

MIRNA COLAZINGARI BARBOZA

A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO:
O SINTOMA NA OBRA DE FREUD

Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica:

Teoria Psicanalítica

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Lucia Montechi Valladares de Oliveira

COGEAE – PUC-SP
2018

A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO: - O SINTOMA NA OBRA DE FREUD

Resumo

A presente monografia tem como objetivo investigar a maneira com que Sigmund Freud compreendeu a formação dos sintomas psiconeuróticos ao longo da construção de sua teoria psicanalítica. O trabalho segue uma ordem cronológica apresentada em três capítulos, e compreende três marcos teóricos no pensamento freudiano: os textos pré-psicanalíticos, a primeira tópica e a segunda tópica.

Palavras-chave: sintoma; psicose; psicanálise; teoria psicanalítica

AGRADECIMENTOS

À Lucia, pela atenção e delicadeza na orientação desse trabalho.

Ao Cássio, pela paciência e pelo apoio a minha formação.

Aos professores pela excelência do curso e em especial ao professor Wilson, meu supervisor, que pacientemente, me auxiliou no processo de autorização como psicanalista.

SUMÁRIO

Introdução	01
1. O sintoma no período pré-psicanalítico (1893 -1900)	03
1.1. Sobre o atendimento clínico	06
1.1.1. Da hipnose à técnica da pressão	07
1.1.2. Importante descoberta: a resistência	08
1.1.3. A “eficácia terapêutica”	08
1.2. Do Trauma à fantasia.	09
2. O sintoma na primeira tópica (1900 – 1920)	11
2.1. A sexualidade infantil	14
2.2. Da clínica: a transferência	16
3. O sintoma na segunda tópica (1920 – 1939)	17
3.1. Dualidade Pulsional: a concepção da pulsão de morte	18
3.2. Desfusão pulsional	20
3.3. Formação do Sintoma	23
4. Conclusão	29
Referências bibliográficas	31

INTRODUÇÃO

Sigmund Freud adotou como objeto de estudo os sintomas histéricos, os quais eram marginalizados pela sociedade médica de sua época. O avanço de seus trabalhos o afastou da medicina e ao mesmo tempo o impulsionou à criação de uma nova teoria, delineada a partir da experiência clínica.

Nossa proposta é seguir o caminho de construção do pensamento freudiano, e observar como a clínica modulou a construção teórica da psicanálise na compreensão do que são os sintomas psiconeuróticos. Para tanto, optamos por acompanhar o critério cronológico de sua obra.

Escolhemos como fonte bibliográfica primária os livros da Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Apesar de todas as críticas quanto à má qualidade de sua tradução, esta edição ainda é a única que contém a obra completa, em português, a incluir os textos e cartas pré-psicanalíticos, sem contar as ricas informações incluídas pelo Editor Inglês, James Strachey.

Entretanto, na leitura de um artigo específico traduzido como *Inibição, Sintoma e medo* (1926/2016), optamos pela versão da Editora L&PM. O termo *angst* apresenta dificuldades e discussões complexas quanto a sua tradução. O próprio Strachey foi questionado quanto a escolha pelo termo *anxiety*, ao traduzir *angst* para o inglês, termo que originou o título da Imago: Inibição, Sintoma e Ansiedade.

Depois dos desdobramentos feitos por Lacan, *angst* passou a ser traduzido ao português como angústia. Porém, o tradutor Renato Zwick (2016), da editora L&PM, apresenta uma nova tradução, agora direta do alemão, entendendo *angst* como medo, seguindo o *Dicionário comentado do alemão de Freud*, de Luiz Hanns.

No primeiro capítulo, apresentamos as primeiras descobertas de Freud sobre os sintomas histéricos, suas primeiras observações sobre a resistência, sobre o recalque, até chegar à percepção do conceito de fantasia inconsciente, sem a qual não teria nascido a psicanálise.

No segundo capítulo, introduzimos um recorte acerca da primeira tópica. O inconsciente surge, neste contexto, como uma instância psíquica, não mais como uma condição patológica. Esta instância vai ter relação com o desejo inconsciente em busca de satisfação, que pode ser barrado ou transformado por um órgão censor para ter acesso à consciência. O sintoma, diferentemente do trabalho do sonho, não

representa mais a mera realização de um desejo inconsciente, mas surge como resultado de uma solução ao conflito existente entre as instâncias psíquicas. Ele se caracteriza, assim, como uma formação de compromisso, resultado da soma da composição do desejo inconsciente e do órgão censor.

No último capítulo, abordamos a noção de dualidade pulsional e demonstraremos como ela influenciou Freud na construção da segunda tópica. Neste ínterim, o sintoma é apresentado como fruto da tensão entre as três instâncias psíquicas diante das restrições impostas pela cultura.

Por fim, apresentamos nossas conclusões. Elas tratam de arrematar o percurso do trabalho atual e de abrir alguns caminhos e questionamentos que nos lançam para novas pesquisas. O interstício entre aquilo que Freud fez em sua época e aquilo que podemos fazer, a partir do trabalho dele, certamente um é campo frutífero para a reflexão dos sintomas contemporâneos e os desafios atuais da clínica.

1- O SINTOMA NO PERÍODO PRÉ-PSICANALÍTICO (1893 -1900)

Durante as últimas décadas, é quase certo que uma mulher histérica seria tratada como simuladora, do mesmo modo que, em séculos anteriores certamente seria julgada e condenada como feiticeira ou possuída pelo demônio. (Freud,1886[1956]/2006, p. 45)

As pacientes históricas que, no passado, foram consideradas como bruxas ou vítimas de possessões, na maior parte do século XIX ainda eram vistas como simuladoras. Os seus sintomas provocavam alterações perceptíveis no sistema nervoso, mas não tinham nenhuma causa/origem orgânica, motivo que explica o preconceito direcionado a elas.

No exercício da medicina, Sigmund Freud percebeu que o diagnóstico de histeria eliminava o interesse dos médicos, em geral, pela obtenção de quaisquer outros elementos complementares a respeito dos sintomas apresentados pelo paciente.

No departamento de ambulatório, em Berlim, contudo, verifiquei que esses sinais somáticos da histeria eram praticamente desconhecidos e que, em geral, quando se fazia um diagnóstico de “histeria”, parecia estar eliminada qualquer motivação para se obter mais algum informe a respeito do paciente. (Freud, 1886[1956]/2006, p. 45)

Foi o através do trabalho do reconhecido médico Jean-Martin Charcot, um dos principais professores na área de psiquiatria e de neurologia do Hospital de Salpêtrière na França, que os preconceitos e estigmas sobre a histeria começaram a ser superados.

Freud foi discípulo de Charcot, conheceu as técnicas de hipnose aplicadas nos pacientes da ala psiquiátrica de Salpêtrière, local onde começou a surgir seu interesse pelo fenômeno da histeria. Ao retornar para Viena, Freud passou a atender, em sua clínica, sujeitos históricos, fazendo uso da técnica hipnótica.

Esse momento é considerado como ponto de partida para o desenvolvimento da teoria psicanalítica, marcado pela busca etiológica dos quatro tipos principais de neuroses: as psiconeuroses histérica e obsessiva, a neurastenia e a neurose de angústia.

Em geral, foi observado que o sintoma do paciente histórico se limitava a um órgão ou a uma função desse órgão, sem qualquer correspondência anatômica no

sistema nervoso. Além disso, as queixas de dor e de sensibilidade eram notadamente hiperbólicas e sempre refratárias ao tratamento farmacológico oferecido.

Assim (...) a histeria foi retirada do caos das neuroses, diferenciada de outros estados de aparência semelhante, e a ela se atribuía uma sintomatologia que, embora extremamente multiforme, tornava impossível duvidar de que imperassem nela uma lei e uma ordem. (Freud, 1886[1956]/2006, p. 46)

Nessa época, o entendimento predominante era o de que em determinadas pessoas havia uma predisposição histérica que levava ao aparecimento espontâneo dos sintomas. Ou seja, não importava a natureza do trauma ou o grau de sua intensidade, mas sim a predisposição à histeria, a qual poderia elevar até mesmo um evento trivial à categoria de trauma.

Ainda apoiado em Josef Breuer, Freud (1893/2006) considera que, no curso normal das coisas, quando uma pessoa passa por uma experiência carregada por um determinado afeto, este é descarregado por atos reflexos conscientes, ou por um desgaste gradativo de associações mentais.

O pressuposto era de que um mecanismo psíquico sadio sempre encontrava métodos para lidar com um trauma. Em suma, acreditavam que, se não foi possível ocorrer a descarga pela via de uma reação motora ou pela via das palavras, o psiquismo irá fazê-lo mediante ideias contrastantes, ou através de elaborações associativas.

Nesse momento, para Freud, toda carga afetiva corresponde a uma determinada soma de excitação, de quantidade não mensurável, “passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo” (Freud, 1894/2006, p. 66)¹.

Portanto, a tendência do sistema nervoso é de manter a soma interna de excitação constante. Toda carga afetiva que provoque um excedente deve ser descarregada com o intuito de preservar a saúde. Tal processo foi chamado de princípio de constância.

O sistema nervoso procura manter constante, nas suas relações funcionais, algo que podemos descrever como a “soma de excitação”. Ele executa essa precondição da saúde eliminando

¹ É o que Freud tentará sistematizar, posteriormente, nos manuscritos enviados para Wilhelm Fliess em 1895, publicado postumamente em 1950, sob o título *O projeto para uma psicologia científica*.

associativamente todo acúmulo significativo de excitação, ou então descarregando-o mediante uma reação motora apropriada. (Freud, 1892/2006, p. 196)

Na tentativa de construir uma teoria da histeria, Freud afirmou que: “transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora” (Freud, 1892/2006, p. 196).

Em termos econômicos, um trauma se caracteriza pelo “afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e a sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações”. (Laplanche; Pontalis, 2001, p. 522).

De forma esquemática, diríamos que, nesse momento, a teoria do trauma era aplicável aos casos de histeria, de fobia, de obsessão e de psicose. Diante de um evento traumático, o indivíduo se esforça para afastar este episódio de sua consciência. Porém, a lembrança do acontecimento não é apagada completamente. Ela apenas se enfraquece com a retirada do afeto. Por consequência, o excedente da soma de excitação precisa ser utilizado de alguma outra forma.

Na histeria, este excedente se transforma em algum elemento somático. Sua conversão (nomenclatura sugerida por Freud) pode ser total ou parcial. Nas palavras do psicanalista:

Ela opera ao longo da linha de inervação motora ou sensorial relacionada (...) com a experiência traumática. Desse modo o ego consegue libertar-se da contradição (com o qual é confrontado); em contrapartida, porém, sobrecarrega-se com um símbolo mnêmico que se aloja na consciência como uma espécie de parasita que persiste até que ocorra uma conversão em direção oposta. Consequentemente, o traço mnêmico da ideia recalcada não é, afinal dissolvido; daí por diante, forma o núcleo de um segundo grupo psíquico. (Freud, 1894/2006, p. 57)

Portanto, o que caracteriza a histeria não é a divisão da consciência, como se supunha, mas a capacidade de conversão do excedente das somas de excitação do afeto em sintomas somáticos. Esta conversão advém com o consequente recalque da representação, o qual não implica na dissolução desta, mas na formação de um segundo grupo psíquico.

Nas neuroses obsessivas e nas fobias, a representação incompatível será enfraquecida e isolada pela separação do afeto. Por isso, ela persiste na consciência, mas fica impossibilitada de fazer qualquer associação. O afeto, sem aptidão para a

conversão, por sua vez, irá estabelecer “falsas ligações”, originando as representações obsessivas.

A obsessão é, em primeiro lugar, a fonte do afeto agora colocada numa falsa ligação. Em todos os casos que analisei, era a vida sexual do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo, precisamente da mesma natureza da ligada à sua obsessão. (Freud, 1894/2006, p. 59)

Devemos esclarecer que, apesar de perceber que o processo de separação ocorrido entre representação e afeto - o qual leva ao surgimento de sintomas diversos - acontece fora da consciência, Freud ainda não dispunha do conceito de inconsciente.

A psicose, neste momento, também parece ser entendida como uma espécie de defesa psíquica potente, que provoca um desligamento com a realidade e um estado de confusão alucinatória. Como escreve Freud, “Portanto, é justificável dizer que o *eu* rechaçou a representação incompatível através de uma fuga para a psicose. O processo pelo qual isso é conseguido escapa, mais uma vez, à autopercepção do sujeito” (Freud, 1894/2006, p. 65).

Ainda sobre as neuroses, segundo Freud (1896b/2006), a histeria efetua o recalque pelo método da conversão em inervação somática; já a neurose obsessiva, pelo método da substituição, por meio de uma formação de compromisso; e a paranoia em forma de delírios.

As formas psíquicas poderão se combinar na mesma pessoa, a ponto de dificultarem a separação entre a histeria e as outras neuroses, o que tornou necessária a postulação da categoria de “neuroses mistas” (Freud, 1894/2006).

1.1. Sobre o atendimento clínico

“Nenhuma outra doença dispõe o médico a fazer tantos milagres ou mostrar-se tão impotente” (Freud, 1888/2006, p. 90)

No início do atendimento clínico, anterior e contemporâneo ao contexto de criação da psicanálise, o tratamento oferecido consistia em internações em casas de saúde. O objetivo delas era afastar o paciente de suas obrigações cotidianas, de seus familiares e de eventos que poderiam sobrecarregar seu sistema nervoso, sendo-lhe indicado hidroterapia, massagens e faradização geral – era “a chamada de cura de repouso de Weir Mitchell” (Freud, 1888/2006, p. 91).

Aos poucos Freud observou que não bastava hipnotizar os pacientes e sugerir a remoção dos sintomas. Ele passou a combinar com esse tratamento o método catártico de Breuer, porque os resultados eram melhores quando os pacientes nervosos acessavam as lembranças que associavam ao fato traumático.

A operação do método catártico de Breuer consiste em promover deliberadamente a recordação da excitação da esfera somática para a psíquica, e assim a resolução da contradição, através da atividade de pensamento e da descarga da excitação por meio da fala (FREUD, 1894/2006, p. 57).

No plano teórico, a etiologia da neurose estava associada às experiências traumáticas não ab-reagidas vividas na infância. Era esperado que o tratamento promovesse a ab-reação através da fala.

1.1.1. Da hipnose à técnica da pressão

Freud e Breuer perceberam que as chances de tratamento dos pacientes histéricos se ampliavam com a recordação do fato traumático, e que a hipnose era a técnica capaz de acessar a segunda consciência. “Eu precisava da hipnose para ampliar-lhes a memória, a fim de descobrir as lembranças patogênicas que não estavam presentes em seu estado comum de consciência” (Freud, 1893/2006, p. 282).

A hipnose com sugestão terapêutica foi usada de forma mais direta pela primeira vez no caso da Sra. Emmy Von N.

Em 1º de maio de 1889², comecei o tratamento de uma senhora de cerca de 40 anos, cujos sintomas e personalidade me interessaram de tal forma que lhe dediquei grande parte de meu tempo e decidi fazer tudo o que estivesse ao meu alcance para recuperá-la. Era histérica e podia ser posta com a maior facilidade em um estado de sonambulismo; ao tomar ciência disso, resolvi fazer uso da técnica de investigação sob hipnose, de Breuer. (Freud, 1889/2006, p.82)

A sugestão hipnótica era utilizada para “persuadir o paciente a produzir o material proveniente da região inconsciente da mente” (Freud, 1893/2006, p. 20), e assim determinar a origem dos sintomas e auxiliar no tratamento. Entretanto, nem todos os pacientes respondiam de maneira satisfatória a esta demanda terapêutica.

² Segundo consta na nota 1 desta citação a data certa pode ser 1888.

Como alternativa, diante da resistência de alguns pacientes à hipnose, Freud recorreu a outro expediente: a técnica da pressão na cabeça em conjunto com a solicitação de que o sujeito se recorde do evento associado ao seu sintoma.

Com essa experiência, mais uma vez, Freud se deparou com a resistência dos pacientes. Ele afirmou: “estamos diante de uma nova camada que ainda não podemos penetrar” (Freud, 1893[1895]/2006, p. 312). Mais do que superá-la, parece-nos que era preciso, para ele, descobrir o que causava a resistência.

1.1.2. Importante descoberta: a resistência

Do ponto de vista clínico, Freud percebeu rapidamente que a resistência era um mecanismo que impedia o paciente de acessar determinadas lembranças, se tornando um entrave tanto ao tratamento clínico quanto à formulação teórica de sua técnica.

A resistência ao tratamento também parece se reforçar quando o paciente, por causa mesmo da doença, obtém ganhos de atenção e cuidados excessivos dos familiares e dos médicos.

O alarme ou o excesso de preocupação dos pais ou dos parentes só fazem aumentar a excitação ou a tendência do paciente, quando nele existe uma modificação psíquica, a exhibir sintomas mais intensos (Freud, 1888/2006, p. 91).

A princípio, a resistência diz respeito à dificuldade de cura ou ao acesso do paciente ao seu próprio material. Mas, para Freud, o maior obstáculo estava no estabelecimento da relação entre o paciente e o médico.

1.1.3. A “eficácia terapêutica”

As manobras terapêuticas utilizadas nessa época foram consideradas eficazes no tratamento das doenças nervosas, acreditava-se serem capazes de curar o paciente do mal que o afligia.

Breuer aprendeu com sua primeira paciente que a tentativa de descobrir a causa determinante de um sintoma era, ao mesmo tempo, uma manobra terapêutica. O momento em que o médico desvenda a ocasião da primeira ocorrência do sintoma e a razão do seu aparecimento é também o momento em que o sintoma se desfaz. (Freud, 1893a/2006, p. 44)

Na verdade, não basta ao paciente se lembrar das circunstâncias do trauma, mas é necessário que a lembrança narrada esteja acompanhada pelo afeto:

Deve-se compreender que nossa terapia consiste em remover os resultados das ideias que não sofreram ab-reação, seja revivendo o trauma num estado de sonambulismo, e então ab-reagindo e corrigindo-o, seja trazendo para o plano da consciência normal [...]. (Freud, 1892/2006, p. 193)

As lembranças traumáticas que emergem pela hipnose tomam a forma de eventos recentes e parecem tão intactos e com tão grande intensidade sensorial, que confirmam a não ab-reação.

A lembrança que forma o conteúdo de um ataque histérico é uma lembrança inconsciente, ou mais corretamente, faz parte do segundo estado da consciência, que está presente, organizado em um grau maior ou menor, em toda histeria. (Freud, 1892a/2006, p. 195)

Ao lembrar do fato e traduzir em palavras o afeto, o método “põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento” (Freud, 1893/2006, p. 52). Neste momento, não há que se falar em cura, mas em um ganho de qualidade de vida dos pacientes.

Quando prometo a meus pacientes ajuda ou melhora por meio de um tratamento catártico, muitas vezes me defronto com a seguinte objeção: —Ora, o senhor mesmo me diz que minha doença provavelmente está relacionada com as circunstâncias e os acontecimentos de minha vida. O senhor, de qualquer maneira, não pode alterá-los. Como se propõe ajudar-me, então? E tem-me sido possível dar esta resposta: —Sem dúvida o destino acharia mais fácil do que eu aliviá-lo de sua doença. Mas você poderá convencer-se de que haverá muito a ganhar se conseguirmos transformar seu sofrimento histérico numa infelicidade comum. Com uma vida mental restituída à saúde, você estará mais bem armado contra essa infelicidade. (Freud, 1895/2006, p. 316)

1.2. Do trauma à fantasia

A observação dos pacientes pela utilização do método catártico de Breuer, permitiu a Freud seguir os rastros dos traumas psíquicos e perceber que havia uma mesma causa precipitante na escolha de uma neurose defensiva de seus pacientes: o trauma de natureza sexual ocorrido na infância.

Todos os traumas de infância que a análise descobriu nesses casos agudos tiveram que ser classificados como graves ofensas sexuais; alguns eram positivamente revoltantes. Em primeiro lugar entre os culpados de abusos como esses, com suas significativas

consequências, estão as babas, governantas e empregadas domésticas. (Freud, 1896a/2006, p. 165)

Contra um trauma sexual específico emergirá sempre uma defesa - “ponto nuclear no mecanismo psíquico das neuroses em questão” (Freud, 1896a/2006, p. 163). Assim a estimulação sexual prematura passa a ser compreendida como o fator ativador do recalque. A vergonha e a moral são importantes fontes da sensação de desprazer, por isso mesmo atuam como poderosas forças de recalque, de tal sorte que o rumo tomado pela doença nas neuroses é o mesmo, a saber: (1) uma experiência sexual traumática e prematura deve ser recalcada; (2) algum evento posterior desperta o conteúdo recalcado; (3) contra esse conteúdo se ergue uma defesa, que pode ser bem-sucedida ou não, nesse último caso se configura o sintoma.

Se antes as neuroses se justificavam por uma “predisposição” inata, agora, estas eram explicadas pela pré-existência de um trauma sexual recalcado.

[...] as descobertas de minha análise estão em condições de falar por si. Em todos os dezoito casos (de histeria pura e histeria combinada com obsessões, abrangendo seis homens e doze mulheres) vim a saber como já disse de experiências sexuais desse tipo na infância. (Freud, 1896b/2006, p. 204)

Nesse período, os eventos traumáticos relatados na clínica pelos pacientes histéricos são considerados sedução reais. Freud (1896/2006) divide seus casos em três grupos, de acordo com a origem da estimulação sexual: relações infantis entre crianças de sexo diferente; relação amorosa regular e duradoura com adultos próximos; e abusos praticados, em situação única, por um adulto desconhecido.

Ficou cada vez mais claro que a etiologia da neurose estava ligada aos fatores sociais de ordem moral e sexual. A vida sexual, para Freud, é “especialmente apropriada para proporcionar o conteúdo [de tais traumas], devido ao contraste muito grande que representa para o restante da personalidade e por ser impossível reagir” (Freud, 1892/2006, p. 193).

Até esse momento, Freud estava convicto da veracidade dos fatos narrados por seus pacientes, e não tinha dúvida alguma que o trauma recalcado era sempre real. A teoria da sedução estabelece de forma clara uma relação entre a experiência sexual prematura e o recalque. Segundo Ocariz (2003), ao comentar esta questão, “A especificidade de cada neurose é a forma em que a defesa se produz e a maneira como a representação retorna” (Ocariz, 2003, p. 33).

Ocorre que Freud foi levado a duvidar dos inúmeros casos de sedução, percebendo que, na verdade, os pacientes narravam uma reconstrução fantasística, o que o leva, posteriormente, a pensar na existência de uma sexualidade infantil. Neste contexto, ele abandonou a sua teoria da sedução, como relatou numa carta datada de 21 de setembro de 1897 dirigida ao amigo Wilhelm Fliess

[...] Confiar-lhe-ei de imediato o grande segredo que lentamente comecei a compreender nos últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica [teoria das neuroses]. Provavelmente, isso não é compreensível sem uma explicação; afinal, você mesmo considerou crível o que lhe pude dizer. (Freud, 1897/2006, p. 309)

Freud concluiu que o conteúdo recalcado encontrado na segunda consciência tanto pode ser real quanto fictício, assim sendo, a teoria do trauma é substituída pela ideia de fantasia inconsciente, ou, como afirma Ocariz (2003), o sintoma passa a ser compreendido como uma figuração de uma fantasia inconsciente.

O abandono da teoria da sedução foi um importante passo para o advento da teoria psicanalítica, a qual se pauta na importância da realidade psíquica fundada na concepção de fantasia inconsciente, concepção que evidenciava o desejo infantil dirigido aos seus genitores.

2- O SINTOMA NA PRIMEIRA TÓPICA (1900-1920)

“Freud não é apenas o pai da psicanálise, mas o fundador de uma forma muito particular e inédita de produzir ciência e conhecimento” (Endo e Sousa, 2016)

Ao observar as associações dos pacientes neuróticos, as quais revelavam fantasias inconscientes recalcadas, e, ao captar o desejo inconsciente por meio dos mecanismos de trabalho do sonho, Freud (1900) percebeu que a cisão da consciência não era uma condição patológica, mas sim fruto de um mecanismo comum. Isso lhe permitiu esboçar uma nova organização metapsicológica. Surge, então, a ideia de um aparelho psíquico composto por lugares metafóricos, psicológicos, não anatômico, formado pelos sistemas inconsciente, pré-consciente e consciente

Por conseguinte, retrataremos o aparelho psíquico como um instrumento composto a cujos componentes daremos o nome de “instâncias”, ou (em prol de uma clareza maior) “sistemas”. (Freud, 1900/2006, p. 567)

Essa nova estrutura, apresentada por Freud na obra *A Interpretação dos Sonhos* (1900), traz também uma nova concepção etiológica dos sintomas neuróticos. Segundo o autor, ao sistema inconsciente cabe exclusivamente desejar, e, esse desejo movimenta o aparelho psíquico. Devemos entender que o desejo “é uma ideia (Vorstellung) ou um pensamento; algo completamente distinto, portanto, da necessidade e da exigência” (Garcia-Roza, 2014, p. 83).

Para Laplanche e Pontalis (2001) a teoria dos sonhos delimitou bem o termo *Wunsch* (desejo) e sua natureza psíquica. Segundo esta teoria, é a partir da vivência de satisfação das primeiras necessidades somáticas que surge o desejo.

A fome do bebê é um exemplo. Ele chora, grita e esperneia porque está faminto. Um terceiro o alimentará, pondo fim à sua necessidade somática. O desejo, assim concebido, é o reaparecimento dessa percepção que reevoca a busca dessa primeira experiência de satisfação obtida, porém, para sempre perdida.

Em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que a necessidade for despertada, surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original. Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo. (Freud, 1900/2006, p. 595)

A moção de desejo parte em busca da repetição da satisfação original. Ela somente conseguirá irromper na consciência e ganhar o controle do movimento, acessando o mundo externo, quando o sistema pré-consciente autorizar.

Cabe ao sistema pré-consciente exercer a função de órgão censurador das moções de desejo. O objetivo da existência de um órgão censor seria evitar a sensação de desprazer no sistema consciente. “A censura entre o lcs e o Pcs, cuja existência os sonhos nos obrigam a supor, merece ser reconhecida e respeitada como a guardiã de nossa saúde mental” (Freud, 1900/2006, p. 596).

Portanto, de um lado temos o sistema inconsciente em busca de satisfação e, de outro lado, um órgão censor que julga essa moção de desejo mediante a avaliação da sensação que ela provocaria caso fosse realizada. A moção do desejo poderá ser barrada, deslocada ou transformada a fim de evitar desprazer.

O recalque, neste contexto, é uma operação específica de defesa do órgão censor, que barra a moção de desejo e o mantém inconsciente. Não se trata de uma defesa patológica, mas de um processo psíquico universal que está na origem da constituição do inconsciente. Na existência de um conflito entre a moção de desejo e o órgão censor, o recalque não aniquila completamente a moção, e o recalcado continuará a buscar pela satisfação a ele negada.

A fim de se evitar qualquer sensação de desprazer, o órgão censor dispõe de outros mecanismos, quais sejam, o deslocamento, a condensação e a conversão. Eles são capazes de tornar a moção irreconhecível, criando outras vias para a satisfação.

Como exemplo, o sonho e o sintoma representam uma via alternativa de satisfação da moção de desejo, que só pode ser satisfeita quando modificada. Enquanto o sonho representa a realização de um desejo inconsciente, o sintoma histérico apresenta uma peculiaridade, a necessidade de convergência de duas correntes opostas:

[...] o sintoma não é simplesmente a expressão de um desejo inconsciente realizado; é preciso que esteja presente também um desejo do pré-consciente realizado pelo sintoma, de modo que o sintoma tem pelo menos dois determinantes, cada qual surgindo de um dos sistemas envolvidos no conflito. (Freud, 1900/2006, p. 598)

Portanto, o sintoma denota a conciliação dos sistemas envolvidos no conflito, a convergência de desejos opostos numa única expressão, uma verdadeira solução de compromisso que atende tanto desejo inconsciente quanto as exigências defensivas

impostas pelo órgão censor. Ele resultado de um conflito em torno de uma satisfação libidinal, que, mediante uma impossibilidade, encontra uma nova maneira de se realizar. Como nosso autor assinala, mais tarde, a resistência na manutenção de um sintoma se deve justamente ao fato dele estar “apoiado por ambas as partes em luta” (Freud, 1917[1916-17]c/2006, p. 362).

2.1. A sexualidade Infantil

“A grande genialidade de Freud não vem do tipo de material clínico observado que, como vimos, fora exaustivamente classificados por seus predecessores, mas da afirmação escandalosa de que as tendências perversas catalogadas pelos seus colegas como aberrações humanas assombram o espírito de todos os homens – inclusive daqueles que as catalogaram – estando também presentes nas crianças: “a criança é um perverso polimorfo” (Ceccarelli, 2000, p. 26).

Ao constatar que os pacientes neuróticos adultos, em análise, sempre falavam de suas fantasias infantis descrevendo cenas de abusos sexual praticadas por um adulto, Freud (1905) se lançou em uma reflexão que o levou a elaborar sua primeira teoria sobre a sexualidade humana, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Esta teoria não cessou de ser reformulada em diferentes etapas de sua obra.

O pensamento psicanalítico freudiano parte do pressuposto de que o desenvolvimento infantil não é dado apenas pela via biológica, mas também pelo caminho psicológico, carregado de impulsos eróticos - de caráter constituinte -, decisivos na orientação da libido. Em cada fase do desenvolvimento psicosssexual, a começar pelo nascimento, uma área específica do corpo será tomada como zona erógena. Aos poucos, o ego é salientado a partir das experiências vividas na relação com o outro, inscrevendo as primeiras sensações de prazer e desprazer na vida psíquica do sujeito.

Na fase oral do desenvolvimento, os lábios, estimulados pela alimentação, consistem na primeira zona erógena. Tal descoberta levou Freud (1905/2006) a afirmar que essa primeira satisfação está apoiada na necessidade de preservação da vida, e que, posteriormente, a libido se tornará independente. Quando a criança chucha seu dedo, ela repete este primeiro prazer de forma independente da necessidade, descobrindo em si mesma outras áreas erógenas. Este estado é definido pelo autor como autoerotismo.

Na segunda fase, chamada de fase anal, o prazer se localizará na capacidade de controle fisiológico dos esfíncteres anais e da bexiga, o que configura mais autonomia e prazer no controle da expulsão e da retenção das fezes.

A terceira fase, a fase fálica, é marcada pela percepção da diferença dos sexos com a descoberta da presença ou da ausência do pênis. Nesse período se iniciam as práticas masturbatórias e o ingresso no complexo de Édipo.

[...] a sexualidade infantil, que é mantida sob repressão, atua como a principal força motivadora na formação de sintomas, e a parte essencial do seu conteúdo, o complexo de Édipo, é o complexo nuclear nas neuroses. (Freud, 1919/2006, p. 218)

Nesse momento a criança vive, segundo Ocariz (2003), “em um corpinho pequeno, um desejo sexual muito intenso, e isso deixa marcas que acompanharão o sujeito durante toda sua vida” (Ocariz, 2003, p. 39).

Impossibilitada de investir num objeto externo, a pulsão caminha para a sublimação ou para o investimento em fantasias inconscientes. Estas retornam à consciência, desde a infância, como sintoma, com possíveis repetições ao longo da vida. A frustração decorrente deste processo pode acarretar ainda a regressão para uma fase libidinal anterior. Nesta perspectiva, Freud observa que os neuróticos obsessivos regridem para a fase anal, para um momento onde a libido não encontrou tamanha privação, e que, de uma forma geral, os sintomas neuróticos repetem uma forma infantil de satisfação.

Para Freud (1916[1917]a/2006), a libido que não pode se satisfazer pelo caminho pretendido retorna para um ponto já superado do desenvolvimento, tanto em tendências parciais abandonadas quanto em objetos já deixados para trás.

A sexualidade humana, no espectro da psicanálise, vai muito além da função de reprodução. Não há uma natureza sexual, e sim, busca por satisfação. As diversas formas de prazer, muitas delas ditas perversas, se apoiam no polimorfismo das vicissitudes pulsionais que marcam a primeira infância. São como partes constitutivas da sexualidade infantil, e não “desvios da natureza”, como muitos entendiam.

As inclinações perversas se relacionam com o restabelecimento de uma satisfação sexual primária, produto da conversão do conteúdo recalado.

Para Ocariz (2003), “Os seres humanos adoecem porque existe algo enigmático no sexo. Quando se recalca é porque não se quer saber nada sobre algo que exige ser reconhecido” (Ocariz, 2003, p. 59). A sexualidade do neurótico mantém

uma condição infantil, recalcada e inacessível à consciência, pois uma das funções da neurose é alienar o sujeito da realidade vivenciada como insuportável.

De algum modo, o sintoma repete essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença (Freud, 1917 [1916-17]c/2006, p. 369).

Pode-se dizer que, nesta tópica, o sintoma é o substituto do desejo recalcado, suplente de uma satisfação frustrada de cunho sexual, produzido mediante a regressão da libido. O neurótico encontra-se regredido a uma fase de satisfação infantil, ainda que esta, hoje, lhe provoque aversão e sofrimento. Isto representa uma atividade sexual autoerótica, que impede o sujeito de investir a libido em atividades importantes de sua vida, já que há um gasto de grande investimento dirigido ao sintoma.

2.2. Da clínica: a transferência

Através da clínica Freud percebeu que as amnésias “dos pacientes neuróticos possuem importante conexão com a origem de seus sintomas” (Freud, 1917[1916-17]b/2006, p. 290), mesmo nos casos dos pacientes obsessivos, cujo esquecimento não é total.

Recuperar a história e as lacunas deixadas pela amnésia implica, portanto, em vencer as resistências que se colocam no setting analítico a cada vez que o analista se aproxima mais do conflito psíquico. “Assim, fazemos o mesmo que tentamos inicialmente: interpretar, descobrir, comunicar” (Freud, 1917[1916-17]d/2006, p. 438).

Nesse momento, para Freud, a relação entre terapeuta e paciente se estabelece como uma repetição transferencial do complexo de Édipo recalcado. Fundamental para a instauração do trabalho analítico, a transferência, muitas vezes, se apresenta como uma forte resistência ao tratamento.

A transferência pode ser amorosa (positiva), ou hostil (negativa). Segundo Freud (1917[1916-17]d/2006), ela está presente desde o começo do tratamento, mas só passa a ser preocupante quando atua de forma negativa ao trabalho, quando, então, ela deve ser superada

[...] mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo,

obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos. (Freud, 1917[1916-17]d/2006, p. 444)

Ao trabalhar a transferência, o paciente e o analista deixam de elaborar os sintomas que fundamentaram a queixa inicial, que assumem agora novo sentido. A transferência precisa ser tratada como uma “neurose nova, artificial, equivalente a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento” (Freud, 1917[1916-17]d/2006, p. 445).

Segundo Freud, deve-se mostrar ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual, e que não se aplicam à pessoa do médico, pois, na verdade, são uma repetição.

3- O SINTOMA NA SEGUNDA TÓPICA (1920-1939)

A segunda tópica freudiana demonstra, segundo Ocariz (2005), que a vida psíquica possui “complexidades que a teoria psicanalítica não tinha conseguido apreender ainda” (Ocariz, 2005, p. 79). Recordar os fatos recalcados e interpretar o significado do sintoma neurótico não bastava. razão pela qual, mais uma vez, Freud avançou em sua teoria. Sob a perspectiva de uma dualidade pulsional, foi inaugurada a segunda tópica, na qual o sintoma se apresenta como fruto da tensão de três instâncias psíquicas: id, ego e superego.

3.1: Dualidade pulsional: a concepção de pulsão de morte

“O surgimento da vida seria, então, a causa da continuação da vida e também, ao mesmo tempo, do esforço no sentido da morte. E a própria vida seria um conflito e uma conciliação entre essas duas tendências” (Freud, 1923/2006, p. 53)

A dualidade pulsional e a noção de pulsão de morte, apresentadas em *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920/2006), culminaram em três movimentos: a nova proposta freudiana do reordenamento do aparelho psíquico, na obra *O ego e o Id* (Freud, 1923/2006); a reformulação da teoria sobre o masoquismo, em 1924; e a descrição sobre as tendências destrutivas/agressivas do homem em *o Mal estar da civilização* (Freud, 1930/2006).

Freud se questiona: se a tendência do psiquismo é evitar o desprazer, por qual razão a grande maioria dos processos psíquicos são fonte de desprazer? Quais seriam as circunstâncias que poderiam colocar o princípio de prazer fora de ação?

Até 1920, entendia-se que o funcionamento mental era orientado pelo princípio de prazer. Tal mecanismo de regulação da atividade psíquica, tem por objetivo evitar o desprazer e proporcionar prazer. “O aparelho psíquico é regido pela evitação ou evacuação de tensão desagradável”. (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 364-365).

Em termos econômicos/quantitativos, o aumento de tensão provoca a sensação de desprazer, enquanto a redução desta implica em obtenção de prazer. Quanto maior a descarga, menor a tensão e, portanto, maior a sensação de prazer.

Para Freud, estava claro que havia algo desagradável que se repetia nos sintomas, nos sonhos, na brincadeira das crianças. Ele captou compulsões que são verdadeiras exceções ao princípio do prazer³. O primeiro exemplo é o princípio da realidade; o segundo exemplo refere-se ao retorno do recalcado (que são as pulsões isoladas e afastadas pelo recalque, as quais retornam insistentemente em busca da satisfação, e que são sentidas como fontes de desprazer).

Outros exemplos estão presentes nas neuroses atuais, onde a análise psicanalítica percebe que o problema da repetição de sonhos traumáticos dos neuróticos de guerra estaria relacionado a um desejo de punição e de sofrimento, a uma tendência masoquista.

Ao observar seu neto brincando, Freud pôde notar que a repetição do jogo do *Fort da* (que consistia em lançar o dado ao longe pelo berço e puxar pela cordinha de volta) representava a repetição do afastamento da mãe (que provoca desprazer), revivido na forma ativa como um processo auxiliar da elaboração psíquica de sofrimento.

Freud (1920/2006) acredita que a repetição do desprazer tem um ganho de outra ordem. Assim, à compulsão a repetição foi atribuída a característica de representante da pulsão de morte, cujo objetivo atenderia ao princípio de Nirvana, uma busca de retorno ao estado de inatividade.

Ocariz (2003) explicita que “Existe uma tendência inconsciente do sujeito a repetir uma e outra vez a mesma situação penosa. Trata-se da compulsão à repetição de fracasso” (Ocariz, 2003, p. 85). Essas tendências estariam, como observou Freud (1920/2006), para além do princípio do prazer, pois não produzem prazer em nenhum dos sistemas psíquicos.

Na transferência, a repetição do complexo edípico recalcado do analisante não deverá encontrar prazer ou satisfação em seu analista. Até porque, ninguém será capaz de atender às demandas de um amor exclusivo, tal qual é pleiteado pelo homem.

Assim, suas observações o levaram (1920/2006) a distinguir duas espécies de pulsões⁴: “aqueles que procuram conduzir o que é vivo à morte, e os outros, os

³ O princípio de prazer pode ser enunciado como a “tendência a manter a quantidade de excitação tão baixa quanto possível, ou pelo menos constante” (Freud, 1920/2006, p. 18).

⁴ Embora estejamos utilizando a tradução da Editora Imago, que, como é sabido, traduziu *Trieb* por instinto, optamos pelo termo pulsão.

instintos sexuais, que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida” (Freud, 1920/2006, p. 57). Ambos possuem como objetivo restaurar um estado anterior.

Como o princípio do prazer objetiva liberar o aparelho mental de excitações, ou mantê-lo no nível mais baixo possível, ele aparece a serviço da pulsão de morte, já que implica o retorno à aquiescência do mundo inorgânico. “Todos nós já experimentamos como o maior prazer por nós atingível, o do ato sexual”, este “acha-se associado à extinção momentânea altamente intensificada” (Freud, 1920/2006, p. 73).

3.2- A desfusão pulsional

A questão da dualidade pulsional trouxe luz ao que antes não se compreendia. Freud (1923/2006) estipula, ainda que ele não entenda como isso ocorre, que, de alguma maneira, as duas pulsões estão fundidas. Isto nos remete à ideia de uma desfusão pulsional:

Percebemos que, para fins de descarga, o instinto de destruição é habitualmente colocado a serviço de Eros (...) a desfusão instintual e o surgimento pronunciado do instinto de morte exigem consideração específica entre os efeitos de algumas neuroses graves, tais como, as neuroses obsessivas. (Freud, 1923/2006, p. 54)

Notamos que, se, na primeira tópica, o componente do sintoma neurótico correspondia ao conflito entre os sistemas pcs-cs e ics, agora, ele se deve ao processo de desfusão. A ambivalência também é compreendida como fator disposicional da neurose e, para Freud (1923/2006), ela provavelmente demonstra uma fusão pulsional incompleta.

Não raro, nos diz Freud (1923/2006), ainda sobre a ambivalência, o neurótico transforma um sentimento de ódio dirigido a um objeto em amor, ou vice-versa, enquanto, no paranoico, a ligação afetiva homossexual faz do objeto amado um objeto persecutório. “Uma atitude ambivalente acha-se presente desde o início e a transformação é efetuada por meio de um deslocamento reativo de catexias, sendo a energia retirada do impulso erótico e adicionada ao hostil” (Freud, 1923/2006, p. 56)

A partir disso, Freud presumiu a existência de uma força deslocável e neutra (Eros dessexualizado, procedente de um estoque narcísico de libido), à qual poderá ser adicionado tanto um impulso erótico quanto um impulso destrutivo. Este fator

provocaria o aumento da catexia total, da qual o psiquismo tenta se liberar (atendendo ao princípio do prazer).

Freud (1923/2006) articula a possível vinculação entre as pulsões e as instâncias (ego, superego e id), e considera que a libido erótica do id pode ser dessexualizada e transformada em libido do ego. Esta, por sua vez, possuirá objetivos opostos a Eros. A sublimação, ou a dessexualização, implica em que o ego auxilie o id no seu trabalho e, assim, domine as tensões. Isso só é possível se imaginarmos que o ego recebeu parte do investimento libinal objetal erótico advindo do próprio id.

Bem no início, toda a libido está acumulada no id, enquanto que o ego ainda se acha em processo de formação ou ainda é fraco. O id envia parte dessa libido para catexias objetais eróticas; em consequência, o ego, agora tornado forte, tenta apoderar-se dessa libido do objeto e impor-se ao id como objeto amoroso. O narcisismo do ego, é, assim um narcisismo secundário, que foi retirado dos objetos (Freud, 1923, p. 58-59).

O superego, para Freud (1923), se encontra mais distante da consciência do que o ego, e deve ser considerado sob dois aspectos. Em primeiro lugar, pela identificação, quando o ego ainda era muito fraco. Em segundo lugar, como herdeiro do complexo de Édipo.

Embora ele seja acessível a todas as influências posteriores, preserva, não obstante, através de toda a vida, o caráter que lhe foi dado por sua derivação do complexo paterno – a saber, a capacidade de manter-se à parte do ego e dominá-lo. [...] Tal como a criança esteve um dia sob a compulsão de obedecer aos pais, assim o ego se submete ao imperativo categórico do seu superego. (Freud, 1923/2006, p. 61)

O sentimento de culpa, que surge como um fator “moral” e inconsciente – ligado ao superego, é capaz de impedir que um paciente abandone seu sintoma, posto que seu sofrimento funciona como uma punição. Desta forma, a culpa se coloca como um obstáculo ao tratamento analítico.

O paciente não fala de sua culpa, nada sabe sobre ela, apenas sobre seu sintoma. Fica explicitada a dificuldade de superar a resistência e de se libertar do sintoma, que a revela. Esse obstáculo, por ser inconsciente, não é fácil de ser superado. “Em verdade, pode ser precisamente este elemento da situação, a atitude do ideal do ego, que determina a gravidade de uma doença neurótica” (Freud, 1923/2006, p. 63)

Vale lembrar que Freud (1930[1929]/2006) fez uma analogia entre superego cultural e superego individual, ao afirmar que o homem, para dar conta de seu

desamparo, vive em sociedade, mas, em nome de sua cultura, abre mão de impulsos agressivos e sexuais, sendo essa a causa de sua infelicidade.

As regras sociais são exigências da cultura que, uma vez introjetadas, integram o superego do indivíduo. Este superego funciona como uma instancia censora que pune o homem pelos seus atos e por meros pensamentos contrários à cultura, o que pode criar um sentimento de culpa.

Por sua vez, esse sentimento de culpa, que será recalcado e deslocado, contribui para a formação do sintoma.

No decorrer de nosso trabalho analítico, descobrimos, para nossa surpresa, que talvez toda neurose oculte uma quota de sentimento inconsciente de culpa, o qual, por sua vez, fortifica os sintomas, fazendo uso deles como punição (Freud, 1930[1929]/2006, p. 141).

A culpa é uma variedade topográfica da ansiedade, coincide com o medo do superego e com a ansiedade presente em todo sintoma neurótico, de forma consciente ou não. Agora, parece plausível formular a seguinte proposição: “quando uma tendência instintiva experimenta a repressão, seus elementos libidinais são transformados em sintomas e seus componentes agressivos em sentimento de culpa” (Freud, 1930[1929]/2006, p. 141).

Nos pacientes histéricos, o ego, por ordem do superego, manterá a culpa inconsciente mediante o mecanismo de recalque⁵, enquanto na neurose obsessiva e na melancolia os sentimentos de inferioridade são bem conhecidos e o sentimento de culpa será consciente. Ocorre que, enquanto o neurótico obsessivo faz objeções à culpa, o melancólico aceita o castigo porque sente-se culpado.

Os instintos de morte são, em parte, desviados para o mundo externo sob a forma de agressividade. Outra parte deles torna-se inócua com a fusão com componentes eróticos, e uma terceira parte poderá permanecer interna. Para Freud, (1923/2006) os instintos de morte podem se reunir no superego do melancólico.

Como disse o psicanalista, “Quanto mais um homem controla sua agressividade, mais intensa se torna a inclinação de seu ideal à agressividade contra seu ego” (Freud, 1923/2006, p. 67). Tendo em vista que o superego tem como modelo o pai - pelo processo de identificação que implicou na dessexualização do objeto e na desfusão pulsional, o componente erótico se separa da agressividade. É aí que se forma a fonte da crueldade do superego.

⁵ A Editora Imago traduz como equivalentes recalque e repressão

De um lado, a pulsão agressiva, quando externalizada, atenta contra o processo civilizatório, mas conserva a vida do indivíduo. Contudo, a vida em sociedade faz com que o indivíduo devolva para si mesmo a agressividade.

O superego ordena a pulsão agressiva pela consciência da culpa atuando a favor da cultura, mas, ao fazê-lo, pune o ego. Nesse sentido, os sintomas neuróticos podem ser usados como punição

Para Freud, o homem, para viver em sociedade, abriu mão de suas satisfações pulsionais. Suas metas individuais são postas em segundo plano, em favor do coletivo, o que restringe para sempre seus desejos e sua felicidade. A renúncia pulsional é, portanto, a responsável pelo adoecimento neurótico, ao mesmo tempo em que é uma exigência para a vida em sociedade.

Os sintomas representariam um conflito psíquico necessário para a vida em sociedade. As exigências culturais implicam em renúncias pulsionais que adoecem os homens. A cada tempo, a cultura impõe determinadas exigências que correspondem a um quadro sintomatológico de sua população.

3.3- Formação do sintoma

Em Inibição Sintoma e Medo⁶, Freud (1925[1926]) afirma que, na linguagem comum, pode-se distinguir entre inibição e sintoma. A inibição nem sempre é patológica, e configura uma redução da função do ego. Enquanto o sintoma, de caráter sempre patológico, implica na modificação incomum, ou em um novo desempenho da função do ego⁷. Na inibição pura, há o afastamento da libido que pode provocar, na função do ego, a saber: a piora do seu funcionamento; o seu desvio de metas; a sua evitação; e a sua anulação.

A retirada da libido pode provocar inibições, tais quais: a perda do apetite; a debilidade de locomoção; a redução da capacidade para o trabalho, etc. Nesse sentido, pode se conceituar a inibição como a “expressão de uma restrição funcional do eu, que, por sua vez, pode ter causas muito diversas” (Freud, 1925[1926]/2016, p 45).

⁶ Tradução L&PM: *angst* = medo; Tradução Imago: *angst* = ansiedade do inglês *anxiety*; Traduções Lacanianas= *angst*= angustia

⁷ Embora a tradução L&PM, adote eu, isso e superego, usaremos ego, id e superego.

A análise mostra que não só a retirada da libido pode provocar a restrição funcional do ego, mas também o aumento da erogeneidade em um órgão específico, ao qual se atribui um significado simbólico, como, por exemplo:

Quando a escrita, que consiste em fazer o líquido de um tubo fluir sobre um pedaço de papel branco, assumiu o significado simbólico do coito ou quando o caminhar se tornou o substituto simbólico de pisotear o corpo da Mãe-terra, então as duas coisas, escrever e caminhar, são abandonadas, pois é como se a pessoa praticasse a ação sexual proibida. (Freud, 1925[1926]/2016, p.)

Neste texto de 1925, diferentemente da inibição, “o sintoma não pode mais ser descrito como um processo no eu ou que atua sobre o eu” (Freud, 1925[1926]/2016, p. 47). Devemos entender o sintoma como um substituto de uma satisfação pulsional.

A origem do recalque pode estar tanto no ego quanto no superego. Este mecanismo impede que uma moção pulsional desagradável se torne consciente. Pode acontecer de o recalque do fluxo excitatório, pretendido pelo id, seja completamente desviado. Freud (1925[1926]/2016) acredita que essa força do ego decorra de sua relação com o sistema perceptivo e responda diretamente ao princípio do prazer.

Gostamos muito de imaginar o eu impotente frente ao isso, mas, quando ele se opõe a um processo impulsional no isso, basta ele dar apenas um sinal de desprazer para alcançar seu propósito com a ajuda da instância quase onipotente do princípio de prazer (Freud, 1925[1926]/2016, p. 50)

A proposta de uma defesa psíquica, apresentada pelo pai da psicanálise, é análoga as defesas do ego postas contra estímulos externos. Ou seja, tal ação consiste em esquivar-se do perigo, assim, “o recalque é equivalente a tal tentativa de fuga. O ego retira o investimento (pré-consciente) do representante impulsional a ser recalqueado e o emprega da liberação de desprazer (de medo)” (Freud, 1925[1926]/2016, p. 51).

Nesse momento, a antiga concepção de que a energia de investimento da moção recalçada se transforma em medo, automaticamente, é alterada para a ideia do medo como a reprodução de uma imagem mnêmica. Ou seja, vivências traumáticas antigas são despertadas neste processo. O nascimento, para Freud (1925[1926]/2016), não deve ser superestimado como fator traumático para a vida psíquica.

No trabalho analítico, Freud observou que os recalcamientos primordiais (delimitados pela precipitação do superego) exerciam atração sobre as situações novas – recalcamientos posteriores, em resposta a estímulos internos percebidos como desagradáveis.

Quando o eu, pelo emprego do sinal de desprazer, atinge seu propósito de reprimir totalmente a moção impulsional, nada ficamos sabendo sobre a maneira como isso acontece. Aprendemos apenas com os casos que cabe definir como recalcamientos mais ou menos fracassados (Freud, 1925[1926]/2016, p. 54)

O sintoma é um substituto, atrofiado, deslocado, inibido, a tal ponto que não mais se reconhece como satisfação da moção impulsional. Ele não provoca prazer, não permite motilidade, não converte em ação, tanto que se esgota na modificação do próprio corpo. De acordo com Freud, “No recalcamiento, o eu trabalha sob a influência da realidade externa e, por isso, isola dessa realidade o resultado do processo substitutivo” (Freud, 1925[1926]/2016, p. 54).

Podemos dizer que o recalque foi bem-sucedido quando a parte recalcada fica isolada e nada mais se sabe sobre referida moção impulsional. Isto demonstra, em certo sentido, a força do ego perante o id, enquanto o sintoma testemunha a sua impotência. Todos os sintomas e seus derivados gozam de uma existência fora e independente da organização do ego.

Uma comparação que há muito nos é familiar considera o sintoma como um corpo estranho que sem cessar alimenta fenômenos de estímulo e de reação no tecido em que se introduziu. É verdade que acontece de a luta defensiva contra a moção impulsional desagradável ser encerrada pela formação de sintomas; até onde vemos, isso é facilmente possível na conversão histérica. [...] Após o primeiro ato de recalcamiento, segue-se um longo ou interminável epílogo; a luta contra a moção impulsional encontra sua continuação na luta contra o sintoma. (Freud, 1925[1926]/2016, p. 58)

Não devemos pensar no recalcamiento como um recurso isolado, mas como um movimento que exige um gasto constante de defesa do ego para mantê-lo em isolamento, perceptível no processo de análise como resistência. A chamada luta defensiva secundária implica no ego buscar a restauração e a unificação. O seu objetivo é tirar o sintoma do estado de isolamento e de estranhamento, ligando todos os seus componentes

Um exemplo clássico disso são aqueles sintomas histéricos que se tornaram transparentes para nós como compromisso entre as necessidades de satisfação e de punição. Como cumprimentos de

uma exigência do supereu, tais sintomas de antemão participam do eu, enquanto por outro lado significam posições e pontos de invasão do recalcado na organização do eu; são, por assim dizer, estações de fronteira com ocupação mista (Freud, 1925[1926]/2016, p. 59)

Em outras palavras, o poder de síntese do ego tentará se familiarizar com o sintoma, se adaptar a ponto de se tornar imprescindível. Nos casos da neurose obsessiva, e nos de paranoia, o sintoma pode trazer ao paciente não uma vantagem, mas uma satisfação narcísica.

As formações sistemáticas dos neuróticos obsessivos lisonjeiam seu amor-próprio através da ilusão de que são melhores que as outras pessoas por serem especialmente limpos ou conscienciosos; as formações delirantes da paranoia abrem à perspicácia e à fantasia desses pacientes um campo de atividade que não pode ser facilmente substituído. De todas as relações mencionadas, resulta o que nos é conhecido como o ganho (secundário) da doença, próprio da neurose. (Freud, 1925[1926]/2016, p. 61)

Este ganho secundário seria um reforço para a fixação do sintoma. As resistências são estabelecidas para manter os laços de conciliação entre o ego e o sintoma. Daí resulta um dos motivos da permanência deste. “A resistência pressupõe o que chamei de contrainvestimento. Tal contrainvestimento torna-se palpável na neurose obsessiva” (Freud, 1925[1926]/2016, p. 146).

No neurótico obsessivo, a resistência aparece como formação reativa no ego, como um reforço oposto à orientação impulsional de forma exagerada e generalizada. No caso da histérica, a formação reativa não é geral. “A situação inicial da neurose obsessiva decerto não é diferente daquela da histeria, a necessária defesa contra as exigências libidinais do complexo de Édipo” (Freud, 1925[1926]/2016, p. 82)

Num primeiro momento, subentendia-se o medo como oriundo de uma libido recalcada; ou como fruto de uma excitação sexual que foi fortemente inibida. Porém, Freud (1925[1926]) observou que o inverso também pode ocorrer, ou seja, o medo como a condição da formação do recalco de uma moção impulsional.

Para a concepção anterior era natural considerar a libido da moção impulsional recalcada como fonte do medo; segundo a mais nova, é o eu que deveria antes responder por esse medo. Portanto, medo próprio do eu ou medo impulsional (própria do isso). Visto que o eu trabalha com energia dessexualizada, na inovação também se afrouxou a íntima conexão entre medo e libido (Freud, 1925[1926]/2016, p. 151)

Para a psicanálise, o medo é um estado afetivo, desprazeroso, que provoca sensação física, como alterações respiratórias e cardíacas. Em outras palavras, é “um estado desprazeroso particular com ações de descarga por vias determinadas” (Freud, 1925[1926]/2016, p. 111), que leva a um aumento de excitação, o qual pode ter como modelo o processo de nascimento. É produzido diante de ameaças, situações de perigo, ou mesmo de forma involuntária e automática.

Após o desenvolvimento da série medo-perigo-desamparo (trauma) podemos resumir: a situação de perigo é a situação de desamparo reconhecida, recordada, aguardada. O medo é a reação original ao desamparo no trauma, que então é reproduzida mais tarde na situação de perigo como sinal de socorro. (Freud, 1925[1926]/2016, p. 160).

O medo sentido sempre remonta um trauma passivo sofrido na primeira infância. Ocorre que ele não estará presente em todas as neuroses, por exemplo, está muito presente nos casos de fobia, mas estará totalmente ausente nos de histeria de conversão.

Ocorre que nem todas reações de medo são neuróticas, nos lembra Freud (1925[1926]/2016), fato que o fez distinguir o medo decorrente de um perigo real e conhecido do medo neurótico (perigo não conhecido). Vemos:

O perigo neurótico precisa portanto ser primeiro buscado; a análise nos ensinou que ele é um perigo impulsional. Ao trazer-mos à consciência esse perigo desconhecido para o eu, apagamos a diferença entre o medo real e neurótico; podemos tratar o último como tratamos o primeiro. (Freud, (1925[1926]/2016), p. 158)

A compreensão do medo levará Freud (1925[1926]/2016) a retomar o conceito de defesa, sendo o recalçamento apenas uma das técnicas possíveis utilizadas pelo ego contra os conflitos que levam à neurose. O recalçamento, nos histéricos, conduz à amnésia do fato traumático. Isso não ocorre na neurose obsessiva, onde os acontecimentos não são esquecidos, mas “isolados”, além de se observar a regressão das moções impulsionalis a uma fase anterior da libido e uma força de contrainvestimento.

Essas experiências são razão suficiente para reintroduzir o velho conceito de defesa, que pode abranger todos esses processos de igual tendência – proteção do eu contra exigências impulsionalis – e, subsumir-lhe o recalçamento como um caso especial. É bem possível que antes da nítida separação entre o eu e isso, antes da formação do supereu, o aparelho psíquico pratique métodos de defesa diferentes dos praticados após atingir esses níveis de organização. (Freud, (1925[1926]/2016, p. 157)

Entendemos, então, quando Freud discorre sobre o temor da castração, que o medo é o motor para a organização neurótica. O complexo de castração é o referente central de todos os sintomas. Ocariz elucida que “Cada organização clínica neurótica (histeria, neurose obsessiva, fobia) utilizará mecanismos de defesa diferentes para enfrentar a angústia de castração” (Ocariz, 2003, p. 91).

Os sintomas se formam para evitar o medo (ou a angustia, dependendo da tradução adotada), fruto do mecanismo de repressão da pulsão, a qual se torna necessária frente ao perigo da castração.

Ocariz (2003) apresenta que, a partir de “Inibição, sintoma e angústia, o sintoma, assim como todas as estruturas psicopatológicas, situam-se em relação à castração da mãe e à cena primária” (Ocariz, 2003, p. 93), na angustia fundada na separação da mãe e na sensação de desamparo que esse momento instaura, em função da imaturidade do ego.

O recalque primário não é uma contingência da biografia, não é por acaso, é o que funda o aparelho psíquico, o “ser sujeito” do ser humano. Hoje em dia, falamos de patologias relacionadas com percalços neste momento tão precoce do desenvolvimento da criança (autismo, psicose infantil, anorexias graves, fenômenos psicossomáticos). Os primeiros seis meses de vida são muito importantes na constituição das molas básicas que vão dar funcionamento ao psiquismo humano (Ocariz, 2003, p. 94).

4. Conclusão

Investigamos, neste trabalho, o conceito de sintoma na obra de Freud. Observamos suas hipóteses sobre a formação dos mecanismos metapsicológicos, bem como sobre a técnica de análise proposta que partiu da ideia de cura, com a finalidade de uma melhora da condição do sofrimento neurótico.

Sigmund Freud nos apresentou os sintomas característicos de sua época, e nos mostrou, em seus trabalhos ditos “sociais”, que os sintomas mudam e se intensificam de acordo com a época.

Toda sua teoria busca dar conta das psiconeuroses histérica e obsessiva, da fobia e da paranoia, diferente das demandas contemporâneas. Isso nos faz questionar: como o trabalho analítico pode avançar hoje? Quais sintomas estão presentes em nossa clínica, e como a transferência poderá dar conta disso? Como lidar com o sofrimento psíquico da atualidade?

Ocariz (2003) nos convida a repensar a dimensão terapêutica da análise, e também seus limites, pois a resistência e a satisfação compulsiva dos sintomas sempre estão presentes no processo; bem como a condição subversiva, própria da psicanálise, que não coincide com as convenções sociais e culturais padronizadas.

O sintoma, já de início, coloca-nos no campo da clínica psicanalítica: é tudo que molesta, incomoda, provoca desprazer e dor, razão pela qual as pessoas consultam os psicanalistas (...) o sintoma é sinal que algo não está funcionando. Mas ele não é só patológico; não é apenas fonte de sofrimento: pode ser uma saída na saúde que garanta certa ordem no sujeito, sua constituição é inevitável e necessária para o funcionamento do psiquismo humano. (Ocariz, 2014, p. 59-60)

O sintoma como conflito, como satisfação pulsional, está presente em todo ser humano. Dele não nos desfazemos, mas podemos substituí-lo, transformá-lo em um estado menos nocivo, que nos traga menor sofrimento por sabermos nos relacionar com ele.

Há um ponto de impossível a que chega toda análise. Esse ponto obriga um sujeito a inventar uma solução para seu próprio incurável, o incurável próprio de cada um. É uma solução que não é codificada, que não responde a nenhum padrão de saúde ou de doença. (Ocariz, 2014, p. 38)

A clínica psicanalítica não visa a supressão do sintoma, mas a expectativa do psicanalista é de transformá-lo para torná-lo mais suportável ao seu paciente. Freud

tratou os sintomas característicos da cultura de sua época, abrindo o caminho da psicanálise. Reconhecer seu percurso se faz imprescindível para pensarmos na psicanálise hoje.

A contemporaneidade apresenta seus próprios sintomas, mudanças subjetivas que exigem um pensar e um repensar sobre a clínica e sobre suas possibilidades de intervenções, o que será, para nós, objeto de uma próxima pesquisa.

Referência bibliográfica

CECCARELLI, P. R.. Sexualidade e preconceito. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 18-37, Setembro, 2000. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142000000300018&lng=en&nrm=iso. (Acesso: 9 de novembro de 2018).

FERRAZ, F. C. *Tempo e Ato na perversão*. São Paulo: Casa do Psicólogo (2005). p. 71-96.

FREUD, S. (1886[1956]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1888) Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1889) Caso 2 – Sra. Emmy Von N, in Estudos Sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1892) Esboço B. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1892a) Esboço C. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1893) Comunicação Preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1893a) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1894) As neuropsicoses de defesa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1895) A psicoterapia da Histeria (Freud) in Breuer, J. e Freud, S., Estudos sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1896) Rascunho K. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1896a) Observações adicionais sobre as neuroses de defesa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1896b) A etiologia da histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1897) Carta 69 datada de 21 de setembro de 1897. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1900) A interpretação dos Sonhos (II). In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917[1916-17]a) O sentido dos Sintomas. In: Teoria Geral das Neuroses, Conferência XVII. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917[1916-17]b) Fixação em traumas - Inconsciente. In: Teoria Geral das Neuroses, Conferência XVIII. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917[1916-17]c) Os caminhos da formação do sintoma. In: Teoria Geral das Neuroses, Conferência XXIII. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917[1916-17]d) Transferência. In: Teoria Geral das Neuroses, Conferência XXVII. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1919) Uma criança é espancada. Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1920) Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1923) O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1925[1926]) Inibição, Sintoma e Medo; Tradução Renato Zwick; revisão técnica e prefácio de Márcio Seligmann-Silva; ensaio biobibliográfico de Paulo Endo, Edson Sousa. – 1. Ed. – Porto Alegre, RS: L& PM, 2016

_____ (1930) Mal estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

OCARIZ, M. C. *O sintoma e a clínica psicanalítica – O curável e o que não tem cura*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria Ltda, 2003.

OCARIZ, M. C. *Sintoma*. In Coleção Clínica psicanalítica dirigida por Flávio Carvalho Ferraz). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.