996, p. 115). Quando vencida, as outras partes do complexo não apresentam grandes dificuldades e logo são superadas.

É na esfera da transferência que todo conflito deve ser combatido. “A transferência no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência” (FREUD, 1912a/1996, p. 116).

Freud afirma que no processo analítico de investigação da libido que fugira da consciência do paciente, penetramos no reino do inconsciente. Os impulsos inconscientes esforçam-se por reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de alucinação, não desejam ser recordados da maneira pelo qual o tratamento quer que o sejam.

Os produtos do despertar dos impulsos inconscientes são vistos pelos pacientes como contemporâneos e reais, eles colocam suas emoções sem levar em conta a situação atual. O analista deve levar o paciente a ajustar esses impulsos ao sentido do tratamento e de sua história de vida, submetendo-os à consideração intelectual e compreendendo à luz de seu valor psíquico.

Prossigo com a afirmação de Freud, “essa luta entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida instintual [pulsional], entre a compreensão e a procura da ação, é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência” (1912a/1996, p. 119). É no campo da transferência que a vitória tem de ser conquistada, ou seja, a cura permanente da neurose é possibilitada por esse fenômeno.

Freud atesta a dificuldade que o controle dos fenômenos da transferência representa para o analista. Encerra seu texto “A dinâmica da transferência” (1912a/1996), afirmando que apesar da dificuldade, não podemos esquecer que são eles que prestam o

“inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente” (1912a/1996, p. 119).

## **2.7 – Sintomas:**

Na conferência “O estado neurótico comum” (1917 [1916-1917]h/1996), Freud escreve sobre o caminho da psicanálise, diferenciando a introdução à psicanálise da teoria das neuroses, a primeira seria composta pelo estudo das parapraxias e sonhos, enquanto que a segunda é a psicanálise propriamente dita.

Para Freud, era fundamental que as pessoas compreendessem sobre a libido e sua evolução, e também sobre o desenvolvimento do ego. Assim, teriam a base da técnica psicanalítica e saberiam sobre a importância do inconsciente e do recalque nessa teoria.

Até esse momento da obra freudiana, todo o estudo e as descobertas foram baseadas num único grupo de distúrbios nervosos, o da “neurose de transferência” que engloba a histeria, a neurose obsessiva e a fobia. O mecanismo de formação dos sintomas apresentado por ele, no sentido de um compromisso entre as pulsões sexuais e as exigências do mundo externo (pulsões do eu), foi determinado tendo em vista apenas a neurose histérica.

Os sintomas histéricos, como vimos, foram conceituados por Freud como derivados de lembranças sexuais que agem inconscientemente. Através da conversão, se expressam somaticamente em um órgão periférico que desempenha a mesma função de um órgão genital.

Já abordamos e reforço, a importância da inflexão operada por Freud quando ele reconhece o campo da sexualidade como a base da neurose. No texto “A etiologia da histeria” (1896b/1996), o autor afirma que “qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual” (p. 198).

Nas neuroses de transferência, Freud chegou à descoberta da importância da sexualidade através da interpretação dos sintomas. Ele nos ensina que a função sexual não é puramente psíquica, assim como não é puramente somática. A vida corporal e mental é igualmente influenciada. O autor afirma que nas psiconeuroses é a atuação psíquica da função sexual que gera os seus sintomas.

Nas psiconeuroses, os sintomas devem ser compreendidos como realização de desejos inconscientes. Uma formação de compromisso que busca evitar a irrupção da angústia proveniente dos conflitos entre as pulsões do eu (autopreservativas) e as pulsões sexuais, “burlando” as censuras da civilização e em conformidade com o princípio de prazer.

Os sintomas constituem vias de acesso ao inconsciente e também expressam o recalque, implicam em uma falha da defesa e um retorno daquilo que foi recalcado. Porém, o conteúdo não retorna no mesmo estado em que foi recalcado. Só irrompem no sistema consciente através de deformações – usando mecanismos como o de condensação e deslocamento – e de ligações associativas intermediárias devido à ação da censura psíquica oriunda do pré-consciente.

De um lado, fornecem ao inconsciente um “escoadouro” para a descarga de sua libido e de outro, possibilitam, até certo ponto, ao sistema pré-consciente o controle do inconsciente. Logo, também podemos compreender como uma formação de compromisso entre as forças recalçadas e as recaladoras. Os sintomas são “substitutos da satisfação sexual” (FREUD, 1917 [1916-1917]c/1996, p. 313), uma nova forma de satisfazer a libido.

Para Sigmund Freud, o grande objetivo da psicanálise é descobrir o que é inconsciente na vida mental. Por isso, as psiconeuroses são de grande importância para esse autor. Elas são compreendidas e tratadas pela teoria e pela prática da psicanálise, sendo o recurso técnico mais importante para esclarecer esses estados.

O objetivo de Freud com as conferências introdutórias era que o público tivesse uma noção sobre os métodos com os quais a psicanálise trabalha, dos problemas que ela enfrenta e dos resultados aos quais ela chegou. Se ele tivesse iniciado sua apresentação a partir do comportamento das pessoas neuróticas, haveria o risco de não se descobrir o inconsciente e de não se atentar para a grande importância da libido.

Segundo Freud, o ego é a instância que nega e desacredita o inconsciente, mantendo as exigências da sexualidade recalçadas. Quando compreendemos o mecanismo de recalque, percebemos que as assertivas do ego nos desorientarão.

Freud pontua que o ego adquire uma importância no desenvolvimento e na manutenção da doença nos quadros neuróticos. O ego apoia os sintomas pois oferecem satisfação ao seu propósito recalgador. Afinal, a solução mais conveniente e agradável ao

princípio de prazer e que poupa o ego de um intenso trabalho interno é aplacar um conflito construindo um sintoma.

Essa solução, em muitos casos, é aceitável até mesmo para o médico. O sacrifício realizado por uma pessoa neurótica pode evitar incomensurável infelicidade para outras. Freud, prossegue, afirmando que:

Se podemos dizer que sempre que um neurótico enfrenta um conflito, ele empreende uma fuga para a doença, assim mesmo devemos admitir que, em determinados casos, tal fuga justifica plenamente, e um médico que tenha reconhecido a maneira como se configura a situação, haverá de se retirar, silencioso e apreensivo (1917 [1916-1917]h/1996, p. 383).

Freud também fala sobre a inter-relação do ego com a libido na influência do adoecimento neurótico. Conforme conceituada nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996), a libido é uma força/energia “quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual” (FREUD, p. 205).

Quando o ego perde a capacidade de diversificar sua libido a pessoa adocece de uma neurose. Então, quanto mais forte for seu ego, mais fácil será executar essa tarefa. Porém, qualquer enfraquecimento no ego poderá possibilitar uma neurose, pelo aumento excessivo das exigências da libido e a dificuldade em diversificá-la.

Para Freud, “o que continua essencial e nos esclarece coisas é que, em todos os casos, e seja qual for o modo como a doença se pôs em marcha, os sintomas da neurose são mantidos pela libido, e, por conseguinte, são prova de que ela está sendo utilizada anormalmente” (1917 [1916-1917]h/1996, p. 388). Ou seja, os sintomas se originam da libido, são satisfações substitutivas e empregadas de maneira anormal.

O ego obtém um certo “ganho proveniente da doença” quando se refugia na neurose. Essa fuga para a doença decorrente de um conflito psíquico é o ganho primário, enquanto que há também um ganho secundário com a doença. Porém, a neurose não traz só vantagem, há também desvantagem e verificamos que o ego fez um mau acordo ao optar pela neurose.

O ego “pagou caro demais” por um alívio do conflito psíquico e os sofrimentos que os sintomas causam talvez sejam equivalentes aos tormentos resultantes do conflito, proporcionando até um aumento no nível de desprazer. Segundo Freud, o ego não quer desistir do ganho da doença apesar de desejar se libertar do desprazer dos sintomas, e isso ele não consegue, o que nos mostra que o ego não é tão ativo como se imaginava.



De acordo com Freud, uma doença que tenha durado algum tempo, passa a funcionar como um mecanismo independente. Manifesta-se como uma pulsão de autopreservação, estabelecendo uma acomodação entre si e outras partes da mente. Todo o ganho proveniente da doença intensificará as resistências durante o tratamento.

O autor afirma que “raramente deixa de haver ocasiões em que se comprova que a doença, repetidas vezes, se torna útil e adequada, e adquire por assim dizer, uma função secundária que reforça novamente sua estabilidade” (1917 [1916-1917]h/1996, p. 385). Porém, geralmente, a ajuda que proporciona uma neurose não representa a melhor solução para o paciente.

O sintoma produzido como solução para um conflito é um processo automático que não pode se mostrar adequado para encarar as exigências da vida e no qual a pessoa não utilizou suas melhores e mais elevadas capacidades. Para Freud, “se houvesse uma escolha, seria preferível descer à liça para uma honrosa luta com o destino” (1917 [1916-1917]h/1996, p. 386).

O sintoma pode ser considerado a porta de entrada para as determinações subjetivas do indivíduo. Na conferência XVII “O sentido dos sintomas” (1917 [1916-1917]a/1996), Freud afirma que os sintomas neuróticos têm um sentido, possuem uma conexão com a vida de quem os produz. Sua origem retoma a vida passada do paciente.

O paciente não tem o conhecimento sobre esse sentido. Quando tornados conhecidos pela interpretação do analista, causarão estranhamento e intensificarão as resistências, revelando o poder do representante pulsional em assumir as mais variadas formas de expressão.

O conceito freudiano de sintoma é mais que uma disfunção a ser reparada. É a partir do sintoma que o psicanalista é capaz de visualizar a estrutura da doença de cada sujeito. Pela transferência, o psicanalista atuará como um observador e decodificador do sintoma, estando incluído no circuito libidinal do paciente. A psicanálise busca o alívio do sofrimento pelo deciframento do sintoma, este desaparecerá quando as resistências forem superadas.

## **2.8 – O sintoma em Leonardo da Vinci:**

Freud reconhece Leonardo da Vinci (1452-1519) como um dos maiores homens da renascença italiana. O Renascimento foi um movimento histórico situado entre meados do século XIV e o fim do século XVI. Transformações culturais, sociais, econômicas, religiosas e políticas marcaram esse período, que foi caracterizado, principalmente, pela transição do feudalismo para o capitalismo e uma marcante evolução em relação às estruturas medievais.

Leonardo da Vinci se destacou como artista, tendo influência decisiva sobre as pinturas do Renascimento. Porém, Leonardo foi muito mais do que um artista, um homem que se dedicou às ciências naturais, sendo reconhecido como pesquisador e cientista, engenheiro, inventor e escultor.

Essa combinação de amplas e diversas habilidades era visível nos homens dessa época. Segundo Freud, “Leonardo foi um dos exemplos mais brilhantes” (1910/1996, p. 74).

Leonardo também era um sujeito bem afeiçoado, com traços delicados e uma singular força física. De acordo com os relatos, ele apreciava e se cercava de coisas belas, vestia-se bem, pintava ao som de música e valorizava a elegância da vida.

Em um determinado momento, Leonardo passou a se dedicar mais à ciência em detrimento da arte. Para Freud, “o efeito disso tudo sobre suas pinturas foi de fazê-lo usar com menos entusiasmo o pincel, pintar cada vez menos, deixando a maioria do que começara inacabado, e não se preocupar com o destino final de suas obras” (1910/1996, p. 75).

O quadro de Mona Lisa demorou quatro anos para ser pintado e segundo Leonardo, nunca ficou completamente pronto. Não foi entregue a quem o encomendou, ficando com o pintor. Finalmente foi adquirido pelo rei Francisco I da França, e hoje está entre as peças mais valiosas do Museu do Louvre.

Apesar do menor entusiasmo com o pincel, são visíveis a profundidade e a riqueza nas pinturas de Leonardo. Estas mostram ambições grandes e difíceis de satisfazer, o que vem a dificultar a finalização de seu trabalho, pois o artista nunca conseguia realizar o seu ideal. De acordo com Freud, essa vagareza característica no trabalho de Leonardo constituía um de seus sintomas.

Leonardo era conhecido por sua pacatez e ociosidade, seu caráter revelava traços incomuns e contradições aparentes. Nos exemplos citados por Freud, é possível

identificar uma feminina delicadeza na personalidade de Leonardo, gentileza e compaixão para com os animais e meio ambiente, o horror à guerra e ao derramamento de sangue. Porém, isso não o impedia de acompanhar a execução de criminosos em praça pública a fim estudar suas reações e expressões de medo, nem tampouco de desenhar as armas de agressão e crueldade do serviço de engenharia militar.

Um fato que impressiona é a rejeição da sexualidade por Leonardo, característica não encontrada nos demais artistas e pintores da época. Ao invés de desenhos eróticos e obscenos que davam vazão às fantasias desses outros artistas, Leonardo se limitava a pintar esboços anatômicos do aparelho genital feminino e da posição do feto no útero.

Observando seus escritos, também não há referência à sexualidade; desde problemas científicos às trivialidades, seus textos são castos e abstinentes. Segundo Freud, “tão resolutamente se abstém de todo o tema sexual que dá a impressão de que somente Eros, o preservador de todas as coisas vivas, fosse assunto indigno para o pesquisador em busca da sabedoria” (1910/1996, p. 79).

O recalque da sexualidade em Leonardo é expresso em suas pinturas. Reitler, médico e psicanalista austríaco, analisou uma de suas pinturas considerando dados fornecidos por Freud. A pintura retrata o ato da procriação em que a pulsão de pesquisa de Leonardo falhou. Dentre todos os detalhes citados por Reitler que mostram o recalque da sexualidade, a posição que reproduz o coito é a mais notável.

De acordo com Reitler, “quando o ato sexual é reproduzido sendo realizado em pé, devemos supor a existência de uma repressão [recalque] sexual poderosa para que ele fosse reproduzido nessa posição singular e quase grotesca” (FREUD, 1910/1996, p. 81, apud REITLER, 1919). O autor prossegue, afirmando que “se alguém quer ter prazer, será natural que procure ficar tão confortável quanto possível; isso é naturalmente verdadeiro para as duas pulsões primárias: fome e amor” (FREUD, 1910/1996, p. 81, apud REITLER, 1919).

Nos traços do homem com a cabeça feminina, a expressão é de desagrado e repulsa. Nos membros inferiores há o erro mais alarmante, Leonardo trocou macho e fêmea nas posições dos pés. Para Reitler, “somente este desenho anatômico seria suficiente para que se deduzisse a repressão [recalque] da libido – repressão [recalque] que levou o grande artista e pesquisador a um estado próximo à confusão” (FREUD, 1910/1996, p. 81, apud REITLER, 1919).

Segundo relatos da época, Leonardo nunca abraçou ou se relacionou com uma mulher. Sempre cercado de belos alunos, mantinha relações afetuosas com esses jovens, embora não chegassem até relações sexuais.

Os afetos de Leonardo “eram controlados e submetidos ao instinto [pulsão] da pesquisa; ele não amava nem odiava, porém se perguntava acerca da origem e do significado daquilo que deveria amar ou odiar” (FREUD, 1910/1996, p. 83). Leonardo converteu sua paixão em sede de conhecimento, era um pesquisador intenso e persistente.

O afeto recalcado vinha à tona quando ele atingia o auge de seu trabalho intelectual. Nesses momentos, dominado pela emoção e em linguagem exaltada, louvava o esplendor da natureza e a grandeza de seu Criador.

O estudo de Leonardo sempre se voltou para o mundo exterior, e nunca para o interior. Começou usando a pesquisa para a arte, até que seu amor pelo estudo tornou-se mais forte.

A parcela da atividade sexual, ou no caso de Leonardo, a totalidade foi substituída pela atividade da pesquisa. Através da sublimação, a pulsão sexual substitui seu objetivo imediato por outros desprovidos de caráter sexual e que podem ser altamente valorizados.

A pesquisa psicanalítica mostra que as crianças passam por um período de pesquisas sexuais infantis. A investigação sexual na infância chega a um fim pelo recalque da sexualidade através das orientações dos pais e há três possibilidades diferentes de vicissitudes para esse impulso de pesquisa.

O primeiro destino é a inibição da curiosidade e a limitação da liberdade da atividade intelectual ao longo da vida, a chamada inibição neurótica. O segundo é o desenvolvimento intelectual forte que resiste ao recalque da sexualidade que o domina, há uma forma de pesquisa compulsiva, a pesquisa torna-se uma atividade sexual.

No terceiro destino, modelo ideal no caso de Leonardo, “a libido escapa ao destino da repressão [recalque] sendo sublimada desde o começo em curiosidade e ligando-se ao poderoso instinto [pulsão] de pesquisa como forma de se fortalecer” (FREUD, 1910/1996, p. 89). A libido sublimada tornada forte devido ao recalque da sexualidade, ainda influencia a pulsão, evitando o contato com temas sexuais.

Em Leonardo, verificamos, uma poderosa pulsão de pesquisa e a atrofia da vida sexual, o que Freud chama de homossexualidade ideal sublimada. A curiosidade infantil de Leonardo deixou de servir aos interesses sexuais e foi sublimada, deslocando a libido

em seu intenso desejo pela pesquisa.

Leonardo da Vinci nasceu em 1452 na cidadezinha de Vinci, na Itália. Filho ilegítimo, seu pai era um tabelião respeitado na cidade e sua mãe uma provável camponesa. O seu pai era casado, porém sem filhos desse casamento, o que permitiu que Leonardo fosse criado na casa de seu pai com sua madrasta.

Leonardo pouco falava sobre a infância, porém num trecho científico acerca do voo dos abutres, ele traz uma recordação de sua tenra infância. Freud insere o fragmento dessa recordação, seguindo com Leonardo: “estando em meu berço, um abutre desceu sobre mim, abriu-me a boca com sua cauda e com ela fustigou-me repetidas vezes os lábios” (FREUD, 1910/1996, p. 91, apud SCOGNAMIGLIO, 1900).

Freud afirma que essa não é uma recordação e sim uma fantasia que Leonardo criou. Essa fantasia de sua infância encobre valiosos testemunhos dos traços mais importantes do desenvolvimento mental.

Freud analisa esse fragmento e conclui que há um conteúdo erótico. A cauda do abutre faria referência ao órgão genital masculino, a cena equivaleria a um ato sexual no qual o pênis é introduzido na boca da pessoa envolvida. Fantasia que mostra o caráter passivo do sujeito, presente em mulheres e em homossexuais.

Essa experiência com o abutre é associada com o período de lactância, o ato de amamentar de uma mãe. Freud investiga a substituição da mãe por um abutre e chega a uma fábula do antigo Egito no qual o abutre era considerado um símbolo da maternidade. Os egípcios acreditavam só haverem abutres fêmeas, e que essas aves eram fecundadas pelo vento, não necessitando do macho.

Freud acredita que Leonardo conhecia essa fábula devido ao seu grande interesse pelo saber e pela literatura. Leonardo substituiu a mãe por um abutre, mostrando a ausência de seu pai e o sentimento de estar só com sua mãe em sua tenra infância. O filho ilegítimo pode comparar-se a um filhote de abutre.

Este fato revela que Leonardo deve ter passado os primeiros e decisivos anos de sua infância ao lado de sua mãe biológica. A entrada de Leonardo na vida do pai e da madrasta deve ter se dado após alguns anos, por volta dos cinco anos de idade.

Seguindo a afirmação de Freud, percebemos a importância dos primeiros anos na vida psíquica de um sujeito. Para este autor, “nos primeiros três ou quatro anos de vida certas impressões tornam-se fixadas e as formas de reação para com o mundo exterior

ficam estabelecidas, e nunca mais perderão a sua importância por meio de outras experiências posteriores” (FREUD, 1910/1996, p. 99).

Freud conclui que o estudo científico sobre o voo das aves deriva das pesquisas sexuais da infância de Leonardo. Sem o pai presente, as teorias sexuais infantis se fazem marcantes, principalmente a crença da mãe possuir um órgão genital masculino.

A deusa egípcia Mut representa bem a fantasia de Leonardo junto com suas teorias sexuais infantis, é uma deusa-mãe com cabeça de abutre, corpo de mulher e com posse de um órgão genital masculino ereto.

Ao descobrir que as mulheres não possuem pênis, o desejo das crianças por suas mães se transformam em um sentimento de repulsa. Esse sentimento mais tarde, na puberdade, pode ser o fator precipitante de uma impotência psíquica, misoginia e homossexualidade.

Em seu estudo sobre a homossexualidade, Freud encontra casos em que o indivíduo possuía uma ligação erótica muito intensa com sua mãe durante o primeiro período de sua infância. Porém, esse amor não pode continuar a se desenvolver conscientemente, e sucumbe ao recalque.

O menino, que se transformará em um homossexual, recalca seu amor pela mãe e se coloca em seu lugar, identifica-se com ela, e toma a si próprio como um modelo a quem devem assemelhar-se os novos objetos de seu amor. Logo, a escolha de objeto amoroso, no caso de um homossexual, é narcisista. Freud afirma que:

O que de fato aconteceu foi um retorno ao autoerotismo, pois os meninos que ele agora ama à medida que cresce, são, apenas, figuras substitutivas e lembranças de si próprio durante sua infância – meninos que ele ama de maneira que sua mãe o amava quando ele era uma criança (1910/1996, p. 107).

Em seu diário há uma anotação sobre as “despesas com o funeral de Caterina”, não há qualquer outra menção a esse nome ou sua relação com essa pessoa. O escritor Merezhkovsky concluiu que Caterina é a mãe de Leonardo, a camponesa pobre da cidadezinha de Vinci.

Segundo registros, ela foi à Milão em 1493 visitar Leonardo e lá adoeceu. Seu filho a interna em um hospital e quando morreu foi homenageada por ele com esse custoso enterro.

Segundo Freud, “o que temos diante de nós nesses apontamentos sobre as despesas do enterro é a expressão, sob um disfarce quase irreconhecível, de sua tristeza

pela morte da mãe” (1910/1996, p. 112). Leonardo sujeitou seus sentimentos e afetos ao domínio da pesquisa, os recalcou, mas esse conteúdo recalçado encontrou um meio de expressão.

Freud discorre sobre a neurose obsessiva que acredita ser o tipo de neurose condizente à personalidade de Leonardo. Nessa neurose, a expressão de sentimentos intensos inconscientes recalçados é deslocado para ações triviais e sem importância. A verdadeira força dessa pulsão vem do inconsciente e seus sinais aparecem disfarçados na consciência.

O intenso amor de Leonardo por sua mãe permanecera inconsciente, recalçado e não seria possível a livre expressão dele. Porém, essa pulsão recalçada encontrou meios de se expressar, e assim o registro da onerosa despesa do enterro de “Caterina” (sua mãe) resolveria esse conflito neurótico.

As pulsões libidinais encontravam meio de expressão de maneira compulsiva e de forma distorcida. Para Freud, apesar do recalque da sexualidade, é possível identificar que a mãe de Leonardo e seus alunos representavam para ele a imagem de sua própria beleza infantil, sendo seus objetos sexuais. E a compulsão a anotar detalhadamente seus gastos em seu diário revela seus conflitos rudimentares.

Freud traduz a vida erótica de Leonardo e sua fantasia com o abutre da seguinte forma: “foi através dessa relação erótica com minha mãe que me tornei um homossexual” (1910/1996, p. 113).

Freud, em seu texto “As neuropsicoses de defesa” (1894/1996), discorre sobre o mecanismo e a sintomatologia das neuroses, darei atenção especial à neurose obsessiva. As representações obsessivas equivaleriam às falsas ligações entre o afeto do conteúdo recalçado e uma outra representação.

O afeto é separado do conteúdo impróprio para a consciência, porém esse afeto permanece livre na esfera psíquica. Enquanto que esse conteúdo impróprio, que agora está enfraquecido, sem o afeto, pode permanecer na consciência, mas separado de qualquer associação.

Segundo Freud, esse afeto aflitivo era originário da vida sexual do sujeito, da mesma natureza que ligava às suas obsessões. A obsessão pode ser considerada como uma substituição da representação sexual imprópria, que aparece na consciência.

A separação da representação sexual de seu afeto e a ligação deste com outra

representação que é adequada à consciência mas não compatível com o conteúdo, ocorre fora da consciência. Podemos dizer que são processos inconscientes, inacessíveis à consciência do sujeito.

A transposição do afeto é considerada por Freud como um método de defesa. Seguindo com esse autor, “o afeto de que o eu sofre permanece como antes, inalterado e não diminuído, com a única diferença de que a representação incompatível é abafada e isolada da memória” (1894/1996, p. 61).

Diferente do que ocorre na histeria, na neurose obsessiva não há relação com a inervação somática e os seus sintomas não são tão notáveis. Toda a alteração permanece na esfera psíquica.

O tratamento analítico proposto por Freud é de reconduzir à atenção dos pacientes com fobias e obsessões para as representações sexuais recalçadas. Alcançar o inconsciente e estancar as fontes de onde tais representações se originaram. No caso de Leonardo, por ainda não haver a psicanálise, a análise de seus sintomas e obsessões é realizada quase quatro séculos após sua morte.

Prosseguimos com Freud, em seu texto “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896a/1996). Ele afirma, assim como visto ao longo de sua obra sobre Leonardo da Vinci, a importância das primeiras experiências sexuais infantis na etiologia das neuroses.

Para Freud, “as ideias obsessivas são, invariavelmente, autoacusações transformadas que reemergiram do recalçamento e que sempre se relacionam com algum ato sexual praticado com prazer na infância” (1896a/1996, p. 171). Compreendo que em Leonardo essa cena prazerosa está ligada ao ser amamentado e acariciado por sua mãe, prazer este que permanece em sua recordação com o abutre.

O sintoma primário de defesa, em uma neurose obsessiva, ocorre após inúmeros esforços conscientes de recalcar a experiência inicial passiva. A lembrança dessas ações prazerosas desperta autoacusações por parte do sujeito no advento da maturação sexual e da moralidade.

A defesa mostra estar bem sucedida quando a conscienciosidade, a vergonha e a autodesconfiança são sintomas visíveis no sujeito, equivale à um período de aparente saúde. Após certo período há o fracasso da defesa e o retorno das lembranças recalçadas, caracterizando a doença do neurótico.



Freud, nesse momento, não sabe ao certo o que gerou o fracasso da defesa e se o despertar das lembranças recalçadas se deu de forma acidental ou espontânea. Prossegue afirmando que:

Entretanto, as lembranças reativadas e as autoacusações dela decorrentes nunca reemergem inalteradas na consciência: o que se torna consciente como representações e afetos obsessivos, substituindo lembranças patogênicas no que concerne à vida consciente, são estruturas da ordem de uma formação de compromisso entre as representações recalçadas e as recalçadoras (FREUD, 1896a/1996, p. 172).

Aprendemos com Freud que um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado permanente e é uma consequência do processo de recalque. Por ordem do superego, o ego se recusa a se associar à uma catexia pulsional que foi provocada no id. Apesar do recalque, a análise mostra que a ideia originária persiste como uma formação inconsciente.

Seguindo com Leonardo da Vinci, Freud destaca o sorriso notável, fascinante e misterioso nos lábios femininos, nas pinturas desse artista. Desde a expressão enigmática no rosto de Mona Lisa, esse sorriso reaparece em todos os seus quadros. Para Freud, esse sorriso foi encontrado ou diríamos reencontrado no modelo de Mona Lisa, ficando Leonardo tão enfeitiçado que o reproduziu daí em diante.

Explicando melhor, Freud pensa que esse fascínio pelo sorriso de Mona Lisa, pode ter despertado alguma coisa que há muito habitava a mente de Leonardo. Provavelmente uma antiga lembrança, “esta lembrança seria de suficiente importância pois, uma vez despertada, nunca mais dela se libertou; sentia-se sempre forçado a dar-lhe novas formas de expressão” (1910/1996, p. 118).

O sorriso marcante é claramente reconhecido também no rosto das duas mulheres representadas no quadro “Madona e o Menino com Sant’Ana”. Um quadro com a imagem de uma criança vigiada pela mãe e pela avó. Madona e Sant’Ana exprimem o mesmo sorriso de Mona Lisa, porém sem seu caráter estranho e enigmático, o que demonstra é um sentimento de íntimo e serena felicidade.

Para Freud, esse quadro contém a síntese da história da infância de Leonardo. O artista deu à criança da pintura, duas mães, uma próxima que lhe estende às mãos e uma outra mais distante, presente mas em segundo plano.

Comprendemos com Freud que o próprio Leonardo teve duas mães; a primeira sua mãe biológica, Caterina, de quem foi separado aos cinco anos, representada no quadro

pela figura de Sant'Ana; e a segunda sua madrasta, esposa de seu pai, uma mulher moça e carinhosa, representada pela Madona na pintura.

Freud sustenta a hipótese de que esse misterioso sorriso era da verdadeira mãe de Leonardo, “sorriso que ele perdera e que muito o fascinou, quando novamente o encontrou na dama florentina” (1910/1996, p. 119).

Retomando o quadro de Sant'Ana é possível perceber a fusão das duas mães de sua infância em uma só, exatamente como uma figura condensada de um sonho. O sorriso de Sant'Ana parece “negar e encobrir a inveja que sentiu a pobre mulher quando foi obrigada a entregar o filho à sua rival nascida em berço mais nobre, assim como já lhe havia outrora entregado o pai” (FREUD, 1910/1996, p. 121).

Outro detalhe importante nesse quadro é a presença do contorno de um abutre na figura que representa a mãe do artista. O símbolo da maternidade é claro e visível.

Prossigo com a análise de Freud ao afirmar que a ternura da mãe determinou o destino de Leonardo. A humilde camponesa abandonada com um filho, procurava se consolar pela falta de marido e compensava acarinhando o filho já marcado pela ausência de seu pai.

Segundo Freud, “assim, como todas as mães frustradas, substitui o marido pelo filho pequeno, e pelo precoce amadurecimento de seu erotismo privou-o de uma parte de sua masculinidade” (1910/1996, p. 124). Apesar da infelicidade em sua vida erótica, Leonardo pode proclamar o desejo do menino apaixonado por sua mãe em sua arte.

O sorriso reencontrado por Leonardo em Mona Lisa, o levou a lembrar dos lábios de sua mãe quando essa o acariciava. Após muito tempo de inibição, não poderia voltar a desejar tais carícias dos lábios de outra mulher. Porém, enquanto pintor poderia reproduzir esse sorriso marcante em todos seus quadros.

Outra anotação de seu diário digno de importância para a psicanálise é quando ele menciona a morte de seu pai. Conforme consta a tradução na nota de rodapé: “Em 9 de julho de 1504, quarta-feira, às 7 horas morreu Ser Piero da Vinci, tabelião do Palácio de Podestà, meu pai, às 7 horas. Tinha 80 anos de idade e deixou 10 filhos e 2 filhas”.

Freud mostra que o erro da redação consiste na repetição do horário, aparece por duas vezes “7 horas”. Para o psicanalista, esse lapso de escrita proporciona a emergência do inconsciente, ou seja, a libertação de algumas pulsões recalçadas.

Além desse fato, também consta em outra nota de rodapé, que há um outro erro

na escrita e talvez ainda maior. O pai de Leonardo não tinha 80 anos conforme ele escreveu, e sim 77 anos na data de seu falecimento.

Há ainda um terceiro erro nessa anotação, na contagem de filhos. Segundo relatos e registros da época, o pai de Leonardo se casou quatro vezes e teve onze filhos homens (contando com Leonardo) e duas filhas.

Nesse caso, Freud aponta para uma inibição afetiva em Leonardo, assim como ocorreu nas anotações referentes à despesa do custoso enterro de Caterina. O afeto suprimido encontra uma forma de expressão distorcida.

Segundo Freud, “o deslocamento da perseveração para um detalhe tão indiferente no relato de sua morte, a hora em que ele faleceu, esvazia a anotação de qualquer emoção e deixa transparecer a existência de algumas coisas que se deseja ocultar ou suprimir” (1910/1996, p. 127).

O pai de Leonardo exerceu importante influência em seu desenvolvimento psicosssexual. No período inicial de sua infância, a ausência do pai foi marcante; assim como a presença dele no período posterior da infância também marcou Leonardo.

Quando na puberdade a decisão da homossexualidade se concretiza, a identificação com o pai perde a significação para sua vida sexual. Porém, a identificação com o pai manteve-se presente em outras esferas da vida de Leonardo. Por exemplo, o desejo de Leonardo de estar rodeado de coisas belas não poderá ser atribuído apenas à um gosto de Leonardo, mas também à uma compulsão a copiar e ultrapassar seu pai.

Seu pai gostava de luxo e roupas finas, era um homem de posses. Para Freud, o pai de Leonardo “fora um grande cavaleiro para a pobre camponesa, e seu filho por isso nunca deixou de sentir o desejo de representar também o grande cavalheiro” (1910/1996, p. 128).

Freud afirma que o reflexo da identificação de Leonardo com o pai foi prejudicial para sua pintura, “criava a obra de arte e depois dela se desinteressava, do mesmo modo que seu pai se desinteressava por ele” (FREUD, 1910/1996, p. 128).

Essa compulsão é derivada das impressões dos primeiros anos de vida, impressões essas que foram recalçadas e tornadas inconscientes. Mesmo que mais tarde, o pai tenha se tornado presente, a experiência futura não pôde corrigir nem alterar essa compulsão.

Leonardo é considerado o primeiro cientista natural moderno. Após os gregos, nenhum outro homem havia tido a coragem de indagar os segredos da natureza. Leonardo

foi esse homem, fazendo descobertas e criando ideias sugestivas baseadas unicamente na observação e em seu próprio julgamento.

Ele fez pesquisa independente e criticava aqueles que apelavam à autoridade, declarando que estes faziam mais uso da memória do que da razão. Freud afirma então que “se sua imitação do pai o prejudicou como artista, sua rebeldia contra ele foi a determinante infantil do que foi talvez uma realização igualmente sublime no campo da pesquisa científica” (1910/1996, p. 129).

Leonardo pôde dispensar o apoio de uma autoridade e isso não seria possível se ele tivesse a presença constante do pai na mais tenra infância. A ausência do pai possibilitou que ele aprendesse a viver sem o pai. Rompeu com as amarras da autoridade já que em sua primeira infância não teve a intimidação de seu pai, e isso se prolongou em suas pesquisas.

Segundo Freud, a ulterior investigação científica de Leonardo é “caracterizada por sua ousadia e independência, pressupõe a existência de pesquisas sexuais infantis não inibidas pelo pai e representa uma prolongação das mesmas com a exclusão do elemento sexual” (1910/1996, p. 129).

Numa época em que a Igreja e o Cristianismo dominavam, Leonardo despiu as figuras sagradas. Em suas pinturas, as representava como figuras humanas, com belas e grandes emoções. Também em suas pesquisas, se questionava sobre alguns dos conteúdos das Sagradas Escrituras.

Para Freud, “a psicanálise tornou conhecida a íntima conexão entre o complexo do pai e a crença em Deus” (1910/1996, p. 129). Psicologicamente, o “Deus pessoal” é a exaltação do pai.

A intensa pesquisa de Leonardo sobre o voo das aves confirma a ideia de Freud de que suas pesquisas infantis eram dirigidas para questões sexuais. Para Freud, “o desejo de voar representa verdadeiramente a ânsia de ser capaz de realizar o ato sexual” (1910/1996, p. 132).

Essa pesquisa conseguiu de certo modo escapar ao recalque, porém o recalque o afastou da sexualidade. Prossigo com Freud quando este afirma:

Com ligeiras variantes em seus significados, o mesmo assunto continuou a interessá-lo, desde os anos de sua infância até a época de sua plena maturidade intelectual; e é muito possível que não tivesse conseguido a destreza que desejava, quer no sentido sexual primário, quer no sentido mecânico, e que permaneceu frustrado em ambos os desejos (1910/1996, p. 133).

Leonardo conservou algo de infantil durante boa parte de sua vida, e só veio a desaparecer nos seus anos de maturidade. A atividade de pesquisa representou seu último e mais alto nível de expansão de sua personalidade. Segundo Freud, “a sua longa duração, no entanto, nos ensina como lentamente o indivíduo se desliga de sua infância, se nos dias infantis desfrutou a maior felicidade erótica, coisa nunca mais conseguida” (1910/1996, p. 135).

Para Freud, “Leonardo surge da obscuridade de sua infância como artista, pintor e escultor devido a um talento específico que foi reforçado, provavelmente, nos primeiros anos de sua infância pelo precoce despertar do seu instinto [pulsão] escopofílico” (1910/1996, p. 138). As experiências remotas da infância de Leonardo fortaleceram as excitações das pulsões de ver e de saber; assim como a oralidade despertada em sua tenra infância, continuou como zona erógena marcante em sua vida.

Freud investigou o desenvolvimento mental e intelectual de Leonardo, partindo de peculiaridades triviais e os enigmas de sua natureza. Leonardo que tanto se dedicou ao saber e à verdade, não desencorajaria esse estudo. O objetivo de Freud com esse trabalho foi de explicar as inibições na vida sexual e na atividade artística de Leonardo.

O estudo de Freud sobre o sintoma é de fundamental importância para a psicanálise. Observando desde a criança até o ser humano civilizado, Freud afirma que os sintomas neuróticos são estruturas que funcionam como substitutos para algumas consequências do recalque ao longo do curso de desenvolvimento do sujeito.

O recalque, a fixação e a sublimação se fizeram presentes, absorvendo as contribuições da pulsão sexual para a vida mental de Leonardo e constituindo os sintomas neuróticos de Leonardo da Vinci.

## CAPÍTULO 3

### **Formalização da 2ª tópica: sintoma para além do princípio de prazer**

Neste capítulo, traremos as considerações levantadas por Freud a partir de 1920. À luz da segunda tópica, ele propõe a rediscussão das principais características do sintoma. A compulsão à repetição ganha o primeiro plano e conceitos como além do princípio de prazer e pulsão de morte são formulados.

#### **3.1 – Além do princípio de prazer e pulsão de morte:**

Em seu texto “Além do princípio de prazer” (1920/1996), Freud afirma que o princípio de prazer regula o curso tomado pelos eventos mentais. Retoma o ponto de vista econômico presente em nosso aparelho psíquico, reforçando que um aumento de estímulo é sentido como desprazer, enquanto sua diminuição produziria prazer. Seguindo o princípio da constância, o aparelho psíquico busca manter essa energia constante ou tão baixa quanto possível.

O princípio de prazer é o método primário de funcionamento do aparelho psíquico. Esse método pode ser perigoso tendo em vista a necessária autopreservação do organismo frente as dificuldades do mundo externo. Então, sob a influência das pulsões de autopreservação do ego, o princípio de realidade surge. Como vimos no capítulo anterior, esse segundo princípio adia a satisfação, há uma tolerância temporária de desprazer a caminho de um prazer posterior e seguro.

As pulsões sexuais são regidas pelo princípio de prazer e Freud afirma que essas são as difíceis de “educar”. Por vezes, conseguem ultrapassar o princípio de realidade e a própria censura, buscando sua satisfação. Porém, essa satisfação é sentida como uma experiência desagradável.

Também em seu texto “Além do princípio de prazer” (1920/1996), Freud propôs um estudo sobre as brincadeiras das crianças, o objetivo seria compreender o método de funcionamento empregado pelo aparelho psíquico em uma de suas primeiras atividades “normais”. O psicanalista traz como exemplo a brincadeira do “Fort Da” de seu neto, a brincadeira de atirar certo objeto, fazendo-o desaparecer e depois o puxando, proporcionando seu reaparecimento.

Seu neto era muito ligado à mãe, que não só o alimentava mas também cuidava dele de modo integral. Ele não chorava quando sua mãe o deixava por algumas horas. E Freud pôde interpretar essa brincadeira e a relacionar com os períodos de ausência da mãe. Segundo o autor, essa brincadeira:

Se relacionava à grande realização cultural da criança, a renúncia pulsional (isto é, a renúncia à satisfação pulsional) que efetuara ao deixar a mãe ir embora sem protestar. Compensava-se por isso, por assim dizer, encenando ele próprio o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam a seu alcance (FREUD, 1920/1996, p. 25).

A repetição da experiência aflitiva durante o brincar se harmoniza com o princípio de prazer, pois o verdadeiro propósito dessa brincadeira era encenar o alegre retorno de sua mãe. No começo, a criança estava em uma posição passiva, de ser deixada pela mãe, e através da brincadeira, assumiu uma posição ativa, por mais desagradável que essa experiência fosse.

Freud conclui que as crianças repetem, em suas brincadeiras, tudo os que lhes causam uma grande impressão em sua vida real. Durante o brincar, podem descarregar a intensidade dessa impressão, tornando-se “senhores da situação”. Logo, “quando a criança passa da passividade da experiência para a atividade do jogo, transfere a experiência desagradável para um de seus companheiros de brincadeira e, dessa maneira, vinga-se num substituto” (FREUD, 1920/1996, p. 27).

Nesse texto, Freud também aborda o tema da compulsão à repetição presente durante o tratamento analítico dos neuróticos. Através do método da psicanálise, ele percebeu que seus pacientes não eram capazes de recordar o material recalçado como algo pertencente ao passado. Os pacientes eram obrigados a repetir esse material como se fosse uma experiência contemporânea.

Essas reproduções ocorrem na relação transferencial entre o paciente e seu analista. Surgem com exatidão indesejada, com temas ligados a alguma parte da vida sexual infantil, em torno do complexo de Édipo e de seus derivativos. Nesse momento, a neurose primitiva é substituída pela neurose de transferência.

Pelo tratamento analítico, o psicanalista dirige o paciente tanto quanto possível pelo canal da memória, diminuindo as repetições do material recalçado. É importante que o paciente retenha algum grau de alheamento que o permitirá reconhecer que aquilo que parece ser a realidade é apenas um reflexo de seu passado esquecido.

O que é reexperimentado sob a compulsão à repetição causa desprazer ao ego pois

envolve impulsos pulsionais recalcados. Um fato novo e importante trazido por Freud é que:

A compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais [pulsionais] que desde então foram reprimidos [recalcados] (1920/1996, p. 30).

Segundo Freud, “o florescimento precoce da vida sexual infantil está condenado à extinção porque seus desejos são incompatíveis com a realidade e com a etapa inadequada de desenvolvimento a que a criança chegou” (1920/1996, p. 30). Ele se encerra acompanhado pelos mais penosos sentimentos e por circunstâncias aflitivas.

Todas essas situações são repetidas na transferência, sob pressão de uma compulsão. Apesar das atividades dessas pulsões estarem destinadas à satisfação, elas não foram capazes de gerar prazer, produziram apenas desprazer, e mesmo assim nenhuma lição foi aprendida. Essas atividades/situações são revividas, sob compulsão, com a maior engenhosidade, carregadas de emoções penosas e indesejadas.

Esses fenômenos podem ser observados nos neuróticos e também em pessoas “normais”, a compulsão se faz presente em todo ser humano e dá a impressão de ser perseguida por um destino maligno. Ao que Freud afirma que o destino é, para a psicanálise, arranjado pelas próprias pessoas e determinado por suas influências infantis primitivas.

Freud traz exemplos dessa “perpétua recorrência da mesma coisa”: o homem que é sempre traído por amigos, aquele que sempre alcança uma posição de autoridade, o amante que sempre repete as mesmas experiências com início, meio e fim em todos seus relacionamentos. E também nos fornece exemplo no qual o sujeito aparece em uma posição passiva, no caso da mulher que se casou três vezes e todos seus maridos caíram doentes logo depois, tendo que ser cuidado por ela em seu leito de morte.

O autor relaciona essa compulsão aos sonhos das neuroses traumáticas e ao impulso que levam as crianças a brincar. No brincar, como vimos, “a compulsão à repetição e a satisfação instintual [pulsional] que é imediatamente agradável, parecem convergir em associação íntima” (FREUD, 1920/1996, p. 33).

Porém, o autor enfatiza que os fenômenos da transferência estão submetidos a resistência do ego e sob o processo do recalque. E os sonhos traumáticos surgem em



obediência à compulsão à repetição, sendo “apoiada pelo desejo de conjurar o que foi esquecido e reprimido [recalcado]” (FREUD, 1920/1996, p. 42).

Diante dessas histórias e de outras encontradas em seu divã, Freud acredita que realmente exista “na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio de prazer” (1920/1996, p. 32). Freud, então, começa a pensar sobre a existência de um “além do princípio de prazer”.

As manifestações da compulsão à repetição apresentam um alto grau de caráter pulsional e, na maioria das situações, parece atuar contra o princípio de prazer. Freud afirma que:

No caso de uma pessoa em análise, [...], a compulsão à repetição na transferência dos acontecimentos da infância evidentemente despreza o princípio de prazer sob todos os modos. O paciente comporta-se de modo puramente infantil e assim nos mostra que os traços de memória reprimidos [recalcados] de suas experiências primeiras não se encontram presentes nele em estado de sujeição, mostrando-se elas, na verdade, em certo sentido, incapazes de obedecer ao processo secundário” (1920/1996, p. 45-46).

Freud também pensa na presença da mesma compulsão à repetição ao fim de uma análise, quando o psicanalista tenta induzir o paciente a se desligar completamente do médico.

Nesse ponto, Freud se interroga sobre a relação entre a compulsão à repetição e a vida pulsional. Prossigo com o autor:

Parece, então que um instinto [pulsão] é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma espécie de elasticidade orgânica, ou, para dizê-lo de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica (FREUD, 1920/1996, p. 46).

Freud estranha essa nova visão das pulsões, pois sempre compreendeu que na vida pulsional havia um fato impelidor no sentido da mudança e do desenvolvimento. Nesse momento, se viu obrigado a reconhecer o oposto do que era conhecido, ou seja, uma expressão conservadora da substância viva.

O autor, então, supõe que todas as pulsões orgânicas são conservadoras e que tendem a restaurar um estado anterior. Sendo assim, a entidade viva elementar não teria o desejo de mudar, não faria mais do que constantemente repetir o mesmo curso de vida.

A entidade viva se afastou de seu estado inicial e se esforça por retornar através de tortuosos caminhos ao longo dos quais seu desenvolvimento a conduziu. De acordo com Freud:

Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões internas, torna-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que ‘o objetivo de toda vida é a morte’, e, voltando o olhar para trás, que ‘as coisas inanimadas existiram antes das vivas’ (1920/1996, p. 48).

Se inicia as primeiras formulações sobre a pulsão de morte. A substância inanimada se esforçou para neutralizar a tensão que surgiu no início da vida através da primeira pulsão: “a pulsão de retornar ao estado inanimado”.

Para Freud, “esses tortuosos caminhos para a morte, fielmente seguidos pelos instintos [pulsões] de conservação, nos apresentariam hoje, portanto, o quadro dos fenômenos da vida” (1920/1996, p. 48). Ele afirma que:

A hipótese de instintos [pulsões] de autoconservação, tais como os atribuímos a todos os seres vivos, alinha-se em acentuada oposição à ideia de que a vida instintual [pulsional], como um todo, sirva para ocasionar a morte. [...] Trata-se de instintos [pulsões] componentes cuja função é garantir que o organismo seguirá seu próprio caminho para a morte, e afastar todos os modos possíveis de retornar à existência inorgânica que não sejam os iminentes ao próprio organismo (FREUD, 1920/1996, p. 49).

As pulsões sexuais surgem sob outro aspecto, são elas que trabalham contra a morte da substância viva e a favor do prolongamento da vida. Através das células germinais, podem dar início à um novo processo de desenvolvimento.

As pulsões de vida são também conservadoras pois trazem de volta estados anteriores de substância viva, são resistentes às influências externas e preservam a própria vida por um longo período de tempo.

Segundo Freud, os psicanalistas não lidam com a substância viva, mas com as forças que nela operam, e eles foram “levados a distinguir duas espécies de instintos [pulsões]: aqueles que procuram conduzir o que é vivo à morte, e os outros, os instintos [pulsões] sexuais, que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida” (1920/1996, p. 55).

Freud retoma o desenvolvimento da teoria da libido e reafirma que o ego é o verdadeiro e original reservatório da libido. Ele reconhece a pulsão sexual como Eros, o conservador de todas as coisas.

As psiconeuroses ainda se baseiam em um conflito entre as pulsões do ego e as pulsões sexuais. Porém, nesse momento de sua obra, Freud entende que a pulsão de vida é o somatório das pulsões sexuais com as pulsões de autopreservação/do ego. E, seguindo o dualismo pulsional, descreve a oposição entre as pulsões de vida e as pulsões de morte.

Freud tem a hipótese:

De que os processos vitais do indivíduo levam, por razões internas, a uma abolição das tensões químicas, isto é, à morte, ao passo que a união com a substância viva de um indivíduo diferente aumenta essas tensões, introduzindo o que pode ser descrito como novas diferenças vitais, que devem então ser vividas (1920/1996, p. 64).

O autor, então, pensa que o princípio de prazer, ao buscar descarregar a grande quantidade de estímulo, parece servir as pulsões de morte.

Segundo Freud, desde o início da vida, pulsão de morte e pulsão de vida estão associados. Com o avanço do estudo da psicanálise, as especulações:

Sugeriram que Eros opera desde o princípio da vida e aparece como um ‘instinto [pulsão] de vida’, em oposição ao ‘instinto [pulsão] de morte’, criado pela animação da substância inorgânica. Essas especulações procuram resolver o enigma da vida pela suposição de que esses dois instintos [pulsões] se acham lutando uma com a outra desde o início (FREUD, 1920/1996, p. 69).

### **3.2 – Considerações sobre o sintoma na 2ª tópica:**

Freud, em seu texto “Inibições, sintomas e ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996), afirma que “um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual [pulsional] que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão [recalque]” (p. 95).

Prossegue discorrendo sobre o recalque que, de acordo com a segunda tópica, ocorre por ordem do superego, no qual o ego se recusa a associar-se à uma catexia pulsional que foi provocada no id. A ideia recalçada persiste no inconsciente.

O ego possui uma íntima relação com o sistema perceptual. O sistema perceptual está ligado à manifestação da consciência, recebe excitações de fora e de dentro do organismo e se esforça para orientar o curso dos fatos mentais em conformidade com o princípio de prazer, por meio das sensações de prazer ou desprazer. O ego com apenas um sinal de desprazer já se opõe ao processo pulsional no id.

O ego se defende, da mesma forma, contra os perigos internos e externos. Frente ao perigo externo, o organismo recorre a tentativas de fuga. O primeiro movimento é retirar a catexia de percepção do objeto perigoso e depois se afastar fisicamente do perigo externo.

De igual modo, frente ao perigo interno, o recalque age como equivalente à essa tentativa de fuga. O ego retira a catexia do representante pulsional que deve ser recalçado

e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar desprazer, ou seja, angústia. Freud afirma que “o ego é a sede real da ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996, p. 97).

Segundo Freud, “a ansiedade [angústia] não é criada novamente na repressão [recalque]; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente” (1926 [1925]/1996, p. 97). Os estados afetivos se apresentam na mente como originários de experiências traumáticas primevas, e são revividos como símbolos mnêmicos quando ocorre uma situação semelhante ao trauma primevo.

Essa experiência traumática primeva seria, no caso dos homens e dos animais, o ato do nascimento. A primeira experiência de angústia do sujeito e que atribuiu certas formas características de expressão ao afeto de angústia.

Há também o recalque primevo, ou também chamado de recalque originário. Esse recalque atrai para si situações recentes, são casos de recalque posterior que se apresentam no trabalho analítico.

No recalque originário não havia a diferenciação do superego. É provável que esse recalque tenha se dado por fatores quantitativos, em decorrência das primeiras irrupções de angústia, que foram muito intensas e romperam o escudo protetor contra os estímulos.

O recalque ocorre em duas situações diferentes; um impulso pulsional indesejável pode ser provocado por uma percepção externa ou surgir internamente sem qualquer provocação. Segundo Freud, o escudo protetor aparece somente no tocante ao estímulo externo.

No que se refere à formação dos sintomas, Freud afirma que “um sintoma surge de um impulso instintual [pulsional] que foi prejudicialmente afetado pela repressão [recalque]” (1926 [1925]/1996, p. 98).

Lembrando que o recalque de determinado impulso pulsional é realizado a partir do sinal de desprazer emitido pelo ego. No que diz respeito à formação do sintoma, podemos compreender que o recalque falhou em algum grau. Apesar do recalque, o impulso pulsional encontrou um substituto.

Esse substituto disfarçado é irreconhecível como uma satisfação. Não há qualquer sensação de prazer quando o impulso substitutivo é levado a efeito; na verdade, sua realização gera compulsão.

Freud prossegue afirmando que “ao rebaixar assim um processo de satisfação a um sintoma, a repressão [recalque] exhibe sua força sob outro aspecto” (1926 [1925]/1996,

p. 98). O processo substitutivo não é capaz de girar em torno do mundo externo, não encontra descarga pela motilidade, então o processo é forçado a efetuar alterações no próprio corpo do indivíduo.

No recalque, o ego está atuando sob a influência da realidade externa; e por isso, o processo substitutivo não pode ser transformado em ação, não exerce qualquer efeito sobre a realidade externa. O ego controla o caminho para a ação e controla o acesso à consciência. O recalque atua sobre o próprio impulso pulsional e também sobre o representante psíquico desse impulso.

Freud discorre sobre a relação do ego com o id e o superego, e afirma que “o ego, é na realidade, a parte organizada do id” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 101).

De acordo com Freud, “na repressão [recalque], o fato decisivo é que o ego é uma organização e o id não” (1926 [1925]/1996, p. 101). O recalque demonstra a força do ego mas também revela sua impotência frente às influências dos impulsos pulsionais do id. O processo mental que se transformou em um sintoma devido ao recalque, agora mantém sua existência fora da organização do ego e independente dele.

A conversão histérica é um sintoma que se formou para eliminar a luta defensiva do ego contra um impulso pulsional desagradável. Segundo Freud, “o ato inicial da repressão [recalque] é acompanhado por uma sequência tediosa ou interminável na qual a luta contra o impulso instintual [pulsional] se prolonga até uma luta contra o sintoma” (1926 [1925]/1996, p. 102).

O ego é uma organização, se baseia na manutenção do livre intercâmbio e da possibilidade de influência recíproca entre todas as suas partes; sua própria natureza o obriga a fazer o que deve ser considerado como uma tentativa de restauração ou de reconciliação. Possui uma necessidade de síntese devido à sua energia dessexualizada, revelando traços de sua origem em seu impulso para agregar-se e unificar-se.

De acordo com Freud, “é natural que o ego deva tentar impedir que os sintomas permaneçam isolados e alheios utilizando todos os métodos possíveis para agregá-los a si de uma maneira ou de outra, e para incorporá-los em sua organização por meio desses vínculos” (1926 [1925]/1996, p. 102).

Na formação dos sintomas já há uma tendência dessa natureza. Um exemplo são os sintomas histéricos que se revelam entre a necessidade de satisfação e a necessidade de punição. Para Freud, “tais sintomas participam do ego desde o início, visto que

atendem a uma exigência do superego, enquanto por outro lado representam posições ocupadas pelo reprimido [recalcado] e pontos nos quais uma irrupção foi feita por ele até a organização do ego” (1926 [1925]/1996, p. 102).

Em um determinado momento, o ego compreende que o sintoma “chegou para ficar”. O ego, então, aceita a situação de bom grado e tenta adaptar-se ao sintoma – assim como faz com o mundo externo real – tentando tirar dessa situação o máximo proveito.

Segundo Freud, “a presença de um sintoma pode impor uma certa diminuição de capacidade, e isto pode ser explorado para apaziguar alguma exigência da parte do superego ou para recusar alguma reivindicação proveniente do mundo externo” (1926 [1925]/1996, p. 102-103). Gradativamente, o sintoma passa a ser representante de interesses importantes, funda-se mais estreitamente ao ego, tornando-se indispensável a ele.

Os sintomas, nas neuroses obsessivas e na paranoia, proporcionam uma satisfação narcísica que se torna valiosa para o ego. Os neuróticos obsessivos se consideram melhor que outras pessoas por serem especialmente limpos e conscienciosos, lisonjeiam seu amor próprio. E os delírios dos paranoicos oferecem poderes perceptivos e imaginativos ao sujeito.

Estes caracterizam o “ganho secundário proveniente da doença” nas neuroses. Esse ganho contribui para que o ego incorpore o sintoma e aumente sua fixação. Durante a análise, a relação do ego com seu sintoma atua ao lado das fortes resistências, tornando-se um obstáculo à atuação do analista.

Freud afirma que:

É do próprio sintoma que provém o mal, pois o sintoma, sendo o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido [recalcado], executa o papel do segundo; ele continuamente renova suas exigências de satisfação e assim obriga o ego, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa (1926 [1925]/1996, p. 103-104).

### **3.3 – Defesa e resistências:**

O conceito de defesa abrange todos os processos que tenham como finalidade a proteção do ego contra as exigências pulsionais. As pulsões são contínuas em sua natureza e exige do ego uma ação defensiva permanente, através de um dispêndio de energia constante.

Para proteger o recalque no tratamento analítico, aparece a resistência. A

anticatexia está presente na resistência. Um exemplo de anticatexia é encontrado na neurose obsessiva. Segundo Freud, “ela aparece ali sob a forma de uma alteração do ego, como uma formação reativa no ego, e é efetuada pelo reforço da atitude que é o oposto da tendência instintual [pulsional] que tem que ser reprimida [recalcada] – como, por exemplo, na piedade, na consciência e no asseio” (1926 [1925]/1996, p. 155).

Nessa neurose, os principais processos defensivos são a regressão e a formação reativa. Pela oposição do ego, ocorre uma regressão dos impulsos pulsionais a uma fase libidinal mais antiga, funcionando no mesmo sentido de um recalque. E a anticatexia nessa neurose produz uma alteração reativa no ego, como forma de proteção contra os impulsos pulsionais.

Freud afirma que “pode muito bem acontecer que antes da sua acentuada clivagem em um ego e um id, e antes da formação de um superego, o aparelho mental faça uso de diferentes métodos de defesa dos quais ele se utilize após haver alcançado essas fases de organização” (1926 [1925]/1996, p. 162).

Como já visto, a histeria foi a primeira perturbação psíquica estudada por Freud, portanto, vemos a estreita ligação entre recalque e a formação de sintomas. A característica principal do recalque na histeria é de manter afastado da consciência determinado impulso pulsional.

Na histeria é mais difícil detectar a presença de uma anticatexia. De acordo com Freud, “na histeria, também, uma quantidade de alteração do ego através da formação reativa é inegável e em algumas circunstâncias se torna tão acentuada que força à nossa atenção como o principal sintoma” (1926 [1925]/1996, p. 155-156).

Há diferença entre as formações reativas na histeria e na neurose obsessiva. Na neurose obsessiva são vistas como exageros dos traços normais de caráter, há uma disposição geral do ego e um afrouxamento de relações na escolha de objeto. Enquanto que na histeria, não estão difusas nos traços de caráter, são confinadas a relações específicas.

Na histeria há outra espécie de anticatexia. Segundo Freud, “um impulso instintual [pulsional] reprimido [recalcado] pode ser ativado (novamente catexizado) a partir de duas direções: de dentro, através de reforço de suas fontes internas de excitação, e de fora, através da percepção de um objeto que ele deseja” (1926 [1925]/1996, p. 156).

Na histeria, a anticatexia é dirigida para fora, contra as percepções perigosas.

Através de restrições do ego, evitam situações que ocasionariam tais percepções, ou se ocorrerem, afastam a atenção do sujeito delas, assumindo uma forma especial de vigilância. Essa anticatexia também se faz muito presente nas fobias.

Freud aproxima a relação entre recalque e anticatexia externa, assim como a regressão com a anticatexia interna. O conceito de anticatexia interna para Freud é quando há “alteração do ego através da formação reativa” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 156).

Independente do mecanismo de defesa assumido por cada neurose, o que é comum à todas as neuroses é a tarefa de defesa contra uma percepção perigosa.

As resistências encontradas durante o processo de análise e que devem ser superadas, provém do ego, quando este se apega a suas anticatexias. Ao longo da análise, percebemos qual é a resistência e trabalhamos a fim de superá-las.

De acordo com Freud, “se a resistência for ela mesmo inconsciente, como tão amiúde acontece devido à sua ligação com o material reprimido [recalcado], nós a tornamos consciente” (1926 [1925]/1996, p. 157). Ele prossegue afirmando que “se for consciente, ou quando se tiver tornado consciente, apresentamos argumentos lógicos contra ela; prometemos ao ego recompensas e vantagens se ele abandonar sua resistência” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 157).

Após o abandono da resistência, ainda há a fase de elaboração, um árduo esforço em desfazer seus recalques. Pode haver mais um fator que deve ser superado, a resistência inconsciente, que consiste na atração exercida pelos protótipos inconscientes sobre o processo pulsional recalcado, ou seja, o poder da compulsão à repetição.

Freud, em sua investigação, descobriu que o analista deve combater às cinco espécies de resistências que vêm de três direções: do ego, do id e do superego. O ego é a fonte de três destas: a resistência do recalque, a resistência da transferência e a resistência do ego.

A primeira já foi examinada detidamente. A segunda tem efeitos muito claros na análise e varia para cada paciente, “visto que consegue estabelecer uma relação com a situação analítica ou com o próprio analista, reanimando assim uma repressão [recalque] que deve somente ser lembrada” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 158).

E a terceira resistência do ego provém do ganho secundário da doença, se baseia em uma assimilação do sintoma no ego. Segundo Freud, “representa uma não disposição de renunciar a qualquer satisfação ou alívio que tenha sido obtido” (1926 [1925]/1996, p.



158).

A resistência que provém do id é aquela que também já foi examinada, que necessita de elaboração, considerada como a “resistência do inconsciente”. A quinta e última resistência descoberta por Freud em sua investigação é a resistência do superego. Pode ser considerada a mais obscura e também poderosa, origina-se “do sentimento de culpa ou da necessidade de punição, opondo-se a todo movimento no sentido do êxito, inclusive, portanto, à recuperação do próprio paciente pela análise” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 158).

### **3.4 – Inibições e as funções do ego:**

Freud distingue os sintomas das inibições e afirma que os dois conceitos não estão no mesmo plano. Para este autor, a inibição não implica em uma patologia, tem relação especial com a função e pode ser compreendida como uma restrição normal de uma função. Enquanto o sintoma denota a presença de algum processo patológico.

Há uma relação entre esses conceitos, e uma inibição pode ser também um sintoma. Freud esclarece que a palavra inibição é empregada “quando há uma simples redução da função, e sintoma quando uma função passou por alguma modificação inusitada ou quando uma nova manifestação surgiu desta” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 91).

Freud se propõe a examinar as várias funções do ego. Como a inibição tem relação com a função, é possível descobrir as formas que as perturbações de determinadas funções assumem nas diferentes neuroses.

A primeira delas é a função sexual. Segundo Freud, “a função sexual está sujeita a grande número de perturbações, a maioria das quais exhibe as características de inibições simples” (1926 [1925]/1996, p. 91).

O desempenho normal da sexualidade é um processo complexo, podendo ocorrer perturbações em seu desenvolvimento. Freud discorre sobre as inibições reveladas nas principais fases da sexualidade do homem: o desprazer psíquico que consiste no afastamento da libido no início do processo; a falta de ereção; a ejaculação precoce, abreviação do ato sexual, “ocorrência que pode igualmente ser considerada como um sintoma” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 91-92); ausência de ejaculação; ou a falta de

sensação de prazer no orgasmo que equivale ao não surgimento do resultado psíquico. A perversão e o fetichismo também são perturbações que surgem a partir da função sexual.

A angústia possui uma íntima relação com a inibição. A inibição quando consiste no abandono de determinada função, mostra que a prática dessa função produziria angústia para o sujeito. A maioria das mulheres temem a função sexual.

Essa angústia pode ser vista na histeria e também na neurose obsessiva. O sintoma defensivo de repulsa surge como uma reação preterida à experiência de um ato sexual passivo e reaparece sempre que a ideia desse ato apresenta-se na consciência do sujeito. Para Freud, muitos atos obsessivos são de natureza fóbica e podem ser compreendidos como medidas de precaução e segurança contra experiências sexuais.

Freud discorre sobre seis meios pelos quais pode haver perturbações da função sexual. O primeiro meio é quando a libido é simplesmente afastada, produzindo com rapidez uma inibição pura e simples; o segundo é quando a função é executada de forma menos perfeita; o terceiro é quando a função sexual pode ser prejudicada por ter condições ligadas a ela ou ser modificada pelo desvio para outras finalidades; o quarto é quando essa função é impedida por medidas de segurança; o quinto é quando a função sexual é interrompida durante sua execução pelo surgimento da angústia; e o sexto meio ocorre quando a função sexual é levada a efeito, podendo haver uma subsequente reação de protesto contra ela e uma tentativa de desfazer o que foi feito.

A segunda função estudada por Freud que pode ser perturbada e se fazer presente nas neuroses, é a função de nutrição. Na maioria das vezes, a libido é retirada dessa função, sendo perturbada por uma falta de inclinação para comer.

Na histeria, o sintoma de vômitos é compreendido por Freud como uma defesa histérica contra o comer. Já nos estados psicóticos há uma recusa de comer pelo surgimento de angústia devido aos delírios de ser envenenado.

A compulsão por comer é um sintoma que foi pouco estudado na época. Porém, Freud afirma que não é algo incomum e também está ligado a uma perturbação. A compulsão alimentar está frequentemente ligada ao medo de morrer de fome.

A perturbação da função da locomoção também se apresenta nas neuroses. Segundo Freud, essa função é “inibida por uma indisposição para andar ou por uma fraqueza no caminhar” (1926 [1925]/1996, p. 92). Na histeria, há uma paralisia no aparelho motor; e nas fobias, surgem obstáculos a locomoção devido à angústia a

determinadas situações.

A função do trabalho profissional também pode ser perturbada e aparecer como uma inibição nos neuróticos. Freud afirma que essa função deve ser estudada como um sintoma isolado na análise. O sujeito pode apresentar uma diminuição do prazer ao executar seu trabalho ou não realizá-lo tão bem, também pode experimentar reações físicas se for obrigado a persistir no trabalho, como enjoo, tontura e fadiga.

No caso da histeria, surgem paralisias orgânicas e funcionais que tornam impossível a continuidade do trabalho e o sujeito tem que desistir dele. Já no caso da neurose obsessiva, esse sujeito se distrai ao longo do seu trabalho e perde tempo com intromissão de delongas e repetições.

Freud afirma que “a inibição é a expressão de uma restrição de uma função do ego” (1926 [1925]/1996, p. 93). A causa pode variar e deve ser estudada, assim como o mecanismo e a finalidade presente em cada uma dessas inibições.

Segundo Freud, “descobriu-se como ato geral que a função do ego de um órgão fica prejudicada se a sua erotogeneidade – sua significação sexual – for aumentada” (1926 [1925]/1996, p. 93). Quando as inibições neuróticas afetam atividades como tocar piano, escrever ou andar, a análise revela que esses órgãos físicos foram erotizados de forma acentuada.

A fim de evitar entrar em conflito com o id, o ego renuncia a essas funções. Já que essas funções estão dentro da esfera do ego, sua renúncia é uma melhor saída do que adotar novas medidas de recalque.

O ego também desiste de outras funções a fim de evitar o conflito com o superego. São os casos de inibições que servem à finalidade de autopunição. Certas atividades profissionais poderiam trazer êxito e lucro, porém o ego inibe essa função pois o severo superego proibiu esse prazer.

As inibições mais generalizadas do ego ocorrem quando o ego está envolvido numa tarefa psíquica difícil. No luto ou em uma grande supressão de afeto ou em um fluxo contínuo de fantasias sexuais que tem que ser mantidos sob controle, o ego perde grande quantidade de energia livre e tem que reduzir o uso de energia em muitos pontos ao mesmo tempo. Freud usa como analogia um especulador que tem seu dinheiro retido em várias de suas empresas. Os estados de depressão e de melancolia são caracterizados por essa espécie de inibição geral intensa.

Freud, então, conclui que as inibições “são restrições das funções do ego que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 94). Sendo assim, Freud diferencia a inibição do sintoma, afirmando que “porquanto um sintoma não pode mais ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego ou que atua sobre ele” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 94).

### **3.5 – Angústia e formação dos sintomas:**

Freud afirma que em primeiro lugar, a angústia é algo que se sente. É um estado afetivo. A angústia, como sentimento, tem um caráter acentuado de desprazer.

A angústia é acompanhada por sensações físicas, envolvendo com mais frequência os órgãos respiratórios e o coração. Os processos de descarga passam por esses órgãos e desempenham um importante papel.

Freud chega à conclusão de que a análise dos estados de angústia, revela a existência de um caráter específico de desprazer, de atos de descarga e de percepções desses atos. Prossigo com o autor, quando este afirma que “a ansiedade [angústia], portanto, é um estado especial de desprazer com atos de descargas ao longo de trilhas específicas” (1926 [1925]/1996, p. 133).

Sigmund Freud presume que:

Um estado de ansiedade [angústia] é a reprodução de alguma experiência que encerrava as condições necessárias para tal aumento de excitação e uma descarga por trilhas específicas, e que a partir dessas circunstâncias o desprazer da ansiedade [angústia] recebe seu caráter específico (1926 [1925]/1996, p. 133).

O autor passa a considerar que os estados de angústia são, então, reprodução do trauma do nascimento nos seres humanos. Segundo Freud, “no ato do nascimento há um verdadeiro perigo para a vida” (1926 [1925]/1996, p. 135).

Freud também revela que, para ele, outros afetos também são reproduções de experiências muito antigas. Por exemplo, algum dos ataques histéricos devem ser considerados como universais, típicos e inatos.

A angústia surge originalmente como uma reação a um estado de perigo e tem como função afastar ou evitar esse perigo. Ela é reproduzida sempre que um estado de perigo se repete.

Para Freud, “as inervações envolvidas no estado original de ansiedade [angústia] provavelmente tinham um significado e finalidade, da mesma forma que os movimentos musculares que acompanham um primeiro ataque histérico” (1926 [1925]/1996, p. 134).

O indivíduo ao se deparar com uma situação de perigo reage de forma semelhante à sua inervação no nascimento, que foi dirigida aos órgãos respiratórios, preparando o caminho para a atividades dos pulmões, e ao ajudar a manter o sangue limpo acelerando as pulsações do coração.

Há duas formas da angústia surgir. A primeira é considerada inadequada, frente à uma nova situação de perigo; e a segunda é conveniente, tem a finalidade de dar um sinal e impedir que o perigo ocorra.

Freud pensa nas situações da infância que geram angústia, como quando a criança está sozinha, no escuro e quando se está com uma pessoa desconhecida, que não seja sua mãe. Esses três exemplos mostram que há apenas uma única condição – que será uma das chaves para a compreensão da angústia – o de sentir falta de alguém que é amado e de quem se sente saudade.

A imagem mnêmica que uma criança tem de sua mãe é altamente catexizada, provavelmente de forma alucinatória. O anseio por essa pessoa, sua mãe, se transforma em angústia e pode ser a expressão do sentimento da criança em sua desorientação.

Prossigo com Freud, quando este afirma que:

Aqui a ansiedade [angústia] aparece como uma reação à perda sentida do objeto e lembramo-nos de imediato do fato de que também a ansiedade [angústia] de castração constitui o medo de sermos separados de um objeto altamente valioso, e de que a mais antiga ansiedade [angústia] – a ‘ansiedade [angústia] primeva’ do nascimento – ocorre por ocasião de uma separação da mãe (1926 [1925]/1996, p. 137).

O bebê deseja a presença da mãe pois é esta quem satisfaz suas necessidades. A situação de perigo para o bebê é não ser satisfeito. Ele deve ser protegido de uma crescente tensão devido à necessidade.

Para Freud:

A situação de não satisfação na qual as quantidades de estímulo se elevam a um grau desagradável sem que lhes seja possível ser dominadas psiquicamente ou descarregadas deve, para a criança, ser análoga à experiência de nascer – deve ser uma repetição da situação de perigo” (1926 [1925]/1996, p. 137).

Logo, na situação de não satisfação e na experiência de nascer há uma perturbação econômica, que é provocada por um acúmulo de quantidades de estímulos que precisam ser eliminadas. Nas duas situações surge a reação de angústia.

Em outra fase, o que constitui o perigo é a ausência da mãe. Assim, quando a mãe se ausenta, surge na criança a angústia como sinal de perigo. De acordo com Freud:

Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo perceptível pode pôr termo à situação perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda do objeto (1926 [1925]/1996, p. 137).

Segundo Freud, a transição do aparecimento automático e involuntário de angústia para a reprodução intencional da angústia como sinal de perigo, é o primeiro grande passo na providência adotada pela criança para sua autopreservação.

Dito isso, Freud afirma que a angústia é um produto do desamparo mental da criança. Pode ser considerada um fenômeno automático que através da sinalização “salva” o sujeito, o que ocorre é similar ao desamparo biológico. Logo, a função da angústia é servir como um sinal para evitar uma situação de perigo.

Para Freud, quando há um perigo conhecido, trata-se de uma angústia realística. Já “a ansiedade [angústia] neurótica é a ansiedade [angústia] por um perigo desconhecido” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 163).

O perigo neurótico deve ser descoberto pelo trabalho de análise. A análise revela se tratar de um perigo pulsional. Segundo Freud, “levando esse perigo que não é conhecido do ego até a consciência, o analista faz com que a ansiedade [angústia] neurótica não seja diferente da ansiedade [angústia] realística, de modo que com ela se pode lidar da mesma maneira” (1926 [1925]/1996, p. 163).

Há duas reações ao perigo real e ao perigo pulsional: uma é a reação afetiva, a irrupção de angústia; e a outra é uma ação protetora. Essas reações podem ser coordenadas e cooperativas, uma dá o sinal para que a outra surja. Ou podem comportar-se de modo inapropriado, difunde-se uma reação à custa da outra, de tal maneira que uma paralisia proveniente da angústia pode sobrevir.

As características da angústia realística podem se mesclar as da angústia neurótica. O perigo pode ser conhecido e real, mas a angústia referente a este perigo é muito intensa, maior do que o apropriado.

Freud, ao se indagar sobre a essência e o significado de uma situação de perigo, afirma que “ela consiste na estimativa do paciente quanto à sua própria força em comparação com a magnitude do perigo e no seu relacionamento de desamparo em face desse perigo – desamparo físico se o perigo for real e desamparo psíquico se for instintual

[pulsional]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 163).

Freud chama uma situação de desamparo que o sujeito realmente tenha vivenciado de situação traumática. E, então, terá que distinguir uma situação traumática de uma situação de perigo.

De acordo com Freud, “o indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação se puder prever e esperar uma situação traumática dessa espécie que acarrete desamparo, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 163). Essas situações nas quais existe o determinante de tal expectativa são intituladas por Freud de situação de perigo. Aqui o sinal de angústia é emitido.

A angústia pode ser considerada, por um lado, como uma expectativa de um trauma, e por outro lado, uma repetição do trauma em forma atenuada. Logo, a situação de perigo está vinculada à expectativa, ao passo que na situação traumática de desamparo é a indefinição e a falta de objeto que se fazem presentes.

De acordo com Freud, “uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo” (1926 [1925]/1996, p. 164). A angústia, reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda, é a reação original ao desamparo no trauma.

O ego experimenta o trauma passivamente, e depois o repete ativamente, de forma enfraquecida, na tentativa de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso. Como podemos observar nas brincadeiras das crianças, que reproduzem ludicamente a impressão aflitiva sofrida.

O primeiro deslocamento da reação da angústia, de sua origem na situação de desamparo para uma expectativa dessa situação, a situação de perigo, é de importância decisiva no desenvolvimento.

Freud retoma o perigo real e o perigo neurótico. Ele afirma que “um perigo real é aquele que ameaça uma pessoa a partir de um objeto externo, e um perigo neurótico é aquele que a ameaça a partir de uma exigência instintual [pulsional]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 165).

Uma exigência pulsional pode se tornar um perigo interno se for satisfeita, pois sua satisfação provocaria um perigo externo. O perigo externo, real, quando significativo para o ego, está internalizado; tendo sua relação com a situação de desamparo

experimentada.

Na situação traumática, o paciente está desamparado, há a convergência de perigos internos e externos, tanto como perigos reais e exigências pulsionais. Para Freud, “quer o ego esteja sofrendo de uma dor que não para ou experimentando um acúmulo de necessidades instintuais [pulsionais] que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o desamparo motor do ego encontra expressão no desamparo psíquico” (1926 [1925]/1996, p. 165).

Freud equipara a angústia de castração ao medo de separação, sendo ligada pelo mesmo determinante da perda. O menino teme perder ou ter que se separar dos seus órgãos genitais.

O pênis tem um alto grau de valor narcísico. Esse órgão é a garantia para o menino de que poderá ficar unido com sua mãe no ato da copulação. Prossigo com Freud, “o ficar privado disto [pênis] equivale a uma renovada separação dela [mãe], e isto por sua vez significa ficar desamparadamente exposto a uma tensão desagradável, devido à necessidade instintual [pulsional], como foi o caso no nascimento” (1926 [1925]/1996, p. 139).

Durante seu desenvolvimento, a criança progride nas fases e em suas novas necessidades, ocorre a divisão mais acentuada do aparelho mental e há uma modificação na influência sobre o conteúdo da situação de perigo. A linha da perda da mãe como objeto até a castração já foi traçada.

A outra mudança é ocasionada pelo poder do superego. De acordo com Freud, “com a despersonalização do agente parental a partir do qual se temia a castração, o perigo se torna menos definido” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 139). A angústia de castração se transforma em angústia moral ou social.

O núcleo do superego corresponde à instância parental introjetada. O perigo ao qual o ego reage com sinal de angústia vêm do superego, quando este está com raiva, pode deixar de amar o ego ou puni-lo.

Para Freud, “a transformação final pela qual passa o medo do superego é, segundo me parece, o medo da morte (ou medo pela vida), que é um medo do superego projetado nos poderes do destino” (1926 [1925]/1996, p. 139).

Freud, então, reafirma que “o ego é a sede real da ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996, p. 140). Por ser a angústia um estado afetivo, ela só pode ser sentida pelo



ego.

Podem haver processos no id que fazem com que o ego produza angústia. Freud faz uma distinção entre a situação análoga ao trauma do nascimento que se estabelece no id e produz uma reação automática de angústia; e quando ocorre algo no id que ativa uma das situações de perigo para o ego e o induz a emitir o sinal de angústia para que a inibição se processe.

A situação análoga ao nascimento corresponde à situação de perigo mais antiga e original. Este se faz atuante nas neuroses atuais quando aplicado à alguma perturbação psíquica.

Segundo Freud, “o que encontra descarga na geração da ansiedade [angústia] é precisamente o excedente da libido não utilizada” (1926 [1925]/1996, p. 141). Por exemplo, no caso da abstinência sexual, a angústia surge diretamente da libido. “O ego fica reduzido a um estado de desamparo em face de uma tensão excessiva devida à necessidade, como ocorreu na situação do nascimento, e que a ansiedade [angústia] é então gerada” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 141).

Já o processo que ocorre no id e desperta angústia para ser inibido, é visto nas psicose neuroses. Esse caso corresponde a qualquer um dos determinantes ulteriores de angústia que dela tenha se originado. Nesse caso, o ego tenta poupar-se à angústia, a mantendo em suspensão por algum tempo e depois a vincula pela formação de sintomas.

Em cada fase do desenvolvimento humano, há um determinante apropriado para a angústia. De acordo com Freud:

O perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo da castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência (1926 [1925]/1996, p. 141).

Essas situações de perigo e os determinantes da angústia podem resistir lado a lado ao longo do desenvolvimento e da vida do sujeito. Freud afirma que há uma estreita relação entre a situação de perigo operativa para cada sujeito e a forma assumida pela neurose resultante.

Neste ponto, Freud traz uma reflexão acerca do problema do recalque a partir da diferenciação do ego e do id, em uma nota de rodapé. O ego ao utilizar o recalque afasta determinado impulso da consciência e da motilidade, ocasionando a formação de substitutos, os chamados sintomas.

Os impulsos pulsionais recalçados permaneceram no inconsciente, foram inibidos em sua finalidade mas atuam em seus derivados. Há vicissitudes do recalçado e o sintoma é uma das amostras da atuação de seu derivado.

Segundo Freud, há três possibilidades de atuação desses desejos recalçados. O desejo pode estar atuando em seus derivados; ou ele próprio está ainda em existência no inconsciente; ou no caso do curso de uma neurose, este desejo pode ter sido reanimado pela regressão.

A angústia de castração, é considerada por Freud, como a única força motora dos processos defensivos que conduzem à neurose.

No caso do Édipo e do complexo de castração nas meninas, Freud evidencia que é aqui que a situação de perigo da perda de objeto parece ter permanecido mais efetiva. Não é sentir a necessidade do próprio objeto ou de perdê-lo, e sim de perder o amor do objeto.

Em resumo, Freud estabelece que:

A histeria tem forte afinidade com a feminilidade, da mesma forma que a neurose obsessiva com a masculinidade, afigura-se provável que, como um determinante da ansiedade [angústia], a perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça de castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva (1926 [1925]/1996, p. 143).

Freud também estuda a relação entre a geração de angústia e a formação de sintomas. Há duas importantes opiniões sobre essa relação. A primeira afirma que a angústia é um sintoma da neurose; enquanto que a segunda diz que “os sintomas só se formam a fim de evitar a ansiedade [angústia]: reúnem a energia psíquica que de outra forma seria descarregada como ansiedade [angústia]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 144). Este último se configuraria como o fenômeno fundamental e o principal problema da neurose.

Segundo Freud, “toda inibição que o ego impõe a si próprio pode ser denominada de sintoma” (1926 [1925]/1996, p. 144). Ele cita dois exemplos, o primeiro é de um paciente agorafóbico que se for deixado sozinho na rua, produz ataques de angústia. A fim de prevenir as irrupções de angústia, esse paciente deixa de sair desacompanhado. O outro exemplo é dos ataques de angústia em um neurótico obsessivo quando este não pode lavar a mão depois de ter tocado em algo. Logo, o ato obsessivo de lavar as mãos previne esses ataques de angústia.

Já que a angústia é compreendida frente à uma situação de perigo, podemos dizer

“que os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 144).

Prossigo com Freud, quando ele afirma que:

Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza; isto é, uma situação análoga ao nascimento se estabelece, na qual o ego fica desamparado em face de uma exigência instintual [pulsional] constantemente crescente – o determinante mais antigo e original da ansiedade [angústia] (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 144).

Logo, o fator da situação de perigo se insere na geração de angústia e na formação de sintomas, o que estreita a relação entre estes. Freud expõe que a geração de angústia é um requisito prévio da formação de sintomas, é o que coloca a formação de sintomas em movimento. É através do despertar da instância de prazer-desprazer pelo ego que há a geração de angústia, capaz de paralisar o processo que está se preparando no id e que ameaça com perigo.

A formação de sintomas coloca um fim à situação de perigo. Essa formação possui dois aspectos; o primeiro é quando o ego é afastado do perigo, acarretando uma alteração no id. O segundo aspecto revela a criação da formação substitutiva, criado em lugar do processo pulsional que foi afetado.

Freud atribui esses fatores ao processo defensivo. Ele afirma que “o processo defensivo é uma tentativa de fuga de um perigo instintual [pulsional]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 145). Quando o ego se afasta do perigo que o ameaça de fora, compreendemos que é a fuga do processo defensivo.

De acordo com Freud, para se proteger de perigos externos, os sujeitos adotam medidas contra os perigos internos. No caso da fobia de animais, o perigo sofreu um deslocamento externo no sintoma, ou seja, o perigo é sentido como externo.

Já nas neuroses obsessivas, o perigo é mais internalizado. A parcela de angústia proveniente do superego que constitui a angústia social representa um substituto interno de um perigo externo. A outra parcela que constitui a angústia moral é inteiramente endopsíquica.

Há processos defensivos que de fato são tentativas de fuga, mas também há aqueles processos defensivos que se caracterizam por uma linha ativa de autoproteção e vigorosas contramedidas. De acordo com Freud, “trava um debate com o problema do processo instintual [pulsional] ameaçador e de alguma forma suprime-o ou desvia-o de seus objetivos, e assim o torna inócuo” (1926 [1925]/1996, p. 146).

Freud retoma as situações de perigo frente à cada fase do desenvolvimento humano. Na primeira infância, o bebê não consegue dominar grandes somas de excitação externa, nem interna; é uma fase de extrema dependência e o mais importante para ele é o carinho e a presença.

Posteriormente, na fase do complexo de Édipo, o pai é considerado um poderoso rival no que se refere ao amor para com sua mãe. A criança sente inclinações agressivas para com o pai e intenções amorosas para com sua mãe. O medo de seu pai é justificado, “e seu medo de ser punido por este pode encontrar expressão através de reforço filogenético no medo de ser castrado” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 146).

Ao chegar na fase do desenvolvimento das relações sociais, o medo é de seu superego. Ter uma consciência a fim de evitar conflitos e perigos.

Freud também mostra o desenvolvimento de um outro afeto ao longo da vida do sujeito; o afeto do pesar. Cada fase há um determinante próprio do pesar; quando criança se chora se quebrar a boneca; na adolescência, se for desprezada pelo namorado; e quando jovem adulta, se perdeu um filho.

Este autor enfatiza que o neurótico se comporta como se as antigas situações de perigo ainda existissem. Por exemplo, uma mulher que já é esposa e mãe que chora ao quebrar um objeto sem valor.

Prossigo com Freud, quando ele afirma que:

Embora todas as instâncias para a dominação dos estímulos de há muito se tenham desenvolvido dentro de amplos limites em seu aparelho mental, e embora esteja suficientemente crescido para satisfazer à maior parte de suas necessidades por si mesmo e há muito tenha aprendido que a castração não é mais praticada como castigo, ele não obstante se comporta como se as antigas situações de perigo ainda existissem e se apega a todos os antigos determinantes de ansiedade [angústia] (1926 [1925]/1996, p. 147).

Na maioria dos casos, após terem produzidos reações neuróticas, os determinantes da angústia declinam. Por exemplo, as fobias infantis de terem que ficar sozinha, no escuro ou com estranhos, e até mesmo as fobias de animais, são superadas com seu crescimento.

As ações cerimoniais vista nas neuroses obsessivas, são muito frequentes no período de latência em todos os indivíduos. Mas não são todos que desenvolvem essa neurose.

Segundo Freud, “sinais de neuroses infantis podem ser detectados em todos os neuróticos adultos sem exceção; mas de modo algum todas as crianças que revelam esses

sinais se tornam neuróticas depois” (1926 [1925]/1996, p. 147). À medida que o sujeito amadurece, certos determinantes da angústia são abandonados e certas situações de perigo perdem seu significado.

O medo da castração persiste em épocas posteriores, mas de outra forma. O indivíduo percebe que não será castrado de fato, mas que ao realizar atos sexuais e se entregar aos seus desejos sexuais, pode estar sujeito a contrair graves doenças.

Já o medo do superego não desaparece completamente e acompanha as pessoas por toda sua vida. A diferença de um neurótico para as pessoas normais diz respeito às suas reações ao perigo que serão indevidamente acentuadas.

Ser adulto não significa estar absolutamente protegido contra um retorno da situação de angústia traumática original. Para Freud, “todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas” (1926 [1925]/1996, p. 148).

De acordo com Freud, os neuróticos são pessoas que continuam infantis em seu comportamento frente ao perigo e que não superaram os determinantes da angústia ultrapassados.

### **3.6 – Um caso de fobia animal:**

Em seu texto “Inibições, sintomas e ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996), Freud comenta o caso do “Pequeno Hans”, uma fobia histérica infantil de animais. Hans tinha fobia por cavalos, o senso comum pode pensar ser algo simples, mas por trás há algo muito mais complexo. Freud afirma que “leva-se algum tempo para encontrar-se orientação e para resolver qual é o impulso reprimido [recalado], que sintoma substitutivo foi encontrado e onde está o motivo da repressão [recalque] (1926 [1925], p. 105).

Hans, pelo medo de cavalos, se recusava a sair para a rua. Freud se questiona sobre o que disso constituía o sintoma, qual a satisfação que renunciou e por que teve que renunciar a ela.

Freud responde que o sintoma de Hans era seu inexplicável medo por cavalos e que a inibição em Hans era a sua incapacidade de sair à rua. Essa inibição é uma restrição

do ego de Hans contra si mesmo para não despertar o sintoma de angústia.

Na verdade, Freud prossegue afirmando que o medo de Hans por cavalos não era tão indefinido como se pensava. Em uma investigação posterior, chegou-se à conclusão que o medo que sentia era de que um cavalo o mordesse.

De acordo com Freud, “essa ideia, na realidade, esforçava-se por retirar-se da consciência e ser substituída por uma fobia indefinida, na qual somente a ansiedade [angústia] e seu objeto ainda apareceriam” (1926 [1925], p. 105). Freud se questiona se não seria essa ideia o núcleo do sintoma de Hans.

Nesta época, Hans encontrava-se no Édipo. Ele amava a mãe e com o pai tinha uma atitude ciumenta e hostil. Apresenta-se, então, um conflito devido à ambivalência. Para Freud, “a fobia do Pequeno Hans deve ter sido uma tentativa de solucionar esse conflito” (1926 [1925], p. 105-106).

Freud, nesse ponto, esclarece que um dos resultados desse conflito devido à ambivalência pode ser por meio da formação reativa (do ego). Para recalcar e suprimir o sentimento oposto, de hostilidade, aparece no sujeito um grau exagerado de afeição. Isto não foi o que aconteceu com Hans.

Freud afirma que, em Hans, o impulso pulsional recalcado foi um impulso hostil contra o pai. Durante a análise do menino, Freud recolheu a prova para tal afirmativa. Prossigo com a prova:

Ele vira um cavalo cair e também vira um companheiro de brinquedo, com quem brincava de cavalo, cair e ferir-se. A análise justificou a interferência de que ele tivera um impulso pleno de desejo de que o pai devia cair e ferir-se como seu companheiro e o cavalo haviam feito (FREUD, 1926 [1925], p. 106).

Freud afirma que o que transformou o Pequeno Hans em neurótico foi o fato de substituir o pai por um cavalo. Todas as crianças passam pelo complexo de Édipo e pelo conflito devido aos sentimentos ambivalentes, as respostas emocionais frente à esta situação é que pode variar.

O sintoma de Hans consiste no deslocamento do pai para a figura de um cavalo. Foi o mecanismo que permitiu solucionar o conflito devido à ambivalência, sem o auxílio da formação reativa. Esse deslocamento foi possível pelas semelhanças entre pai e cavalo para uma criança em tenra idade, os traços inatos do pensamento totêmico podem ser revividos.

Freud esclarece que aos olhos de uma criança “o homem adulto, o objeto de seu

medo e de sua admiração, ainda pertence à mesma categoria que o grande animal que possui tanto atributos invejáveis, mas contra a qual elas foram advertidas porque ele pode tornar-se perigoso” (1926 [1925], p. 107).

O conflito devido à ambivalência não se dirige à uma única pessoa, o par de impulsos conflitantes são dirigidos à outra como objeto substitutivo.

Freud discorre sobre mais um desapontamento na análise da fobia de Hans:

A distorção que constitui a formação de sintomas não foi aplicada ao representante psíquico (o conteúdo ideativo) do impulso instintual [pulsional] que devia ser reprimido [recalcado]; foi aplicada a um representante bem diferente e que só correspondia a uma reação ao instinto [pulsão] desagradável (1926 [1925], p. 107).

Hans não maltratava nem espancava os cavalos, a hostilidade não era contra os cavalos, era contra o pai. E é isso que define a neurose de Hans, o conflito proveniente do complexo de Édipo. Em Hans, há um importante fato que determinou a escolha do menino pelo cavalo como causador de sua angústia. O pai brincava de cavalo com ele.

Segundo Freud, “a ideia de ser devorado pelo pai é típica do material infantil consagrado pelo tempo” (1926 [1925], p. 108). Essa ideia revela que o sujeito sofreu uma degradação regressiva a um impulso passivo de ser amado por seu pai num sentido erótico genital. O ego emprega a regressão ao impulso pulsional desagradável com a finalidade de defesa, trazendo danos a esse impulso e mais tarde, o recalçando.

O impulso que foi recalcado, na fobia de Hans, era o impulso hostil contra seu pai. O impulso foi recalcado pelo processo de ser transformado em seu oposto. O recalque age sobre um par de opostos, dois impulsos pulsionais foram recalcados, um deles é a agressividade sádica em relação ao pai e o outro é uma atitude passiva e terna para com ele.

No caso de Hans, o recalque afetou quase todos os componentes do complexo de Édipo. Além de abolir esses dois impulsos em direção ao pai, também recalcou o impulso amoroso para com sua mãe. O conteúdo real da fobia não trazia nenhum sinal dessa catexia objetal afetuosa com sua mãe.

Freud conclui que Hans parece ter sido um menino normal, pois passou pelo complexo edipiano de forma positiva. A fobia como saída do conflito pulsional, recalcou os dois principais impulsos desse complexo, que se entende pela eliminação da agressividade pelo pai e também pela eliminação do excesso de afeição pela mãe.

A força motriz do recalque era o temor da castração. O complexo de Édipo

fracassa através do complexo de castração.

Hans, com medo de ser castrado pelo pai, desiste da sua agressividade para com ele. Segundo Freud, “o medo de que um cavalo o mordesse pode, sem nenhuma força de expressão, receber o pleno sentido do temor de que um cavalo arrancasse fora com os dentes seus órgãos genitais” (1926 [1925], p. 111). Logo, a angústia sentida frente a ideia de que os cavalos poderiam o morder, era um substituto, por distorção, da ideia de ser castrado pelo pai.

O afeto de angústia proveio do próprio agente recalrador. Freud afirma que “a ansiedade [angústia] pertencente às fobias a animais era um medo não transformado de castração” (1926 [1925], p. 111). Importante notar que se trata de um medo realístico, um medo de um perigo que era considerado real.

Anteriormente, Freud acreditava que o recalque produziu a angústia. Mas, a partir desse estudo, pensa que na verdade, foi a angústia que produziu o recalque. Ele afirma que a angústia jamais surge da libido recalçada nos casos de fobias.

Porém, Freud prossegue afirmando que “não se pode negar que a libido que pertence aos processos do id está sujeita a perturbação por instigação da repressão [recalque]” (1926 [1925], p. 113). Pode ser verdade que no processo de recalque efetuado por determinadas neuroses, a angústia é produzida a partir da catexia libidinal dos impulsos pulsionais.

Em outro momento do seu texto “Inibições, sintomas e ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996), Freud retoma as fobias infantis de animais. Ele afirma que “nas fobias animais, então, o ego tem de opor uma catexia de objeto libidinal que provém do id – uma catexia que pertence ou ao complexo de Édipo positivo ou ao negativo – porque acredita que lhe ceder lugar acarretaria o perigo da castração” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 125).

Como vimos, o pequeno Hans é um caso de complexo de Édipo positivo. Freud comenta que, na maior parte das vezes, a neurose é formada pela defesa do ego contra as exigências libidinais.

Sendo assim, o impulso que Hans dirige para sua mãe desaparece, é totalmente eliminado pelo recalque. Enquanto que o impulso agressivo flui com certa liberdade e aparece na formação dos sintomas.

De acordo com Freud, “logo que o ego reconhece o perigo de castração dá o sinal



de ansiedade [angústia] e inibe através da instância do prazer-desprazer o iminente processo catexial no id” (1926 [1925]/1996, p. 126). Em paralelo a esse processo, forma-se a fobia.

Então, essa angústia é transformada, sendo expressa de forma distorcida e dirigida para um objeto diferente. Essa formação substitutiva possui duas vantagens; a primeira é evitar conflito devido à ambivalência, pois o pai também era um objeto de amor, e a segunda é permitir que o ego deixe de gerar angústia, só será gerada em face ao perigo.

Um exemplo clássico de formação substitutiva em Hans, é a substituição do pai pelo cavalo. Evita estar na presença de um cavalo, mas não de seu pai.

Freud afirma que “o ponto de vista que numa fobia o ego é capaz de fugir à ansiedade [angústia] por meio de evitação ou de sintomas inibitórios ajusta-se muito bem à teoria de que a ansiedade [angústia] é apenas um sinal afetivo e de que não ocorreu nenhuma alteração na situação econômica” (1926 [1925]/1996, p. 127). Portanto, a angústia sentida nas fobias animais é uma reação afetiva por parte do ego frente ao perigo da castração.

A angústia realística é aquela que o ego sente normalmente em situações de perigo. A angústia realística e a angústia frente à castração são praticamente iguais, diferindo em um ponto essencial. Na angústia frente à castração, o conteúdo permanece inconsciente e apenas sob distorção se apresenta na consciência.

Freud afirma que esse estudo de fobia infantil coincide com a fobia de adultos. Ele cita o exemplo de um paciente agorafóbico, esse paciente “impõe uma restrição a seu ego a fim de escapar a um certo perigo instintual [pulsional] – a saber, o perigo de ceder a seus desejos eróticos, pois se o fizesse, o perigo de ser castrado, ou algum perigo semelhante, mais uma vez seria evocado como se fosse em sua infância” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 127).

Na agorafobia, a sintomatologia se torna complicada pois o ego não se limita a fazer uma renúncia. Em geral, esses sujeitos efetuam uma regressão temporal à infância a fim de escapar à essa situação de perigo. Nos casos mais extremos, a regressão temporal vai à uma época na qual o sujeito ainda se encontrava no útero de sua mãe.

A fobia é estabelecida após um primeiro ataque de angústia ter ocorrido em situações específicas, como em um trem, na rua ou sozinho. Então, a angústia é interdita pela fobia e só ressurgir face ao perigo.

Segundo Freud, “da mesma forma que o pai se tornou despersonalizado sob a forma do superego, o medo da castração, a qual se encontra nas mãos dele, se transformou numa ansiedade [angústia] social ou moral indefinida” (1926 [1925]/1996, p. 129). Essa angústia está oculta, e o ego obediamente foge dela. O ego executa as ordens, precauções e penitências que lhe foram orientadas.

Freud traz mais uma consideração, revelada pela análise, acerca da fobia de animais. As fobias infantis de animais quando persistem ao longo dos anos, se tornando fixadas e mais fortes, mostram que o conteúdo delas se associou às exigências pulsionais e veio também a representar os perigos internos.

### **3.7 – Angústia em outras neuroses:**

Freud, em “Inibições, sintomas e ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996), começou por estudar a formação dos sintomas e a luta secundária travada pelo ego contra os sintomas. Prossegue afirmando que a angústia que prevalece nas fobias, não é encontrada em muitas das outras neuroses.

Como exemplo de neurose em que não se desperta a angústia, Freud cita a histeria de conversão. Não há qualquer amostra de angústia nos sujeitos, até em seus sintomas mais graves. Logo, deve-se tomar o cuidado de não estabelecer uma ligação muito forte entre formação dos sintomas e angústia.

Na histeria de conversão, os sintomas constituem processos catexiais que são permanentemente mantidos. Os mais comuns são paralisias motoras, contraturas, ações ou descargas involuntárias, dores e alucinações.

Os sintomas substituem o processo excitatório perturbado, e durante a análise é possível descobrir que processo é esse. Pode não ter sido o único processo, mas tem uma grande parcela envolvida. Parece que toda energia do processo se concentra em uma única parte do mesmo.

Freud fornece alguns exemplos. Prossigo com esse autor, quando este afirma que:

Verificar-se-á que as dores de que sofria um paciente estavam presentes na situação em que ocorreu a repressão [recale]; ou que a alucinação do paciente era, na época, uma percepção; ou que sua paralisia motora é uma defesa contra uma ação que devia ser levada a efeito naquela situação, mas que estava inibida; ou que sua contratura é, em geral, um deslocamento de uma pretendida inervação dos músculos em alguma outra parte do corpo; ou que suas convulsões são a expressão de uma explosão de afeto que foi retirada do controle normal do ego (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 114).

O aparecimento dos sintomas é acompanhado por uma sensação de desprazer que varia em sua intensidade. A sensação de desprazer não está presente nos sintomas crônicos que foram deslocados para a motilidade, parece que ego se comporta como se nada tivesse a ver com os sintomas.

A sensação de desprazer é percebida pelo sujeito nos sintomas intermitentes e naqueles que dizem respeito à esfera sensorial. Já nos sintomas de dor, a sensação de desprazer atinge seu grau extremo.

Na histeria de conversão, Freud afirma que há pouco o que se verificar quanto a luta do ego contra o sintoma após sua formação. Prossegue discorrendo que:

É somente quando a sensibilidade à dor em alguma parte do corpo constitui o sintoma, que este está em condições de desempenhar duplo papel. O sintoma da dor surgirá com não menor regularidade, sempre que a parte do corpo em causa seja tocada de fora, do que quando a situação patogênica que representa seja associativamente ativada de dentro, e o ego tomará precaução a fim de impedir que o sintoma seja despertado através de percepções externas (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 115).

Freud, então, estuda a formação de sintomas nas neuroses obsessivas. Para ele, os sintomas da neurose obsessiva se dividem em dois grupos, com tendências opostas. O primeiro grupo é formado por sintomas negativos quanto à natureza, são proibições, precauções e expiação. Já o segundo grupo são satisfações substitutivas que aparecem em disfarce simbólico.

De acordo com Freud, “o grupo defensivo, negativo dos sintomas é o mais antigo dos dois, mas à medida que a doença se prolonga, as satisfações, que zombam de todas as medidas defensivas, levam vantagem” (1926 [1925]/1996, p. 115). Logo, a formação dos sintomas nessa neurose consegue combinar a proibição com a satisfação. Para tal finalidade faz uso das mais diversas trilhas associativas, mostrando a tendência do ego em sintetizar.

O poder da ambivalência se faz presente na neurose obsessiva. O sintoma além do seu significado original, pode ter um significado diretamente contrário, são os sintomas bifásicos.

Para Freud, há de início duas impressões importantes a serem consideradas nesse breve estudo dos sintomas obsessivos. Ele afirma que “a primeira é que uma luta incessante está sendo travada contra o reprimido [recalcado], no qual as forças repressoras [recalcadoras] constantemente perdem terreno; a segunda é que o ego e o superego têm uma parcela especialmente grande na formação dos sintomas” (FREUD, 1926

[1925]/1996, p. 116).

A necessidade de desviar as exigências libidinais do complexo edipiano é a situação que dá origem tanto à histeria como à neurose obsessiva. Freud afirma que toda neurose obsessiva parece ter um substrato de sintomas histéricos que se formaram em uma fase bem antiga.

A regressão da libido é fundamental para compreendermos tudo o que se segue.  
Segundo Freud:

A organização genital da libido vem a ser débil e insuficientemente resistente, de modo que, quando o ego começa seus esforços defensivos, a primeira coisa que ele consegue fazer é lançar de volta a organização genital (da fase fálica), no todo ou em parte, ao nível anal-sádico mais antigo (1926 [1925]/1996, p. 116).

A análise revela que no neurótico obsessivo, a fase fálica foi alcançada. O início dessa neurose é relativo ao segundo período da infância, uma época posterior ao da histeria, na qual o período de latência já havia se estabelecido.

Prossigo com Freud quando ele afirma que “no tocante à explicação metapsicológica da regressão, estou inclinado a encontrá-la em uma “desfusão do instinto” [pulsão], em um desligamento dos componentes eróticos que, com o início da fase genital, se juntaram às catexias destrutivas que pertenciam à fase sádica” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 117).

O primeiro feito do ego em sua luta contra as exigências da libido é quando este força a regressão. O recalque é um dos mecanismos que a defesa faz uso, mas não o único, como podemos ver.

Estudando as neuroses obsessivas é que Freud pôde reconhecer mais claramente que “a força motora da defesa é o complexo de castração, e que o que está sendo desviado são as tendências do complexo edipiano” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 117).

Segundo Freud, “no momento estamos tratando do início do período de latência, um período que se caracteriza pela dissolução do complexo de Édipo, pela criação ou consolidação do superego e pela edificação de barreiras éticas e estéticas no ego” (1926 [1925]/1996, p. 117). Esses processos são levados mais longe do que o normal nas neuroses obsessivas.

Freud afirma que “além da destruição do complexo de Édipo, verifica-se uma degradação regressiva da libido, o superego torna-se excepcionalmente severo e rude, e o ego, em obediência ao superego, produz fortes formações reativas de consciência,

iedade e asseio” (1926 [1925]/1996, p. 117).

Pelo medo da castração, toda a atividade que pertence à masculinidade é interrompida. A severidade na condenação da tentação de continuar com a masturbação infantil inicial, se liga a ideias anal-sádicas regressivas que representa a parte não subjugada da organização fálica.

A neurose obsessiva executa de forma excessiva o método normal de livrar-se do complexo de Édipo. Os atos obsessivos ilustram como todo exagero contém a semente de sua própria perda; a masturbação que foi suprimida se aproxima cada vez mais da satisfação.

A formação reativa no ego do neurótico obsessivo é um dos tipos de mecanismos de defesa, assim como tem o recalque e a regressão. Freud considera que essas formações reativas no ego do neurótico obsessivo são exageros da formação normal do caráter.

Na histeria o mecanismo defensivo utilizado é o recalque. Freud descreve essa característica geral do comportamento do ego na histeria, “o ego afasta-se do impulso instintual [pulsional] desagradável, deixa-o seguir seu curso no inconsciente, e não toma mais qualquer parte em sua sorte” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 118). Mas, pode ser também que o sintoma histérico seja ao mesmo tempo a realização de uma penalidade imposta pelo superego.

Freud afirma que na neurose obsessiva, o superego se torna mais atormentador, áspero e rude do que em um desenvolvimento que tenha sido normal. O superego se originando do id, não pode se dissociar da regressão e da defusão da pulsão verificadas nos sintomas dessas neuroses. Há dois caminhos a seguir: “aceitar como um fato que na neurose obsessiva surge um superego severo dessa espécie, ou considerar a regressão da libido como a característica fundamental da afecção e tentar relacionar a severidade do superego com isto” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 118).

Segundo Freud, “a principal tarefa durante o período de latência parece ser o desvio da tentação à masturbação. Essa luta produz uma série de sintomas que aparecem de maneira típica nos indivíduos mais diferentes e que, em geral, têm a natureza de um cerimonial” (1926 [1925]/1996, p. 118).

Esses sintomas são de valiosa importância para Freud, são os primeiros produtos da neurose e aqueles que podem direcionar aos mecanismos empregados em sua formação. Eles se ligam às atividades básicas, como dormir, se lavar e se vestir, tendem

à repetição e ao desperdício de tempo. Exibem as mesmas características que poderão surgir em uma doença grave. E a sublimação dos componentes eróticos-anais desempenha um papel fundamental nesses sintomas.

O advento da puberdade abre um momento decisivo no desenvolvimento de uma neurose obsessiva. É nessa época que “a organização genital interrompida na infância começa novamente com grande vigor” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 118-119).

A direção que tomará esse início da puberdade é determinada no desenvolvimento sexual infantil. Os impulsos agressivos e libidinais iniciais serão despertados de novo, e terão que seguir o curso prescrito pela regressão, surgindo como tendências agressivas e destrutivas.

Freud afirma que “em consequência de as tendências eróticas serem disfarçadas dessa forma e devido às poderosas formações reativas do ego, a luta contra a sexualidade doravante será levada adiante sob o estandarte de princípios éticos” (1926 [1925]/1996, p. 119). O ego não terá qualquer ideia que está combatendo desejos eróticos, ele recuará com assombro das instigações à crueldade e à violência. O superego colabora com esse processo, por ser rigoroso demais insiste ainda mais na supressão da sexualidade.

Segundo Freud, “assim, na neurose obsessiva o conflito é agravado em duas direções: as forças defensivas se tornam mais intolerantes e as forças que devem ser desviadas se tornam mais intoleráveis” (1926 [1925]/1996, p. 119). Essas duas direções se devem a um único fator, a regressão da libido.

As ideias obsessivas desagradáveis são bem conscientes, mas antes disso, passaram pelo processo de recalque. De acordo com Freud, “na maioria delas a verdadeira enunciação do impulso instintual [pulsional] agressivo é totalmente desconhecida do ego, exigindo boa dose de trabalho analítico para torná-la consciente” (1926 [1925]/1996, p. 118). O que penetra na consciência é um substituto distorcido, semelhante aos sonhos.

O recalque pode ter atingido somente o afeto do impulso agressivo, e não usurpou o conteúdo deste. A agressividade aparece para os sujeitos como um pensamento que não desperta qualquer sentimento. Porém, o afeto que é deixado de fora quando a ideia obsessiva é percebida, aparece em um ponto diferente.

Segundo Freud, “o superego comporta-se como se a repressão [recalque] não tivesse ocorrido e como se conhecesse a verdadeira enunciação e o pleno caráter afetivo do impulso agressivo, e trata o ego em conformidade com isso” (1926 [1925]/1996, p.

119-120). O ego, então, sabe que é inocente, mas por outro lado, é obrigado a ficar cômico de um sentimento de culpa e a arcar com uma responsabilidade pela qual não pode responder.

Há casos em que o ego consegue se afastar da crítica atormentadora do superego e evita tornar-se cômico do sentimento de culpa. Porém, aqui há novas formações de sintomas, marcados por penitências ou restrições de natureza autopunitivas. Para Freud, “esses sintomas, contudo, representam ao mesmo tempo uma satisfação de impulsos masoquistas que, por sua vez, foram reforçados pela regressão” (1926 [1925]/1996, p. 120).

Como vimos, devido à inclinação do ego para a síntese, os sintomas na neurose obsessiva que representavam proibições vêm depois a representar também satisfações. Podemos observar aqui a aproximação do processo à um fracasso completo da finalidade original de defesa, o ego fica tão restrito que busca a satisfação em seus próprios sintomas.

A vontade do ego pode ser paralisada devido ao deslocamento da distribuição das forças em favor da satisfação. De acordo com Freud, “o conflito superagudo entre o id e o superego, que tem dominado a doença bem desde o começo, pode assumir proporções tão amplas que o ego, incapaz de executar sua ação de mediador, nada poderá empreender que não seja atraído para a esfera daquele conflito” (1926 [1925]/1996, p. 120).

Freud revela duas atividades do ego que aparecem no curso dos conflitos pulsionais, e que formam os sintomas. São substitutas e ilustram bem qual é a sua finalidade e sua técnica. Ocorrem quando o recalque se deparou com dificuldades em seu funcionamento.

Freud afirma que:

Se se considerar o quanto que o ego é mais cenário de ação da formação de sintomas na neurose obsessiva do que na histeria e se considerar com que tenacidade o ego se apega a suas relações com a realidade e com a consciência, empregando todas as suas faculdades intelectuais para essa finalidade – e realmente como o próprio processo de pensar se torna hipercatexizado e erotizado –, então talvez se possa chegar a uma melhor compreensão dessas variações da repressão [recalque] (1926 [1925]/1996, p. 121).

Essas duas técnicas do ego desfazem o que foi feito e isola. A primeira é a “mágica negativa”; por meio do simbolismo motor dissipa tanto as consequências de determinado evento como o próprio evento em si.

Essa técnica é encontrada pela primeira vez nos sintomas bifásicos da neurose obsessiva. Nesses, “uma ação é cancelada por uma segunda, do modo que é como se

nenhuma ação tivesse ocorrido, ao passo que, na realidade, ambas ocorreram” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 121).

Nos cerimoniais obsessivos, o primeiro motivo para sua realização é tomar precauções a fim de impedir a ocorrência ou a recorrência de algum evento específico, e o segundo motivo é a finalidade de desfazer. Freud diferencia esses dois motivos, “as medidas precautórias são racionais, enquanto tentar livrar-se de algo ‘fazendo-o como se não tivesse acontecido’ é irracional e da natureza da magia” (1926 [1925]/1996, p. 121).

O segundo motivo é o mais antigo, proveniente da atitude animista para com a vida. Freud afirma que o próprio neurótico tentará tornar seu passado não existente.

A obsessão de repetir encontrada nesta neurose também pode ser explicada pela técnica da “mágica negativa”. Quando o evento não acontece da forma desejada, é desfeito e será repetido de uma maneira diferente.

Segundo Freud, “à medida que a neurose continua, amiúde verificamos que o esforço em desfazer uma experiência traumática constitui um motivo de primeiríssima importância na formação de sintomas” (1926 [1925]/1996, p. 122).

A segunda técnica de defesa, utilizada na neurose obsessiva, é a do isolamento. Na histeria, a experiência traumática é dominada pela amnésia através do processo de recalque. Já na neurose obsessiva, a experiência não é esquecida, e sim destituída de afeto, suas conexões associativas são suprimidas ou interrompidas, permanecendo isolada, não sendo reproduzida nos processos comuns de pensamento.

Logo, a técnica de isolamento produz o mesmo efeito do recalque com amnésia. Essa segunda técnica é reproduzida nos isolamentos da neurose obsessiva, ao mesmo tempo que recebe reforço motor para as finalidades mágicas. De acordo com o autor, “o isolamento motor destina-se a assegurar uma interrupção da ligação no pensamento” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 122).

No desenvolvimento normal, o ego já trabalha com o isolamento, a fim de orientar a corrente de pensamento. As pessoas concentram-se em algo para afastar o que é inadequado ou contraditório. Através da técnica psicanalítica, o psicanalista treina o ego para abandonar essas funções temporariamente.

Freud afirma que um neurótico obsessivo tem dificuldade para levar a efeito a regra fundamental da psicanálise. Devido ao alto grau de tensão proveniente do conflito



entre o id e o superego, o ego é mais atento e faz isolamentos mais acentuados. O ego está sempre preparado para uma luta, não pode relaxar.

O ego mantém muita coisa afastada enquanto o neurótico está pensando, tentando controlar as fantasias inconscientes e manifestações ambivalentes intrusivas. Freud afirma que:

Ele [o ego] fortifica essa compulsão a concentrar e a isolar mediante a ajuda dos atos mágicos de isolamento que, sob a forma de sintomas, se desenvolvem, passando a ser tão dignos de nota e a ter tanta importância prática para o paciente, mas que são, naturalmente, inúteis em si e que têm a natureza de cerimoniais (1926 [1925]/1996, p. 123).

O tabu de tocar se faz presente e é uma das ordens mais antigas e fundamentais da neurose obsessiva. O ego obedece à essa ordem no esforço para impedir associações e ligações de pensamento.

O toque e o contato físico são a finalidade imediata das catexias objetais agressivas e amorosas. Por isso, nessa neurose, a evitação do tocar, do contato ou do contágio assume lugar central.

De acordo com Freud:

A neurose obsessiva começa por perseguir o toque erótico e depois, após ter-se verificado a regressão, passa a perseguir o toque erótico à guisa de agressividade, depreende-se que nada é tão fortemente proscrito nessa doença como o tocar, nem tão bem adequado para tornar-se o ponto central de um sistema de proibições (1926 [1925]/1996, p. 124).

Para evitar a possibilidade de contato, o método utilizado é o de isolamento. Freud afirma que “quando um neurótico isola uma impressão ou uma atividade interpolando um intervalo, ele está deixando que se compreenda simbolicamente que ele não permitirá que seus pensamentos sobre aquela impressão ou atividade entrem em contato associativo com outros pensamentos” (1926 [1925]/1996, p. 124).

Como vimos, a angústia é uma reação a uma situação de perigo. O ego atua para remediar-lhe, tenta fazer algo a fim de evitá-la ou se afasta dela. De acordo com este autor, “pode-se dizer que se criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade [angústia]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 129).

Freud afirma, mais corretamente, que “se criam os sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade [angústia]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 129). O perigo, nos casos estudados, é o da castração.

O psicanalista concentra seus estudos da formação dos sintomas nas fobias, histerias de conversão e neuroses obsessivas. Afirma que essas três perturbações “têm

como resultado a destruição do complexo de Édipo; e em todas as três a força motora da oposição do ego é, acreditamos, o medo da castração” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 124).

Freud se pergunta por que apenas nas fobias o medo da castração é aflorado e reconhecido, diferente do que ocorre nas outras neuroses. Na neurose obsessiva, “a mola de toda a formação de sintomas ulteriores é claramente o medo que o ego tem de seu superego” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 128-129). A hostilidade do superego é o perigo do qual o ego foge, ou seja, o perigo é interno. O castigo ameaçado pelo superego é uma extensão do castigo de castração.

Também reflete sobre as neuroses em mulheres, já que nestas a castração já se verificou, difícil ter propriedade para afirmar sobre a angústia de castração, embora o complexo de castração esteja presente.

Por último, Freud traz considerações acerca da angústia nas neuroses traumáticas. Ele afirma que:

Se a ansiedade [angústia] for uma reação do ego ao perigo, seremos tentados a considerar as neuroses traumáticas, as quais tão amiúde se seguem a uma fuga iminente da morte, como um resultado direto de um medo da morte (ou medo pela vida) e a afastar de nossas mentes a questão da castração e as relações dependentes do ego (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 129).

Porém, Freud rejeita essa hipótese pois é muito improvável que uma neurose se estabeleça apenas pela presença de um perigo externo. A participação dos níveis mais profundos do aparelho mental é fundamental para a instalação e manutenção da neurose.

Freud está inclinado:

A aderir ao ponto de vista de que o medo da morte deve ser considerado como análogo ao medo da castração e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor – os poderes do destino –, de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 130).

Pensando ainda nas neuroses traumáticas, Freud afirma que nas experiências que conduzem a ela, o escudo protetor contra os estímulos externo está desfeito e sobre o aparelho mental podem incidir grande quantidade de excitação. Isso conduz à uma segunda possibilidade, de que a angústia além de emitir sinais como um afeto, também está sendo recriada a partir das condições econômicas da situação.

Freud afirma que o nascimento é a primeira experiência de angústia do indivíduo. O nascimento também pode ser visto como a separação da mãe, e Freud compara essa situação com a castração da mãe, equiparando a criança a um pênis.

Ele reflete se o perigo da castração não pode ser pensado como uma reação a perda ou a uma separação. Mas logo, traz argumentos contra essa hipótese, pois as principais reações a uma separação são o luto e a dor, e também o fato de que o feto está alheio a sua existência como objeto e o nascimento não pode ser experimentado subjetivamente como uma separação da mãe.

### **3.8 – Angústia, dor e luto:**

Em “Inibições, sintomas e ansiedade [angústia]” (1926 [1925]/1996), Freud discorre sobre a relação entre angústia, dor e luto. Freud chegou à conclusão de que a angústia é uma reação ao perigo de uma perda de objeto. Mas, o luto também é uma reação à perda de um objeto. Além dessas duas reações, a dor também se faz presente pois a separação de um objeto pode ser dolorosa.

Freud examina essa questão a partir do exemplo do bebê quando separado de sua mãe e na presença de um estranho. A primeira reação será de angústia pelo perigo de perda do objeto, porém sua expressão e a reação de chorar mostram que o bebê também está sentindo dor.

Nesse momento do desenvolvimento, o bebê não consegue distinguir a ausência temporária e a perda permanente. Logo, perder a mãe de vista é sentida pelo bebê como perdê-la para sempre. Serão necessárias repetidas experiências consoladoras para que o bebê entenda que o desaparecimento momentâneo da mãe será seguido de seu reaparecimento.

A situação de sentir falta da mãe, devido à incompreensão dos fatos pelo bebê, se configura como uma situação traumática e não uma situação de perigo. É uma situação traumática, se nesse momento, o bebê precisar que alguma de suas necessidades sejam satisfeitas. Mas pode se transformar numa situação de perigo, se o bebê não estiver com nenhuma necessidade afluída no momento.

O próprio ego que introduz o primeiro determinante da angústia. Este é a perda de percepção do objeto, ainda não se trata de perda de amor.

A perda de amor se configurará como um novo perigo, muito mais duradouro e determinante de angústia. Isso ocorre quando a criança é capaz de compreender que o objeto pode estar presente mas aborrecido com ela.

A situação traumática de sentir falta da mãe se diferencia da situação traumática de nascimento, pois no nascimento não existia nenhum objeto e não podia se sentir falta deste. A angústia é a única reação que ocorre no nascimento.

Porém, as repetidas situações de satisfação criaram o objeto da mãe. Sempre que o bebê sente uma necessidade, recebe uma intensa catexia que pode ser descrita como “anseio”.

De acordo com Freud, “a dor é assim a reação real à perda de objeto, enquanto que a ansiedade [angústia] é a reação ao perigo que essa perda acarreta e, por um deslocamento ulterior, uma reação ao perigo da perda do próprio objeto” (1926 [1925]/1996, p. 167).

Freud afirma que a dor acontece em primeiro lugar e como algo regular:

Sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo instintual [pulsional] contínuo, contra o qual a ação muscular, que é em geral efetiva porque afasta do estímulo o ponto que está sendo estimulado, é impotente (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 167-168).

Quando há uma dor física, pode-se dizer que há um esvaziamento no ego devido a catexia narcísica crescente do ponto doloroso. A intensa catexia de anseio que está concentrada no objeto do qual sente falta e está perdido, cria as mesmas condições quando a catexia de dor se acha concentrada na parte danificada do corpo.

Nesse ponto, é possível levar as sensações de dor à esfera mental. Prossigo com Freud, quando ele afirma que “a transição da dor física para a mental corresponde a uma mudança da catexia narcísica para a catexia de objeto” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 168).

Quando uma representação de objeto é altamente catexizada pela necessidade pulsional, esta desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo catexizada por um aumento de estímulo. Segundo Freud, “a natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental” (1926 [1925]/1996, p. 169). Devido ao alto nível de catexia, o sentimento de desprazer que surge tem o caráter específico de dor ao invés de manifestar-se na forma reativa de angústia.

O luto também é uma reação emocional à perda de um objeto. Sob a influência do teste de realidade, o sujeito deve se separar do objeto, pois este não existe mais. Para Freud, “ao luto é confiada a tarefa de efetuar essa retirada do objeto em todas aquelas

situações nas quais ele foi o recipiente de elevado grau de catexia” (1926 [1925]/1996, p. 169).

Freud afirma que a situação de perda é dolorosa pois a catexia de anseio concentrada no objeto pelo sujeito é elevada e não passível de satisfação. Durante a reprodução das situações vividas com o objeto, o sujeito deve desfazer os laços que o ligam a ele.

### **3.9 – Relações quantitativas nas neuroses:**

Como vimos, Freud afirma que “a ansiedade [angústia] é a reação ao perigo” (1926 [1925]/1996, p. 149). Segundo esse autor, o perigo é comum a todos, são destinos comuns da humanidade. A grande questão gira em torno do fator pelo qual algumas pessoas são capazes de sujeitar o afeto da angústia às elaborações normais, enquanto outras fracassam nesse objetivo.

Para responder tal questão, Freud reflete sobre a teoria de Alfred Adler e de Otto Rank, sem chegar à um consenso e trazendo objeções à elas. Afirma que “a psicanálise leva a conclusão menos simples e satisfatórias” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 151), e então inicia seu estudo acerca dessa questão.

A natureza do recalque é uma tentativa de fuga. Para se proteger de um impulso pulsional perigoso, o ego inibe e prejudica uma parte do id pelo processo do recalque. Porém, ao mesmo tempo, o id “ganha” uma certa independência e o ego renuncia um pouco de sua própria soberania.

Sendo assim, o recalcado é considerado um “fora-da-lei”, fica sujeito às leis que regem o domínio do inconsciente e excluído da organização do ego. A consequência da restrição do ego poderá tornar-se manifesta, se a situação de perigo se modificar e um novo impulso pulsional análogo ao recalcado emergir.

Esse novo impulso seguirá seu curso sob a influência da compulsão à repetição. “Ele seguirá a mesma trilha que o impulso mais antigo reprimido [recalcado], como se a situação de perigo que tivesse sido superada ainda existisse” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 152).

Prossigo com Freud, quando este afirma que “o fator de fixação na repressão [recalque], portanto, é a compulsão à repetição do id inconsciente – uma compulsão que

em circunstâncias normais só é eliminada pela função livremente móvel do ego” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 152).

Em determinadas ocasiões, o ego conseguirá romper com as barreiras do recalque que ele próprio erigiu e recuperar sua influência sobre o impulso pulsional, dirigindo o caminho do novo impulso em conformidade com a situação de perigo modificada. Essa atividade é rara, pois dificilmente o ego consegue desfazer seus recalques.

Freud pensa que a luta travada entre o ego e os impulsos pulsionais recalcados dizem respeito às relações quantitativas. O autor tem a impressão que, em alguns casos, o resultado é imposto; “a atração regressiva exercida pelo impulso reprimido [recalcado] e a força da repressão [recalque] não tem outra opção senão obedecer à compulsão à repetição” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 152).

Já em outros casos, o pai da psicanálise percebe a atuação de outras forças. Segundo Freud, “a atração exercida pelo protótipo reprimido [recalcado] é reforçada por uma repulsão proveniente da direção de dificuldades na vida real que atrapalham qualquer curso diferente que poderia ser seguido pelo novo impulso instintual [pulsional]” (1926 [1925]/1996, p. 152).

Durante a análise, é possível identificar e confirmar que a fixação no recalque e a retenção das situações de perigo não são mais situações dos dias atuais. Freud, então, traz uma importante consideração acerca do trabalho da análise. Ele afirma que:

Quando, na análise, demos ao ego assistência capaz de situá-lo em posição de levantar suas repressões [recalques], ele recupera seu poder sobre o id reprimido [recalcado] e pode permitir aos impulsos instintuais [pulsionais] que sigam seu curso como se as antigas situações de perigo não existissem mais (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 152).

Freud chega então à conclusão de que são as relações quantitativas que determinam “se situações de perigo antigas serão preservadas, se repressões [recalques] por parte do ego serão mantidas e se neuroses da infância encontrarão continuidade” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 153).

Segundo Freud, há três fatores que desempenham seu papel na causação da neurose e que criam condições sob as quais as forças da mente entram em conflito. O primeiro é o fator biológico; o segundo é o fator filogenético; e o terceiro é o fator puramente psicológico.

Para Freud, “o fator biológico é o longo período de tempo durante o qual o jovem da espécie humana está em condições de desamparo e dependência” (1926 [1925]/1996,

p. 153). A vida intrauterina dos seres humanos é muito curta em comparação aos demais animais, o bebê humano vem ao mundo muito dependente e necessitando dos mais finos cuidados.

O resultado disso é que “a influência do mundo externo real sobre ele é intensificada e uma diferenciação inicial entre o ego e o id é promovida” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 153). A pessoa que o protege é altamente valorizada frente aos perigos do mundo externo.

De acordo com Freud, o fator biológico acompanhará o indivíduo ao longo de toda sua vida. E ele que “estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida” (1926 [1925]/1996, p. 153).

O fator da filogenética é posto em existência apenas por inferência. Freud pensou nas vicissitudes da espécie humana quando estudou o desenvolvimento da libido no ser humano. Segundo esse autor:

A vida sexual do homem, diferentemente da vida sexual da maioria dos animais de perto relacionada com ele, não realiza um progresso firme desde o nascimento à maturidade, mas, após uma eflorescência inicial até o quinto ano, sofre uma interrupção bem nítida, e então segue seu curso mais uma vez na puberdade, reatando os inícios interrompidos na primeira infância (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 153).

Freud explica que a maioria das exigências pulsionais da sexualidade infantil são tratadas pelo ego como perigo e desviadas. Logo, corre o risco de que os impulsos sexuais na puberdade sejam atraídos por seus protótipos infantis e seguirem seu curso até o recalque.

Nesse momento, Freud afirma que “é aqui que nos defrontamos com a etiologia mais direta das neuroses” (1926 [1925]/1996, p. 154). O efeito sobre o ego produzido pelo contato prematuro com o mundo externo é semelhante ao efeito do contato inicial com as exigências da sexualidade.

O fator psicológico “reside em um defeito do nosso aparelho mental que tem a ver precisamente com sua diferenciação em um id e um ego, e que portanto também atribuível, em última análise, à influência do mundo externo” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 154). O ego se protege contra certos impulsos pulsionais no id e os trata como perigosos, devido ao perigo da realidade externa.

Porém, se proteger contra os perigos internos não é tão eficaz quanto aos perigos

externo. O ego está intimamente vinculado ao id, “só pode desviar um perigo instintual [pulsional] restringindo sua própria organização e aquiescendo na formação de sintomas em troca de ter prejudicado o instinto [pulsão]” (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 154). Logo, a doença neurótica ocorre quando a pulsão rejeitada renova o seu ataque e o ego, então, é dominado por dificuldades.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Medicina, Freud iniciou seus estudos sobre as doenças nervosas. Ao longo da obra freudiana, podemos verificar o caminho trilhado do médico até o psicanalista. Também partimos do conceito médico de sintoma, buscando através do estudo dos textos freudianos, compreender o sintoma psíquico e sua repercussão no sujeito.

A primeira doença nervosa estudada e abordada por Freud foi a histeria. As histéricas sofrem de reminiscências, havia uma lembrança ligada à um trauma ocorrido na infância, de cunho sexual, e que ainda fazia sentir seus efeitos. Existia por parte das histéricas um esforço defensivo contra essa lembrança afetiva. Os sintomas histéricos são compreendidos como derivados de lembranças sexuais que agem inconscientemente e que, através do mecanismo de conversão, se expressam somaticamente em um órgão.

Em “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996), Freud afirma que “os sintomas são a atividade sexual dos doentes” (p. 155). O sintoma é uma satisfação substitutiva dos desejos sexuais que não são possíveis de serem realizados na “vida real”, são frustradas e encontram uma saída pela formação do sintoma. O sintoma aparece como uma solução de compromisso dos conflitos entre as pulsões sexuais e as pulsões do eu/autopreservativas.

Devemos compreender a evolução da função libidinal ao longo do desenvolvimento do indivíduo e sua inserção na sociedade. Freud em “Escritores criativos e devaneios” (1908 [1907]/1996), examina a brincadeira das crianças e o fantasiar dos adultos. Ao crescer, o adulto deve renunciar ao prazer de brincar e essa é uma das tarefas mais difíceis para o ser humano. Segundo o autor, na verdade, o sujeito não renuncia totalmente, há uma formação de um substituto, ao invés de brincar, o adulto fantasia.

O brincar das crianças é acessível à observação, já as fantasias dos adultos são ocultadas, acalentadas como seu bem mais íntimo. O adulto se envergonha delas e prefere as esconder. Essas fantasias são oriundas de desejos infantis e proibidos, que permanecem vivas em seu interior. Assim como os sonhos, toda fantasia é a realização de um desejo. Freud relaciona as fantasias com a psicopatologia e afirma que elas estão na origem dos sintomas neuróticos.

A análise dos sonhos foi um importante instrumento para Freud, sua interpretação

ajudou a compreender a maneira como a libido (energia da pulsão sexual) se distribui e os sentidos ligados às formações do inconsciente, inclusive o sintoma. A interpretação e análise dos sonhos foi possível graças ao abandono da hipnose e o início da associação livre.

Na última de suas conferências introdutórias, Freud distingue o tratamento hipnótico do tratamento analítico. Segundo o autor, o primeiro busca encobrir e dissimular algo existente na vida mental, utiliza a sugestão a fim de proibir os sintomas, fortalecendo os recalques, e não alcança os processos da formação do sintoma. Enquanto que o segundo visa expor e eliminar algo, se dirige ao conflito que deu origem ao sintoma, busca suas raízes e tem como objetivo modificar o resultado desse conflito.

No tratamento analítico, analista e paciente se comprometem na realização de um trabalho sério. Freud considera por vezes um trabalho de “pós-educação”, quando com o auxílio da sugestão, o analista opera em um sentido educativo. A regra fundamental da psicanálise é que o paciente fale tudo o que lhe venha a cabeça, sem julgamento ou oclusões. O pai da psicanálise percebeu que isso não ocorria totalmente e se deparou com as resistências, cuja superação é um dos grandes objetivos do trabalho psicanalítico.

A superação das resistências após identificadas pelo analista e interpretadas ao paciente, tornando-as conscientes, é o caminho para alcançar o inconsciente. Os sonhos, os chistes, as parapraxias e os sintomas são atos psíquicos inteiramente válidos, constituem um rico material para a análise e são caminhos de acesso ao inconsciente.

Os sonhos e os sintomas sofrem deformações e ações de mecanismos como o processo de deslocamento e de condensação. Os sintomas são derivados do que foi recalçado e é necessário desvendá-lo – já que aparecem disfarçados na consciência – para que haja uma reconciliação entre o material inconsciente e a vida consciente.

O recalque é um conceito fundamental para a psicanálise e desempenha um papel extraordinariamente importante em nossa vida psíquica. Ele ocorre diante do conflito entre dois grupos de tendências mentais opostas. Poderá haver falhas no recalque e são essas falhas que dão origem aos sintomas, nos permitindo ter acesso ao inconsciente.

Através da investigação e estudo dos sintomas, Freud concluiu que a sexualidade infantil é recalçada e que esta atua como principal força motivadora na formação dos sintomas. Parte essencial do conteúdo da sexualidade infantil é o complexo de Édipo e este atua como o complexo nuclear das neuroses.

Toda criança passa pelo complexo de Édipo. Este se configura como um conflito para a criança, o escoamento da libido fica inibido e ela deve encontrar alguma saída. A resolução do complexo de Édipo é a tarefa mais difícil que toda criança deve realizar em seu desenvolvimento psíquico.

Nas meninas, é o reconhecimento da castração que leva à formação do complexo de Édipo. No caso dos meninos, o complexo de Édipo está presente antes do complexo de castração e por meio do medo da castração chega ao fim.

Freud acredita que os primeiros anos da infância são fundamentais e que o trabalho analítico consiste em remover a amnésia que oculta do adulto o conhecimento desses primeiros anos. A posição que a criança ocupa na família também é um fator importante na determinação da vida posterior desse sujeito.

Segundo Freud, “os neuróticos possuem aproximadamente as mesmas disposições inatas que as outras pessoas, têm as mesmas experiências e as mesmas tarefas a desempenhar” (1940 [1938]/1996, p. 195). Para a psicanálise, o que determina se um sujeito é saudável ou neurótico são as vicissitudes da libido.

Em seu texto “Tipos de desencadeamento da neurose” (1912c/1996), Freud enumera algumas causas para a doença neurótica e a primeira delas é a reação do sujeito frente a uma frustração. Essa causa advém de um fator externo, em geral, uma limitação imposta pela civilização diante de certas satisfações.

A frustração gera um represamento da libido, aumentando o nível de tensão psíquica. A pessoa saudável consegue transformar essa tensão psíquica em energia ativa, voltada para o mundo externo, ou também pode sublimar essa libido represada e dirigi-la a objetivos mais amplos, que não são erotizados. No neurótico, a libido torna-se “introvertida”; se afasta da realidade e se liga à vida da fantasia, criando novas estruturas de desejo e revivendo os traços de desejos/satisfações anteriores.

Essas satisfações/desejos anteriores são infantis e recalçadas, a libido represada segue um caminho regressivo e se liga a elas. O sujeito não renuncia sua satisfação. Surge, então, um conflito entre as exigências desses desejos e da outra parte da personalidade da pessoa, aquela que manteve sua relação com a realidade. O sintoma é formado como uma solução de compromisso, desencadeando a doença neurótica manifesta.

O indivíduo também pode se tornar neurótico em resultado de um esforço interno para conseguir uma satisfação acessível na realidade; tenta se adaptar à realidade e atender

as exigências dela. Porém, neste caso, o sujeito encontra dificuldades internas insuperáveis, geralmente, devido à sua inflexibilidade e a fixação da libido em um certo ponto.

Freud acredita haver um terceiro caso, ocasionado por uma inibição no desenvolvimento. São sujeitos que tornam-se neuróticos tão logo passem da “idade irresponsável da criança”, nunca atingem uma fase de saúde. A libido não abandona as fixações infantis.

Segundo Freud, os sintomas neuróticos além de serem resultado de um conflito, também surgem com a função de ser um novo método de satisfazer a libido. Em um esquema apresentado por Freud na conferência XXIII “Os caminhos da formação dos sintomas” (1917 [1916-1917]g/1996), a causação da neurose é resultado da soma da disposição devido à fixação da libido e a experiência casual (traumática) no adulto. Entendendo que a disposição devido à fixação da libido é o somatório da constituição sexual (experiência pré-histórica) e a experiência infantil.

Em resumo, o principal fator para um sujeito torna-se neurótico é o fator quantitativo, relacionado à distribuição da libido e a capacidade do ego de lidar com essa quota. A ação recíproca entre as disposições inatas e as experiências acidentais também devem ser buscadas nas formas assumidas pela vida mental humana.

O ego saudável encontra saídas de manter essa quota de libido sob tensão, de sublimar ou de empregá-la diretamente, tem um nível suficiente de capacidade para aproveitar a vida e ser eficiente.

Estar de acordo com o mundo da realidade e alcançar uma conciliação entre as demandas são as principais tarefas de todo ser humano. Em “Manuscrito inédito de 1931” (1931/2017), Freud afirma que “o tipo de equilíbrio que ao final será possível depende, por um lado, da extensão da masculinidade e da feminilidade inatas, e, por outro, das impressões que o ser humano recebeu durante a sua infância” (p. 69). O autor chama de masculinidade tudo o que apresenta a característica de atividade e a feminilidade está associada as tendências com característica de passividade.

O indivíduo saudável conseguiu alcançar um equilíbrio completo entre as diferentes correntes da libido, o conflito da libido com as exigências do superego e os eventos do mundo externo real. Já o neurótico estabeleceu um equilíbrio parcial e inconstante dos mesmos.

No capítulo VII do “Esboço de psicanálise” (1940 [1938]/1996), Freud afirma que por vezes, parece que a neurose é adquirida nos primeiros anos da infância, mesmo que seus sintomas apareçam só na vida adulta. Porém, não são todos os sujeitos que, apesar de na infância revelarem sinais de neurose, se tornaram adultos neuróticos. A medida que o sujeito amadurece, certos determinantes de angústia são abandonados e determinadas situações de perigo perdem seu significado.

O pai da psicanálise pensa no indivíduo desde o seu nascimento e na trajetória breve e intensa que a criança pequena deve passar para se transformar em um ser humano civilizado. O longo desenvolvimento cultural humano deve ser adquirido em poucos anos, com o auxílio da educação proveniente da influência parental.

O bebê humano precisa de um período prolongado de dependência, sua vida intrauterina é curta se comparado aos outros animais, ele não nasce “pronto”. Esta característica biológica da espécie humana também se faz presente na etiologia das neuroses. A influência parental será precursora do superego, restringindo a atividade do ego mediante proibições e punições, e estimulando o estabelecimento do processo do recalque.

Segundo Freud, a vida nos proporciona muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis; é árdua demais para o ser humano. O sofrimento pode vir de três direções: do próprio corpo, do mundo externo, e dos relacionamentos com outros homens. A humanidade busca a felicidade, o princípio de prazer domina o aparelho psíquico e se esforça nessa tarefa, visando a uma ausência de desprazer e também experiência de intensos sentimentos de prazer.

Essa tarefa que o princípio de prazer impõe nem sempre pode ser realizada. A felicidade é algo essencialmente subjetivo. Alguns homens se sentem felizes apenas por não experimentar grandes quantias de desprazer. A felicidade está relacionada a um problema da economia da libido do indivíduo; quanto de satisfação real pode se esperar obter do mundo externo, até onde pode se tornar independente dele e o quanto de força tem a sua disposição para alterar o mundo para adaptar seus desejos.

A constituição psíquica de cada pessoa desempenhará papel decisivo – as preferências variarão se o homem for predominantemente erótico ou narcisista ou de ação – independente das circunstâncias externas.

Freud pensa em um argumento espantoso e expõe que grande parte da desgraça

humana é por estarmos em uma civilização, e questiona se seríamos mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas. A civilização engloba “a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuitos, a saber: o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos” (FREUD, 1930 [1929], p. 97), substitui o poder do indivíduo pelo poder da comunidade.

Retomo a descoberta freudiana de que uma pessoa se torna neurótica por não poder tolerar a frustração que a sociedade lhe impõe em busca de seus ideais culturais. A ordem, a limpeza e a beleza são exigências da civilização e esta incentiva os homens às suas mais elevadas atividades mentais: realizações intelectuais, científicas e artísticas. Essas atividades mentais mais elevadas são possíveis pela sublimação, uma das vicissitudes da pulsão que está ligada ao processo civilizatório.

A civilização instaura leis, tabus e costumes que influenciam homens e mulheres. Uma de suas principais restrições está relacionado à satisfação sexual e é exatamente as frustrações da vida sexual que os neuróticos não conseguem tolerar. Ele cria os sintomas como satisfações substitutivas e são estes que lhe causam sofrimento, seja por si próprio ou por dificuldade em seus relacionamentos com o meio ambiente e a sociedade.

Uma total submissão à lei moral também não extingue o mal-estar, ao contrário, gera mais mal-estar no sujeito que se vê diante de um superego cruel. Vemos, em Freud, que por uma influência superegóica, há uma recusa do ego em associar-se a um representante pulsional pertencente ao id, e por isso recalca conteúdos considerados “impróprios” para o ser moral. Esse conteúdo persiste no id e será responsável pela irrupção das formações do inconsciente, os sintomas, na consciência.

Esse acordo feito pela formação do sintoma, muitas vezes se revela como sendo um “mau acordo”. O sujeito adoce frente às exigências da civilização, não encontra a felicidade e busca a análise para diminuir seu mal-estar. O sintoma revela que o recalque falhou e o objetivo do ego em evitar o desprazer não foi bem sucedido.

A severidade das ordens e proibições do superego não leva em consideração a felicidade do ego. No trabalho de análise, o analista deve se opor ao superego e buscar diminuir suas exigências. Ao ser demasiadamente exigido, um homem pode se tornar infeliz, revoltado ou adoecer de uma neurose.

O sentimento de culpa é entendido por Freud como o mais importante problema

no desenvolvimento da civilização, sua origem remonta ao parricídio e está conectado com o afeto da angústia. Segundo Coelho dos Santos, “a angústia é o afeto (Affekt) por excelência na clínica psicanalítica” (2001, p. 107).

A angústia, matriz de todos os afetos, é gerada como reação do ego frente ao perigo e serve de sinal para empreender a fuga e/ou recalque. A libido insatisfeita pode se transformar em angústia. Freud compreende que, em geral, os sintomas são formados para retirar o eu de uma situação de perigo e fugir de uma geração de angústia.

Na neurose obsessiva, o sintoma é formado para substituir a angústia que se instalaria. Já na histeria há três relações possíveis: o processo de recalque resulta em geração de angústia pura e/ou a angústia está acompanhada pela formação de um sintoma, ou um sintoma é formado sem angústia.

Quando o sentimento de culpa é intensificado e a civilização avança, mais a perda da felicidade é sentida pelos sujeitos. Esse mesmo sentimento pode estar ligado à manutenção dos quadros neuróticos, uma vez que ele fortifica os sintomas, fazendo uso deles como punição para o sujeito.

A psicanálise acredita que o que é inconsciente retorna e insiste em se manifestar no curso da associação livre. Defesa e fracasso são um só e mesmo processo. Os sonhos, os chistes, as parapraxias, os sintomas são retorno do desejo recalçado e como vimos, também constituem vias de acesso ao inconsciente.

Freud afirma que não podemos penetrar no conflito neurótico quando este já está totalmente firmado, a melhor forma é seguir o curso do desenvolvimento daquele que adocece. O sintoma é a saída encontrada pelos neuróticos diante de um conflito entre duas exigências.

Em um processo de análise e através da transferência, o analista se propõe a ir ao encontro do ego enfraquecido pelos conflitos internos do paciente, contra as exigências pulsionais do id e as exigências conscienciosas do superego, com o objetivo de devolver ao ego o domínio sobre as regiões perdidas em sua vida mental. A transferência é o campo de batalha, no qual se cria novas edições dos antigos conflitos e o trabalho da análise é compelir o paciente a chegar a uma nova decisão.

O psicanalista interpreta o material influenciado pelo inconsciente, enquanto que o paciente está comprometido em colocar todo o material à disposição da análise e seguir a regra fundamental da psicanálise, garantindo a mais completa sinceridade.

A psicanálise é um método de investigação, o efeito terapêutico é um acréscimo. A libido está ligada aos sintomas, a primeira tarefa do trabalho analítico é retirar a libido dos sintomas e colocá-la na transferência, e a segunda tarefa é liberar a libido desse novo objeto/conflito. Através da ampliação do autoconhecimento e a interpretação do inconsciente, o ego do paciente vai se fortalecendo.

Essa conscientização do paciente é possível mediante interpretações e construções. A tarefa do analista é completar aquilo que foi esquecido, ou, segundo Freud, construir. O trabalho de construção em uma análise se assemelha ao trabalho de um arqueólogo, escava-se para reerguer a história.

O analista constrói a partir das inferências que realiza com os fragmentos de lembranças, associações e do comportamento do sujeito na análise; essa construção constitui apenas o trabalho preliminar do tratamento analítico. O sucesso em trazer à luz o que está obscuro, depende completamente do trabalho analítico. O trabalho de construção é possibilitado pela relação transferencial.

A superação das resistências que surgem no processo de análise é o trabalho mais árduo do analista e do paciente. Além disso, o trabalho da análise também visa abandono do recalque como mecanismo de defesa, buscando induzir o paciente a substituir esses mecanismos por reações psíquicas mais maduras. Freud afirma que quando superado as resistências, a alteração no ego é definitiva e se manterá firme na vida.

O psicanalista detecta os conteúdos inconscientes que emergem no discurso do paciente, apresenta-lhe esse material e o incentiva a preencher as lacunas de seu patrimônio mental. O trabalho tem como objetivo, elevar os processos mentais do ego do paciente a um nível normal, transformando o conteúdo inconsciente e recalcado em material pré-consciente, e assim devolvendo a posse desse material ao ego.

Nesse momento, Freud também pensa no aspecto quantitativo presente no processo de análise. Há um conflito entre a quota de energia que o analista consegue mobilizar no paciente a favor do tratamento – desejo de recuperação do paciente que o levou a procurar um tratamento e o auxílio de sua inteligência, que fornece ponto de apoio à interpretação do analista – e aquela que trabalha contra o mesmo.

O desfecho final depende do resultado desse conflito, da autoridade conferida ao analista versus os motivos da doença. Somado a três fatores decisivos: a influência dos traumas, a força constitucional das pulsões e as alterações no ego.



Ao final da análise, a transferência também deve ser superada. É importante mostrar ao paciente que esses sentimentos dirigidos ao analista não se originaram da situação atual, que ele está repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente.

A compulsão à repetição presente também na transferência é o modo do paciente de recordar. Freud afirma que a pessoa que conseguiu superar a transferência, que se tornou livre dessa ação dos impulsos pulsionais recalçados em relação ao analista, permanecerá por toda a vida desse modo, mesmo após o término do tratamento.

Para Freud, a psicanálise terá desempenhado seu papel se tornar esses indivíduos tão sadios e eficientes quanto é possível. O término da análise acontece quando está preenchida duas condições: a primeira é que o paciente não esteja mais sofrendo de seus sintomas e a segunda é quando o analista entende que foi tornado consciente o suficiente de material recalçado, superado as resistências e que não há necessidade de temer uma repetição do processo patológico.

Freud já no começo da sua obra e no final de seu texto “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895/1996), afirmou que quando o sujeito tiver sua vida mental restituída à saúde, ele estará mais bem armado contra a infelicidade.

A psicanálise nos permitiu acessar a vida psíquica humana, através da investigação psicanalítica mostrou as leis do desenvolvimento psíquico e se instaurou como uma ciência. O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica, o sujeito para a psicanálise é compreendido como um ser do inconsciente.

Freud inaugura esse saber, e a partir da investigação psicológica, desfere o terceiro grande golpe da ciência na humanidade. O pai da psicanálise afirma que o ego não é senhor de sua própria morada, devendo se contentar “com escassas informações acerca do que acontece inconscientemente em sua mente” (1917 [1916-17]b/1996, p. 292).

O primeiro grande golpe foi com Copérnico ao afirmar que a Terra não era o centro do universo e o segundo foi quando Darwin afirmou, através da investigação biológica, que o humano descende do reino animal.

Há uma aposta no saber inconsciente, o neurótico não sabe que sabe. O sintoma se apresenta como um enigma e são pelos seus sintomas que uma pessoa entra em análise. Através do processo de investigação cuidadoso, o psicanalista faz perguntas, analisa os sintomas e as formações do inconsciente, sendo capaz de visualizar a estrutura da doença de cada sujeito.

O analista utiliza os métodos de interpretação e construção em análise buscando decodificar os sintomas neuróticos e traduzi-los aos seus pacientes. O sintoma é mais do que uma disfunção a ser reparada, a psicanálise busca o alívio do sofrimento pelo deciframento do sintoma.

Sendo assim, a psicanálise busca elucidar o sintoma de cada sujeito e as modalidades de seus laços sociais, promovendo o alívio do sofrimento psíquico e uma reorganização da relação do sujeito com seu corpo, seu discurso e com a civilização.

Na clínica psicanalítica, os sintomas se apresentam como solução frente a um conflito psíquico; enquanto no âmbito médico, os sintomas são problemas a serem resolvidos. O ambiente hospitalar desencadeia reações emocionais nos sujeitos acometidos por uma doença; são respostas subjetivas frente ao encontro com o desamparo, a fragilidade do corpo e a finitude.

Também nesse contexto, o inconsciente se faz presente; é preciso abordar o sujeito do inconsciente e seus sintomas, entendendo que o impacto do adoecer não é o mesmo nas diferentes neuroses. O encontro com o adoecimento pode despertar marcas de antigas experiências de desamparo e desencadear respostas defensivas primitivas. É necessário interpretar a angústia para constituir aquilo que poderá vir a ser propriamente uma urgência subjetiva.

A avaliação diagnóstica caso a caso se faz necessária, importante questionar a lógica do sintoma em cada sujeito, valorizar a singularidade do sofrimento e entender qual a estrutura que determina o modo de viver daquele paciente. E assim, a psicanálise aplicada em um hospital busca uma cuidadosa intervenção sobre os mal-entendidos que a experiência traumática do adoecimento pode desencadear, sustentando a lógica do caso clínico e traçando a melhor estratégia para alcançar os efeitos terapêuticos.

O estudo sobre o sintoma percorre inúmeros textos freudianos, sendo possível acompanhar a evolução de sua obra e as modificações ao longo dos anos. Nesse trabalho, foi apresentada a dimensão do sintoma freudiano desde as publicações pré-psicanalíticas, passando pelo auge da metapsicologia, até os últimos escritos freudianos.

Buscamos nessa conclusão apresentar algumas respostas frente aos questionamentos do que leva um sujeito a adoecer de uma neurose, enquanto outros permanecem sadios. Articulando também ao sintoma psíquico presente nas reações emocionais dos sujeitos adoecidos em um hospital.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COELHO DOS SANTOS, T. *A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica*. In: Rev. Latinoamericana de psicopatologia fundamental [online]. Vol.4, n.1, p.106-124, 2001.
- COTTET, S. *Os benefícios do sintoma e a segunda tópica*. In: O sintoma-charlatão. Textos reunidos pela Fundação Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- \_\_\_\_\_. (1956 [1886]) *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*, vol. I.
- \_\_\_\_\_. (1888) *Histeria*, vol. I.
- \_\_\_\_\_. (1891) *Hipnose*, vol. I.
- \_\_\_\_\_. (1950 [1895]) *Projeto para uma psicologia científica*, vol. I.
- \_\_\_\_\_. (1893-1895) *Estudos sobre a histeria*, vol. II.
- \_\_\_\_\_. (1894). *As neuropsicoses de defesa*, vol. III.
- \_\_\_\_\_. (1896a). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*, vol. III.
- \_\_\_\_\_. (1896b). *A etiologia da histeria*, vol. III.
- \_\_\_\_\_. (1900a) *Capítulo VI: O trabalho do sonho*. In: A interpretação dos sonhos (I) e (II), vol. IV e V.
- \_\_\_\_\_. (1900b) *Capítulo VII: A psicologia dos processos oníricos*. In: A interpretação dos sonhos (II), vol. V.
- \_\_\_\_\_. (1901). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, vol. VI.
- \_\_\_\_\_. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, vol. VII.
- \_\_\_\_\_. (1942 [1905 ou 1906]). *Personagens Psicopáticos no Palco*, vol. VII.
- \_\_\_\_\_. (1908 [1907]). *Escritores criativos e devaneios*, vol. IX.
- \_\_\_\_\_. (1910). *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*, vol. XI.
- \_\_\_\_\_. (1910). *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, vol. XI.
- \_\_\_\_\_. (1911). *Formulação sobre os dois princípios do funcionamento mental*, vol. XII.

- \_\_\_\_\_. (1912a). *A dinâmica da transferência*, vol. XII.
- \_\_\_\_\_. (1912b). *Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise*, vol. XII.
- \_\_\_\_\_. (1912c). *Tipos de desencadeamento de uma neurose*, vol. XII.
- \_\_\_\_\_. (1914a). *Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)*, vol. XII.
- \_\_\_\_\_. (1914b). *A história do movimento psicanalítico*, vol. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1914c). *Sobre o narcisismo: uma introdução*, vol. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1915a). *Os instintos e suas vicissitudes*, vol. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1915b). *Repressão*, vol. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1915c). *O inconsciente*, vol. XIV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915]a). *Conferência I: Introdução*. In: Parte I: Parapraxias. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915]b). *Conferência II: Parapraxias*. In: Parte I: Parapraxias. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915]c). *Conferência III: Parapraxias (continuação)*. In: Parte I: Parapraxias. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915]d). *Conferência IV: Parapraxias (conclusão)*. In: Parte I: Parapraxias. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915-1916]a). *Conferência VI: Premissas e técnica de interpretação*. In: Parte II: Sonhos. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915-1916]b). *Conferência VII: O conteúdo manifesto dos sonhos e os pensamentos oníricos latentes*. In: Parte II: Sonhos. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915-1916]c). *Conferência IX: A censura dos sonhos*. In: Parte II: Sonhos. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1916 [1915-1916]d). *Conferência XIV: Realização de desejo*. In: Parte II: Sonhos. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XV.
- \_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]a). *Conferência XVII: O sentido dos sintomas*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]b). *Conferência XVIII: Fixação em traumas – o inconsciente*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]c). *Conferência XIX: Resistência e repressão [recalque]*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]d). *Conferência XX: A vida sexual dos seres humanos*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]e). *Conferência XXI: O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]f). *Conferência XXII: Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]g). *Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]h). *Conferência XXIV: O estado neurótico comum*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]i). *Conferência XXV: A ansiedade [angústia]*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]j). *Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]k). *Conferência XXVII: Transferência*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916-1917]l). *Conferência XXVIII: Terapia analítica*. In: Parte III: Teoria geral das neuroses. Conferências introdutórias sobre psicanálise, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1919). *‘Uma criança é espancada’, uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais*, vol. XVII.

\_\_\_\_\_. (1920). *Além do princípio de prazer*, vol. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1923). *O ego e o id*, vol. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924 [1923]). *Uma breve descrição da psicanálise*, vol. XIX.

\_\_\_\_\_. (1926 [1925]). *Inibições, sintomas e ansiedade*, vol. XX.

\_\_\_\_\_. (1928 [1927]). *Dostoievski e o Parricídio*, vol. XXI.

\_\_\_\_\_. (1930 [1929]). *O mal-estar na civilização*, vol. XXI.

\_\_\_\_\_. (1933 [1932]). *Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações*. In: *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, vol. XXII.

\_\_\_\_\_. (1940 [1938]). *Esboço de psicanálise*, vol. XXIII.

\_\_\_\_\_. (1937). *Análise terminável e interminável*, vol. XXIII.

\_\_\_\_\_. (1937). *Construções em análise*, vol. XXIII.

FREUD, S. *Manuscrito inédito de 1931: edição bilíngue*. São Paulo: Blucher, 2017, p. 29-95.

LOPES, R.G. *A concepção psicanalítica de sintoma*. In: <http://www.isepol.com/pdf/A%20CONCEP%C3%87%C3%83O%20PSICANAL%C3%8DTICA%20DE%20SINTOMA.pdf>

MOREIRA, M.I.R.; COELHO DOS SANTOS, T. *Psicanálise aplicada à instituição: a prática clínica no hospital*. In: *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, revista eletrônica do núcleo Sephora de pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Rio de Janeiro, vol. 14, n.28, p. 125-140, mai. 2019 a out. 2019.

OLIVEIRA, F.L.G. “*Os sentidos do sintoma na obra freudiana*”. Monografia de conclusão de curso de graduação em formação de psicólogo no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Orientadora: Prof. Dra. Tania Coelho dos Santos. Rio de Janeiro: IP/UFRJ, 93f, 2009.

OLIVEIRA, F.L.G. O sintoma em Freud. In: *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, revista eletrônica do núcleo Sephora de pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Vol. IV, n.7, p. 102-113, nov. 2008 a abr. 2009.

ROUDINESCO, E. *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.