



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

INÊS MARIA DE OLIVEIRA REIS

**OS SENTIDOS DO ADOECER:
REFAZENDO O PERCURSO FREUDIANO.**

FORTALEZA

2008

INÊS MARIA DE OLIVEIRA REIS

**OS SENTIDOS DO ADOECER:
REFAZENDO O PERCURSO FREUDIANO**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, Área de Concentração: Psicologia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Vieira Lage.

FORTALEZA

2008

INÊS MARIA DE OLIVEIRA REIS

OS SENTIDOS DO ADOECER:

REFAZENDO O PERCURSO FREUDIANO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, Área de Concentração: Psicologia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

APROVADA EM: __ / __ / __

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Ana Maria Vieira Lage (orientadora)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Professora Dra. Leônia Cavalcante Teixeira

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Professor Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas

Universidade Federal do Ceará – UFC

AGRADECIMENTOS

O tempo do agradecimento é um espaço que deve existir no ato da consciência daquilo que se elaborou, criou-se e se fez presente quando da finalização de um trabalho de caráter científico. Assim, o agradecer é, a um só, tempo momento de gratificação e reconhecimento pela participação de orientadores e professores que vieram somar para a existência desta dissertação de mestrado.

Agradeço primeiramente a minha orientadora, professora Dra. Ana Maria Vieira Lage, pela conduta disciplinadora e pelo ensinamento, não somente de caráter científico, nas orientações recebidas em todo o percurso do trabalho, como pela forma de repassar todo um conhecimento adquirido nos anos de dedicação à universidade.

Creio que seja uma menção honrosa estendê-los a todo o corpo docente que compôs o programa de pós-graduação do mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

A banca examinadora está composta, além da orientadora, pelos honrosos professores Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas, que demonstra uma lapidação do conhecimento científico de forma tão valiosa e que se torna raro hodiernamente, professor de trato genuíno que transmite o saber para o aluno de forma completa sem restringi-lo a uma vaidade humana; pela professora Dra. Leônia Cavalcante Teixeira, que expressou possibilidade de uma aprendizagem na esfera do possível principalmente quando se trata de um conhecimento tão apurado em relação aos pressupostos psicanalíticos.

Gostaria de mencionar outra professora que permitiu os primeiros passos nos caminhos da aprendizagem científica, de quem guardo bastante estima, pois também me repassou o saber sem reservas, sem formas diminutas. Ela me orientou quando do curso de pós-graduação em Psicodiagnóstico Infantil. Trata-se da professora

Dra. Regina Célia Esteves que, desde os tempos de graduação, estimulou-me em busca de largos passos.

Menção de louvor recebe o professor mestre Felipe Filho, que realizou uma análise técnica da gramática portuguesa, permitindo-me uma segurança maior, uma maior preparação para a exposição de um trabalho com a qualidade de sintaxe preservada.

Louvo ainda a Dra. Márcia Holanda pelos estímulos, pela sensibilidade e crença no outro, enquanto crescimento e espaço de mudanças; a Dra. Cláudia Brito, que compartilhou minhas inquietações no labor da profissão; a Dra. Suely Barreto, pela capacidade primordial de ensinar a construção de um texto de maneira clarificadora e científica. A todos que me permitiram a experiência deste momento, não somente de caráter científico, mas principalmente de conhecimento dos valores éticos e estéticos que compõem a condição humana, sou-lhes grato.

RESUMO

Ao tomar referência à abordagem psicanalítica, esta pesquisa se propõe a uma revisão bibliográfica sobre Os Sentidos do Adoecer: refazendo o percurso freudiano, escolhendo como objetivos investigar os sentidos, os mecanismos e as manifestações envolvidas no âmbito do adoecer psíquico. A metodologia baseia-se numa pesquisa qualitativa feita através de uma análise de conteúdo de um total de 75 resumos selecionados. Buscam-se, em cada resumo, os significados de conteúdo; escolhem-se dez áreas temáticas articuladas: Adoecer, Pulsão, Vida/Morte, Dor/Sufrimento, Perdas/Luto, Sintoma, Trauma, Narcisismo, Compulsão à repetição, Corpo, priorizando-se quatro dessas áreas que apresentam uma ligação maior com o estudo, quais sejam: Adoecer, Pulsão, Sintoma e Corpo. A pesquisa aponta a relação do adoecer psíquico com o “represamento da libido”, refletindo a existência do mecanismo de adoecimento e da formação do sintoma. O processo de adoecimento envolve uma dessexualização das funções egóicas (as de autopreservação e as pulsões libidinais), além de ocorrer também uma vivência defusional das pulsões de vida e de morte, tendo as pulsões parciais como conseqüências dessa fragmentação. Os destinos das pulsões sugerem uma ligação com o adoecimento psíquico, provocando manifestações patológicas como as neuroses traumáticas, os fenômenos da compulsão à repetição, a força das resistências, a presença dos conteúdos neuróticos e seus estados mórbidos de sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Adoecer. Corpo. Psicanálise. Pulsão. Sofrimento.

FORTALEZA

2008

ABSTRACT

By referring to a psychoanalytic approach, this research proposes a bibliographic review about the signs of sickness: remaking the Freud investigation, choosing as goals to investigate the meanings of psychological diseases, their mechanisms and psychological manifestations involved in the scope of neurotic diseases. The methodology is based on a qualitative research done by the analysis of content of a total of 75 selected summaries. In each of these summaries, the meanings of the content are researched. Ten articulated areas were chosen: sickness, pulsion, life/death, pain/suffering, loss/mourning, symptom, trauma, narcissism, compulsion to repetition, body, being emphasized the following areas: sickness, pulsion, symptom and body. The research points out the relation between the psychological sickness and the oppression of the lust, reflecting the existence of the mechanism of sickness and the formation of the symptom. The process of sickness involves a lack of sexual desire, and also a misfunction in the living of the pulsions of life and death, and this fragmentation leads to partial pulsions. The destinies of the pulsions suggest a connection with the psychological sickness, causing pathological manifestations like traumatic neurosis, compulsion to repetition, force of resistences, neurotic contents and their state of morbid suffering.

KEY WORDS: Sickness. Body. Pulsion. Psychoanalysis.

FORTALEZA

2008

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	i
SUMÁRIO.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
1 - INTRODUÇÃO	07
2 – OBJETIVOS.....	11
3 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 A HISTÓRIA DO ADOECER: PRIMEIRAS CONSTRUÇÕES FREUDIANAS.....	12
3.1.1 O adoecer e as vivências traumáticas.....	21
3.1.2 Os modos de adoecer.....	27
3.2 OS DESTINOS DA PULSÃO NA TEORIA PSICANALÍTICA.....	35
3.2.1 A pulsão sexual: percursos da perversão nos quadros neuróticos.....	41
3.2.2 A sexualidade infantil: os passos da pulsão sexual.....	48
3.2.3 As pulsões e os princípios do desenvolvimento psíquico.....	56
3.2.4 O aparelho psíquico: fusão e desfusão das pulsões.....	59
3.2.5 As manifestações da pulsão.....	66

4 - METODOLOGIA.....	82
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	82
4.2 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADO.....	84
4.2.1 Busca geral dos artigos indexados.....	84
4.2.2 Localização dos resumos de acordo com critérios.....	86
4.2.3 Separação dos resumos para estudo dos seus significados de conteúdo	87
5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	90
5.1 ÁREA TEMÁTICA: ADOECER.....	90
5.1.1 O adoecer e sua relação com o aparelho psíquico.....	93
5.2 ÁREA TEMÁTICA: PULSÕES.....	94
5.2.1 A fixação da libido.....	94
5.2.2 A fusão pulsional: discriminações e identificações do ego.....	96
5.3 ÁREA TEMÁTICA: SINTOMA.....	98
5.3.1 As novas patologias e os novos sintomas do sofrimento.....	98
5.4 ÁREA TEMÁTICA: CORPO.....	101
5.4.1 O masoquismo.....	102
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS.....	110

ANEXOS

A - Apresentação dos Quadros.....	113
Quadro V – Área Temática: adoecer.....	113
Quadro VI – Área Temática: pulsão.....	115
Quadro VII – Área Temática: vida/morte.....	121
Quadro VIII – Área Temática: dor/sofrimento	123
Quadro IX – Área Temática: perdas/luto.....	127
Quadro X – Área Temática: sintoma.....	129
Quadro XI – Área Temática: trauma.....	132
Quadro XII – Área Temática: narcisismo.....	133
Quadro XIII – Área Temática: compulsão à repetição.....	136
Quadro XIV – Área Temática: orpo.....	137

1. INTRODUÇÃO

Os sentidos do adoecer e sua relação com as pulsões de vida e de morte são o tema a ser abordado neste estudo, destacando-se o adoecimento como ponto de partida para possibilitar conhecer o que pode advir desta condição e a relação que o sujeito virá a manter com as próprias pulsões de vida e de morte que o permeiam. Esse estudo pautar-se-á em trabalhos teóricos recentes que mostrem que constructos estão envolvidos no adoecer e como se dá a participação dos processos inconscientes nesse contexto. Um fator determinante na escolha do tema foi a necessidade de compreender os sentidos do adoecimento e suas repercussões na psique do paciente enquanto sujeito de pulsões.

A pesquisa busca compreender as manifestações no contexto do adoecimento, investigando as relações e os mecanismos psíquicos do sujeito envolvidos face ao seu adoecer. Sendo as pulsões de vida e de morte duas dimensões intrínsecas à condição humana, vale uma reflexão de como ocorrem essas pulsões no adoecimento. Tais reflexões necessitam de uma abordagem da própria psicodinâmica do indivíduo, daí uma busca dos referenciais psicanalíticos para assegurar uma base conceitual e teórica do tema em estudo.

Assim, essa pesquisa bibliográfica procura investigar o que apontam os estudos sobre o adoecer a partir das contribuições da psicanálise. O interesse nesse estudo é de compreender os mecanismos psíquicos que envolvem a doença e o modo de adoecer, as manifestações das pulsões de vida e morte bem como as repercussões que estas assumem diante do adoecimento. O adoecer e suas pulsões constituem um fenômeno intrínseco ao existir humano, fazendo-se presente em seu cotidiano de diversas formas, o que justifica a ênfase da pesquisa no tema afim.

O referencial teórico aborda inicialmente a História do adoecer e as suas Primeiras Construções Freudianas: as noções da doença ligada ao mítico, ao religioso e aos preceitos da mitologia. Com Hipócrates, ocorre o nascimento da medicina pautada numa metodologia científica da observação, que alcança um valor para as ciências numa

abordagem mais generalista, inaugurando o estudo da pessoa humana em sua dimensão biopsicossocial.

A história subjetiva do sujeito é considerada na avaliação médica do doente, o que favorece uma compreensão da doença na sua relação com o doente e sua singularidade. As manifestações subjetivas sofrem um novo corte epistêmico com as investigações psicanalíticas de Freud. O estudo da psicopatologia não se restringe mais a uma avaliação clínica da doença nas normas do anátomo-fisiológico. A inserção do conceito de subjetividade e o advento da dimensão psíquica propiciam uma mudança de paradigmas e intervenções diferentes na prática médica e psicológica.

O processo de adoecimento com a releitura freudiana dos processos psíquicos faz surgir a definição do “corpo imaginário” das manifestações histéricas, trazendo os conflitos psíquicos na forma de conversões e somatizações histéricas. A leitura da doença não é mais numa dimensão de um corpo biológico, mas de um novo corpo descoberto pela psicanálise, um corpo da subjetividade, dos traumas psíquicos experienciados no mal-estar do corpo, na vazão dos sintomas emocionais. A mudança do conceito do trauma psíquico não é mais associada a contingências externas, mas a acontecimentos internos, influenciados pela psicodinâmica do sujeito.

O segundo momento teórico aborda Os Destinos da Pulsão na Teoria Psicanalítica: a pulsão compreendida como um “conceito-limite” entre o psíquico e o somático, espaço da representação, o lugar da inscrição psíquica, da linguagem psíquica; aborda relação do adoecimento psíquico com a pulsão de morte, com a pulsão que não se satisfaz. Quando da reformulação da teoria das pulsões, Freud (1920) menciona a tendência dessa pulsão a buscar o estado anterior do Eu, ao estado inorgânico das coisas.

O surgimento do sintoma psíquico permitiu a descoberta do inconsciente nos processos mentais e uma leitura dos fenômenos mentais numa dimensão do simbólico. Outro tópico enfatizado é: A pulsão sexual: percursos da perversão nos quadros neuróticos. A relevância deste tópico traz as idéias em Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade (1905), a formação do objeto sexual, sua meta e seus alvos em busca da satisfação sexual: os desvios sofridos, as inversões e a escolha dos objetos

sexuais relacionada ao desenvolvimento libidinal; o papel das perversões da pulsão sexual nos neuróticos e a fusão e a defusão das pulsões nesse processo; as zonas erógenas e a conduta da perversão; a sexualidade infantil e as pulsões sexuais das fases pré-genitais à fase genital, indicando a organização sexual.

Detalham-se aspectos referentes às pulsões e os princípios do desenvolvimento psíquico: o princípio da realidade na constituição do aparelho psíquico; o neurótico e o conflito entre os seus desejos infantis e as demandas da realidade interna e externa. Detalha-se o aparelho psíquico: fusão e defusão das pulsões e a evolução da segunda tópica (Ego, Id e Superego) na estruturação psíquica; as manifestações da pulsão: o sujeito e suas pulsões abordam sobre a diferença entre estímulos e instintos; os destinos pulsionais e sua participação no desenvolvimento do ego.

O ego e suas relações com as pulsões constituem uma discussão sobre a evolução do aparelho psíquico, os sistemas psíquicos e a representação do ego diante de seus processos de catexia e identificação frente ao mundo real e às solicitações do id e do superego. Após uma apresentação teórica sobre o tema, segue-se outro momento, que é o da Metodologia. O referencial metodológico aplicado apresenta como parâmetro uma pesquisa qualitativa em que a técnica aplicada foi uma análise de conteúdo. O método utilizado baseia-se na busca de categorias temáticas, havendo os dados da pesquisa, após coleta, passado por uma análise e organização deles em temas ou áreas temáticas que possibilitassem síntese e articulação do objeto de estudo proposto.

As áreas temáticas selecionadas foram: Adoecer, Pulsão, Vida/Morte, Dor/Sufrimento, Perdas/Luto, Sintoma, Trauma, Narcisismo, Compulsão à repetição e Corpo. Em cada resumo, tomaram-se como referência os significados de conteúdos que tivessem articulação com o tema em estudo, o que possibilitou a classificação dos 75 resumos escolhidos seguindo o critério de excelentes, ótimos e regulares em que apontassem as temáticas pré-selecionadas ou mostrassem em seu corpo de resumos conteúdos relacionados ao tema.

Para a Análise e Discussão dos significados dos conteúdos mais representativos encontrados no trabalho e suas associações com os sentidos do adoecer,

selecionaram-se, das dez áreas temáticas, quatro, dentre as mais representativas em que houvesse uma maior repercussão dos conteúdos sobre o adoecer. As áreas escolhidas foram: Adoecer, Sintoma, Pulsão e Corpo, dando mais aprofundamento a tais temas, investigando os possíveis conteúdos psíquicos que envolvessem a doença e suas repercussões no psiquismo.

As Considerações Finais revelam os aspectos relevantes da pesquisa no âmbito de demonstrar o que a literatura aponta para tal temática, os conceitos psicanalíticos mais proeminentes e, principalmente, os sentidos do adoecer na psicodinâmica do sujeito. Ainda, se expõe a participação do aparelho mental e suas forças pulsionais na estruturação mental do indivíduo, objetivando a elaboração dos seus conflitos psíquicos, entrelaçados a dinâmicas neuróticas ou perversas.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral: Compreender o processo de adoecimento e suas relações com a pulsão de vida e a pulsão de morte.

2.2 Específicos:

- Investigar o que a literatura aponta sobre o adoecer e suas pulsões;
- Identificar os processos psíquicos, as manifestações psíquicas envolvidas no contexto do adoecimento e suas relações com as pulsões de vida e de morte;
- Compreender o adoecimento a partir de uma perspectiva psicanalítica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1A HISTÓRIA DO ADOECER: PRIMEIRAS CONSTRUÇÕES FREUDIANAS

Ao longo da história, o adoecer passa por diversas formas de compreensão. Nos primórdios da história, a doença e o seu adoecer eram vistos numa perspectiva religiosa, depois cristã, em que o mítico assumia todas as vertentes do que viesse a suceder com aquele organismo acometido por uma doença ou um estado mórbido.

A história e o seu contar evolutivo nos deparam frente à cultura grega, quando, com a “aparição” dos pensadores e o advento da filosofia, nasce a ética e, com ela, a possibilidade de entender o adoecimento dentro de uma dimensão da cultura. A partir desta dimensão, o homem é visualizado além do corporal e, sobretudo, em seu aspecto anímico. Para tanto, foi necessário um “corte epistemológico” da natureza humana tratada dentro de um valor mitológico. É o nascimento da nova “humana natura”, a nova relação com o adoecer e a aparição da condição terapêutica.

Assim, quem inaugura essa Era Moderna, quando seu nome permeia até nossos espaços contemporâneos regidos por infinitas tecnologias, a chamada era “high-tech”, é o “pai da medicina moderna”, Hipócrates, que apresenta o homem portador de um corpo, de uma alma; nele, a doença faz parte de mecanismo complexo em que depende de sua funcionalidade, da regulação de um organismo enquanto manifestação psico-orgânica. A grande formulação deste pensador, Hipócrates, foi marcar o espírito científico com o chamado “rigor científico” da ciência e, juntamente com ela, a existência do humanismo.

Supera-se o arcaico conceito da doença em seu aspecto descritivo, em que o nosológico se nomeava o “início e o fim” do entendimento da ciência; e nada mais poderia ser mais importante para o conhecimento científico que uma visão da ciência mergulhada num pensamento dedutivo. A doença não se remeteria mais ao aspecto puramente cartesiano, por que o homem se restringia ao anátomo-fisiológico. O que

colaborou com toda essa mudança, iniciada com Hipócrates, foi o conceito das ciências enquanto espaço de pesquisa, de observação clínica, quando a história do paciente faz jus a sua singularidade, história subjetiva.

Outro pensador que trouxe um novo paradigma para o conhecimento foi Kant. Para ele, o corpo e o espírito mantêm influências mútuas. Não convém esquecer que, na história da doença, houve um distanciamento do paciente na sua dimensão subjetiva, de sua escuta, havendo um menosprezo da doença dentro dessa esfera do conhecer. É vital lembrar-se que, com o advento do século XIX, veio a psicossomática, que permitiu compreender a doença em sua manifestação subjetiva, o que facilitou uma propedêutica do emocional, do psíquico enquanto parte da natureza humana. Nasceram, nesse instante, os conceitos de corpo físico x corpo imaginário, este enquanto norteador da subjetividade humana.

Após a superação desses ditames éticos e filosóficos da construção do conhecimento científico da doença e seus diversos percursos na história, surge na era vitoriana, a figura do pensador Freud e o seu conhecer, perpassando gerações. Freud na compreensão das psicopatologias e, conseqüentemente da história da doença, refere-se a três modelos de patologia. Segundo Silva Júnior (2000), um primeiro período da história das patologias trata as “psicopato” dentro de uma idéia de uma cura; e o modelo que se busca é o do reestabelecimento, em que a saúde precisa ser resgatada. Nesse resgate, a idéia da catarse faz-se primeva; era o “mal psicológico” que deveria ser banido. Para este autor, na evolução desse conceito de cura, necessitaria ser compreendida enquanto uma “transformação interior” do patológico; em um momento muito posterior, a cura seria vivida enquanto uma subjetividade, a atuação de um Eu singular. Sobre a questão da subjetividade declara Silva Júnior (2000):

Segundo minha hipótese, é possível distinguir em Freud diferentes modelos de subjetividade precisamente a partir dos seus modelos de patologia. Estes modelos de subjetividade seriam de três tipos, diferenciáveis entre si a partir da relação entre patologia e identidade. O primeiro é um modelo fechado, marcado pela pressuposição de que

a doença é uma ruptura da identidade do sujeito consigo mesmo, o segundo é um modelo homeostático, onde a doença é de certo modo constitutiva no sujeito, e a saúde a capacidade de manter a identidade, finalmente, e o terceiro é um modelo aberto, no qual a figura da imprevisibilidade marca a experiência do sujeito frente ao sofrimento de modo fundamental, e a noção de identidade não pode ser mais apontada como um critério de saúde (p.23).

“É nato” esse mundo da subjetividade implicado desde o processo de adoecimento a toda uma intrincada exploração da mente humana, suas trilhas, suas peculiaridades, enfim, seu fazer-se humanus. A subjetividade destacou-se desde Descartes quando, pelo seu pressuposto cartesiano o cogitus, o pensamento, a razão exerciam o domínio na esfera científica e dos meios acadêmicos. _ O que falar da prática médica? Ela era imbuída de um instrumental puramente ligado aos ditames da doença enquanto lesão ou a um deficit anátomo-fisiológico. Assim, entre o médico e o paciente e esta intrincada relação, um abismo se fez existir.

Vêm as transformações do conhecimento técnico-científico e com elas as mudanças numa nova forma de abordar o paciente, seu adoecer e o reconhecimento do sofrimento psíquico associado a sua dimensão subjetiva, não mais apenas a uma manifestação orgânica da clínica. É o corpo atuando juntamente com o espírito, é o corpo não mais restrito ao anatômico e fisiológico, mas o “corpo imaginário” carregado de significados. Nasce a clínica das manifestações histéricas, das suas reações psíquicas e somáticas. É a psicanálise dando forma ao sofrimento psíquico, quando a experiência humana e seus conflitos assumem diferentes maneiras de se estabelecer perante a própria singularidade e suas intrínsecas implicações.

A concepção inicial da Medicina sobre o adoecimento e a doença baseada num parâmetro físico e biológico perpassa essas fronteiras, dando vazão às causas psíquicas e sociais. A descoberta, no final do século XIX, de uma nova perspectiva terapêutica da sugestão para a hipnose, leva estudiosos, como Charcot (apud Freud, 1891) a dar importância aos sintomas histéricos e à possibilidade para um salto rumo à

cura. Em seguida, nova perspectiva no tratamento dos sintomas nas pacientes histéricas leva Freud a abandonar a hipnose e criar o método da associação livre. Freud (1890), em *Tratamento Psíquico*, dá um novo significado às questões anímicas no que se refere aos acontecimentos corporais, os quais não mais estão conectados ao anatômico.

Rumo às novas descobertas, Freud (1891), no texto *Sobre as Afasias*, retira a visão das histéricas duma compreensão hereditária da degenerescência alcançando um novo patamar investigativo desses fenômenos na área das significações do corpo. Freud (1893), em *Comunicação Preliminar*, expõe a idéia de um “evento” precipitador para o surgimento do distúrbio psíquico. Já em *Estudos sobre a Histeria* (1895), Freud não mais dá um tratamento à histérica de degenerescência, mas aponta o relato do mundo subjetivo, da fala do sujeito e sua singularidade; é o sujeito e o seu “si mesmo” objeto de estudo.

Dessa forma, os estudos de Freud acenam para o entendimento do fenômeno histérico além do palpável, dando vazão ao valor singular do seu mundo interno. Surgem as tentativas de explicação dos sintomas histéricos e seus significados na psique do paciente. De início, a concepção, na obra de Freud, é que as chamadas “defesas” funcionariam como uma causa possível do adoecimento do paciente e que, para superá-las, era necessária uma espécie de memorização dessas causas do adoecimento. As primeiras compreensões do sofrimento histérico se pautavam em dizer que grandes quantidades de energia e um excesso de excitação de estímulos externos levariam a um trauma psíquico. Para Freud (op.cit.), quando do surgimento da puberdade e da sexualidade, o trauma era revivido juntamente com os afetos ansiosos que o acompanhavam.

Se Freud, em *Projeto* (1895), associava trauma a um suporte neuronal e também a sua relação com um fato ou um acontecimento, em *Carta, de 46* (1896), fala sobre uma “memória virtual” de um fato podendo levar a um excesso de sexualidade e, conseqüentemente, a uma inibição do pensamento. A partir disso, tende-se a compreender o surgimento da defesa enquanto impossibilidade para uma elaboração do trauma, impedida essa realidade, já que o paciente não tem acesso ao mundo verbal, da fala das suas emoções. Em *Psiconeuroses de Defesa* (1894), a compreensão do trauma

ligado a uma situação factual deixa de existir, passando a estar vinculada à psicodinâmica do sujeito. A existência do conflito assume uma nova associação entre o Ego e uma possível idéia inconciliável.

A cena de sedução na origem da histeria, as representações sexuais, a vinda da puberdade e, com ela, o retorno da cena primária revivida e trazida à realidade, facilitada a partir de uma situação, acarretaram o renascimento do sintoma histérico e o surgimento da defesa. Freud (op.cit.), após esses iniciais conceitos sobre a questão dos pacientes histéricos e suas reações emocionais impregnadas de conteúdos inconscientes, menciona uma nova visão do trauma. Após 1895, Freud percebe que a memorização ao recaiado deve passar pelo inconsciente. Assim, em 1897, há uma mudança de paradigma em Freud, quando ele começa a deixar de lado a etiologia na infância, a teoria da sedução, a cena primária, a própria existência do fato concreto e a gênese do sintoma ligado ao externo enquanto explicações ultrapassadas das “causas” da vida da histérica.

Freud (1897) surge com a idéia de que a vida psicosexual dos pacientes e seus desejos inconscientes recaiados é uma nova versão para a investigação do sintoma histérico. Em *Fragmentos de um Caso de Histeria* (1901), Freud traz a idéia do inconsciente agindo sobre a vida psíquica do paciente. O trauma sai de uma visão de um evento externo, passando a ser visto como um trauma interno, uma excitação pulsional sexual. Começa a clarificar o sentido do sintoma e compreender o conceito de pulsão enquanto representação. No que se refere ao trauma, está ligado a um excesso de censura, corroborado numa experiência traumática.

Após o fenômeno histérico, abrem-se caminhos pelas trilhas da elaboração do trauma psíquico, o trauma descortinado pela possibilidade de cura, da decodificação do sintoma, da interpretação do fenômeno histérico, do dar sentido ao seu sofrimento. Tomar o excesso de censura enquanto porta aberta para o trauma e, em contrapartida, sua diminuição e uma gradual e possível elaboração dos conteúdos inconscientes, estende uma nova crença rumo à cura ou abre as fronteiras dos mecanismos não conscientes do funcionamento mental do doente e sua doença, a histeria.

A cura, sentido que permeia qualquer processo psíquico inconsciente, buscada por todas as formas de superação do sofrimento humano, é ferramenta que está presente em qualquer época ou momento histórico, do início ao fim, permitindo ao homem apropriar-se de sua existência de forma salutar, em que o sujeito histórico necessita da própria cura através da dissolução do sintoma, do corpo não mais como um “depósito” dos males do sofrer, do seu inconsciente ou de um emocional que virtualmente sofre os recalques dos afetos. Então, a cura é a abertura, a possibilidade, o sentido buscado na compreensão dos conteúdos históricos. Para isso, desvendar o sentido dos significados latentes, obscurecidos dos sintomas, é a mola-mestra para esta empreitada rumo ao inconsciente e, com ele, à história de vida do paciente.

A escala rumo à superação do sintoma histórico superou obstáculos, mudou métodos e intervenções de tratamento. Da perspectiva terapêutica da sugestão à hipnose, surge o método da associação livre e sua interpretação, atuando numa espécie de cadeia associativa que abre um novo entendimento da histeria. O primeiro é dado, a superação das resistências, é o marco inicial, se trabalhou junto ao paciente adoecido emocionalmente seus recalques, o refazer da memória, o tornar o inconsciente consciente com o advento da descoberta da trama dos mecanismos do recalque. A psicanálise entendia que o trauma dependia, para sua elaboração e representação na esfera psíquica, do paciente ser significado, simbolicamente representado.

A compreensão do trauma depende também da questão da pulsão; esta, não representada, simbolizada, marcaria o trauma. Se, por um lado, o trauma dependia da superação da resistência para a cura, esta também sofria seus limites de intervenção. A cura sofria os limites das forças do inconsciente, o que acarretava um esforço maior para descobrir a gênese, o significado, a idéia patogênica do sintoma. O sintoma, para o paciente histórico, já perpassou o corpo anátomo-fisiológico e, agora, define-se como um “corpo imaginário”; o corpo da subjetividade, que está implicado no adoecer. O sintoma histórico não é mais estritamente nomeado uma doença, mas ele é a própria marca, a fala do sujeito, da expressão do seu inconsciente.

O saber do sintoma apropriado pelo sujeito é a subjetividade, implicada no ato do adoecer, e as novas diretrizes tomadas para estudar o fenômeno histórico. A

dimensão subjetiva vem reconhecer o sofrimento e as dores emocionais do paciente enquanto manifestações da esfera do simbólico. Freud (1923), quando aborda as proposições sobre o corpo, nomeia a existência de corpo histérico, corpo narcísico e corpo erógeno. Para ele (op.cit.), o corpo histérico é diferente do anatômico. É o corpo das representações simbólicas, é o chamado “corpo do desejo”.

No corpo do desejo, o processo de subjetivação está implantado nos seus modos, nos seus jeitos e trejeitos, em suas condutas e comportamentos. Se o corpo é o corpo do desejo, a doença sofrida por esse corpo, a doença do histérico, é a doença criada por esse sujeito. É uma doença que toma ares de uma conversão ou somatização. Lembre-se, porém, o sintoma é diferente da somatização. O sintoma é uma “formação do inconsciente”. Para Freud (1926), o sintoma e sua formação são atribuídos à existência do conflito entre o Supereu e o Isso.

Na clarificação ainda das diferenças entre o sintoma e a somatização, Freud (1926) relaciona tal diferença com a intensidade e o tipo de angústia. Para o autor, a angústia se apresenta de duas formas: primeiro como “sinal” tendendo a indicar um momento ameaçador e tensional; segundo, como “angústia automática,” que revela vivências das primeiras relações do bebê com sua mãe. Relata ainda que o sintoma faz ressurgir a angústia diante de um conflito. Em contraposição, na conversão, não há a vivência da angústia, já que os sintomas são deslocados e, a partir disso, são constituídos por processos de catexias mantidos pelo processo de deslocamento.

É através de Näcke, em 1899, que o conceito de narcisismo recebe uma nomeação de perversão quando o sujeito trata o próprio corpo semelhante ao tratamento que se sugere a um objeto sexual, tomando seu corpo de forma a acariciá-lo e a contemplá-lo como sendo tal objeto. Atitudes narcisistas também estão presentes, segundo Freud (1914), no curso do desenvolvimento sexual humano quando do trabalho com neuróticos e suas reações psíquicas que demonstravam uma forma de instinto de autopreservação e de um egoísmo libidinal. É o nascimento de um narcisismo primário e sua relação com a teoria da libido. Nas primeiras explicações, buscou-se um estudo dos pacientes esquizofrênicos ou dos dementes precoces de Kraepelin (apud Freud, 1914) com proeminentes características de megalomania e a retirada da libido do mundo

externo. Na verdade, isso viria explicar, segundo Freud (1914), que a libido afastada recorreria ao ego, formando, assim, o que se nomeia o narcisismo.

Atuante no ego, veio a interferir nas relações com o mundo e os objetos que o cercam. Nesse interjogo das energias psíquicas, há uma interferência das catexias diferenciando-se entre si como a energia sexual, chamada de libido e a energia propriamente das pulsões do ego. Freud (1914) procurou esclarecer que a existência dessas diferenças veio com as neuroses de transferência (neuroses de histeria e obsessiva), notando-se nessas neuroses uma forte discriminação desses instintos, além da transformação da energia psíquica tornar-se libido através da catexização do objeto.

Falar sobre a doença orgânica em Freud (1914) é mencionar que o sujeito doente “retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar” (p.89). Dessa forma, o sofrimento faz que o sujeito que sofre recolha-se em si mesmo, ao seu ego, enquanto forma de recuperação. Outra exemplificação dessa concentração da libido no ego é o próprio estado de sono. As alterações trazidas com a doença orgânica, as chamadas “sensações corpóreas,” fazem parte dessas doenças, chegando também às neuroses de angústia. Perpassando outra leitura dessas “sensações corpóreas”, chega-se ao plano da “erogenicidade” do corpo, traduzidas enquanto estímulos de natureza sexual, tornando qualquer parte do corpo, as conhecidas “zonas erógenas enquanto parte que possibilitam uma excitação, um estímulo de prazer, o que levaria ao que Freud (1914) nomeou uma “modificação da catexia libidinal do ego”.

O que se configura é que “o represamento da libido objetal” ou do próprio “represamento da libido do ego” leva a um mecanismo de adoecimento e também à formação do sintoma. Para Freud (1914), a condição de desprazer levaria a “quantidade” sentida dessa experiência a se tornar uma “qualidade psíquica de desprazer,” de modo que a libido ligada aos objetos, a partir dessa necessidade da “catexia do ego junto à libido,” avançasse nessa quantidade de tensão e desprazer. Em 1914, Freud descreve:

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 conseqüência da frustração, formos incapazes de amar. Isso acompanha mais ou menos os versos do quadro que Heine traça sobre a psicogênese da Criação: Imagina-se Deus dizendo: “A doença foi sem dúvida a causa final de todo anseio de criação. Criando, pude recuperar-me; criando, tornei-me saudável (p.92)

As várias formas de adoecimento têm mostrado que o represamento da libido no ego e, conseqüentemente, seu afastamento dos objetos juntamente com reações emocionais e/ou psíquicas tipo a megalomania, as perturbações afetivas e a já conhecida hipocondria são processos mórbidos apontados por Freud (op.cit.).

Seguindo o curso da compreensão dos caminhos do narcisismo chega-se ao que Freud (1914) abordou sobre a vida erótica da pessoa humana quando da escolha do seu objeto sexual alcançando duas grandes vertentes: de um narcisismo anaclítico ou mais comumente conhecido narcisismo de ligação, quando remete às primeiras experiências de satisfação em que o lactante se encontrava aos cuidados de um outro, cujas necessidades vitais recebiam toda a proteção e a atenção primária. É um narcisismo primário na raiz do desenvolvimento humano influenciando na escolha do seu objeto sexual, do seu amor objetal.

A partir da busca de uma satisfação narcísica, a libido narcísica atuante torna a auto-estima uma condição enriquecedora para o ego: “Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua auto-estima” (p.104). Para Freud (op.cit.) há uma dependência da auto-estima em relação à libido narcisista, daí sua relação com o “elemento narcisista do amor,” que a presença do sentimento de inferioridade e impotência e incapacidade de amar demonstram um “empobrecimento do ego”.

Quando a libido assume uma função ego-sintônica, naturalmente ocorre um enriquecimento do ego e sua experiência de satisfação; seu oposto acarreta um

“esgotamento do ego”. Segundo Freud (1914), a boa auto-estima vem do narcisismo primário, da onipotência interpretada pelo ideal de ego e pela satisfação da libido-objetal.

3.1.1 O adoecer e as vivências traumáticas

Em regra geral, as concepções de prazer e desprazer na mente humana estão ligadas a parâmetros psicofisiológicos quando eles têm como referência a quantidade de excitação; quando essa quantidade aumenta, associa-se ao desprazer e sua diminuição, ao prazer. Segundo Freud (1920), foram as descobertas do pesquisador Fechner, citado em seu artigo *Em Além do Princípio do Prazer*, que trouxeram uma concepção diferente sobre esses dois conceitos para o estudo dos processos mentais em psicanálise. Fechner (apud Freud, 1920) mencionou que a psicofísica do sentir prazer ou desprazer está ligada à questão da estabilidade ou seu contrário, a instabilidade, estando cada uma delas ligada ao seu próprio limiar.

De início, considerava-se que o princípio do prazer predominava nos processos mentais e que, para isso, sempre havia um esforço a fim de que os níveis de excitação na vida mental estivessem num limiar baixo, proporcionando, assim, a satisfação pelo prazer. Sabe-se que o princípio do prazer está ligado ao princípio de constância (vistos como princípio único) e que o aparelho mental não trabalha estritamente para manter níveis toleráveis de prazer ou desprazer.

Freud (1920) exemplifica a necessidade de controlar o princípio do prazer através do princípio da realidade para permitir a “autopreservação do organismo”, evitando que os conteúdos instintuais ponham em risco o ego e sua ligação com a realidade. Para tanto, usa de um “adiamento da satisfação” para obtê-la mais tarde no momento mais seguro para o equilíbrio mental. Outro exemplo também citado pelo autor são as “experiências desagradáveis”, os conflitos que sucedem na estrutura psíquica quando das transformações de desenvolvimento do ego e da presença das energias instintuais interferindo nessa esfera. As repressões tentam alcançar por meios substitutos o prazer, o que, no mesmo instante, acarreta desprazer no ego quando dessa

insistência dos instintos de buscarem sua satisfação. Esse desprazer na visão freudiana vem ou através de um “desprazer perceptivo” pelas sensações de pressão de um instinto ou do mundo externo, quando vindo por uma aflição, resultando em mal-estar, risco para a estabilidade emocional.

Freud (1920) discorre sobre as neuroses traumáticas e considera-as dentro de um quadro de sofrimento sintomático, apresentando sintomas motores como parte de sua patogênese, uma “indisposição subjetiva” e perturbações exacerbadas originadas de um “debilitamento” na vida mental do indivíduo. Na neurose traumática, a existência do susto, do “fator surpresa” e a existência do “ferimento ou danos infligidos” constituem condições de evitação de se desembocar numa neurose.

Freud (op.cit.), ao referir-se ao aparelho mental deu ênfase às “brincadeiras infantis”, experiências que acontecem no mundo infantil; essas experiências envolvem as relações de prazer e desprazer e as condutas psíquicas inconscientemente pertencentes a esse processo do brincar. Aquilo que de imediato poderia ser entendido como simples busca de prazer e sua eventual satisfação manifesta um comportamento repetitivo de possíveis indícios de dominação do sistema psíquico sobre uma situação do mundo real. Um dos exemplos mencionados na literatura psicanalítica era do “fort-da”, da brincadeira do desaparecer e do retorno do carretel de linha que uma criança bem pequena realizava. Nessa experiência de repetir e repetir, obtinha-se um prazer no final. Uma das interpretações freudianas intuídas foi a passagem de um papel passivo para uma postura ativa, de dominância, envolvendo um complexo de sentimentos de hostilidades.

Freud (1920) considerava serem essas repetições provindas de etapa anterior pertencente ao complexo de Édipo, por que o paciente trazia em análise, transformando-se em uma neurose de transferência. Essas condutas de repetição, conhecidas como uma “compulsão à repetição”, impedem um atravessar das resistências e não são propriamente, segundo Freud (op.cit.), resistências do inconsciente, já que se deseja um retorno do reprimido pela consciência.

Para compreenderem as resistências, a compulsão à repetição e os próprios conteúdos neuróticos, Freud (op.cit.) descreve serem as resistências originadas do ego e,

conseqüentemente, a compulsão à repetição advém daí, de repressão inconsciente. É a compulsão que revive, através de sua memória, os conteúdos inconscientes de desprazer. Na história dos neuróticos despertados, os sentimentos de depreciação por si mesmos e de inferioridade, quando deparam com experiências precoces em sua sexualidade, trazem a ferida narcísica de um eu fracassado pelo temor da perda do amor.

Freud (1920) afirmou que a consciência seria uma função dos processos mentais, não um “atributo universal” deles. Sabe-se que a consciência se relaciona intrinsecamente com as “percepções de excitações” na sua interação com o mundo externo, sem esquecer a ligação do sistema pré-consciente com o consciente. É recorrente também que existem nesses sistemas os chamados “traços de memória” que surgem das condições de excitação pelo que passam os processos mentais. O que chama a atenção é quando esses traços advêm sem sequer haverem passado propriamente pela consciência. Na realidade, a resposta se dá quando os processos excitatórios se tornam conscientes pelo próprio sistema da consciência; estando os traços de memória não fixados neste sistema, mas com os conteúdos excitatórios, são repassados para os outros sistemas do aparelho mental. Surge desse contato a necessidade de proteção contra os estímulos excessivos do meio externo, prevenindo assim de intensas energias do exterior que colocam em risco o sistema consciente. Por isso, no papel de resguardar o sistema da consciência de estímulos nocivos, os órgãos dos sentidos auxiliam na proteção quanto a um exagero de interferências vindas de fora.

Dando-se uma conotação especial ao sistema consciente que é visto como um “córtex sensitivo”, fazendo parte tanto as excitações provenientes do mundo exterior quanto os estímulos vindos de dentro de si, tem-se o entendimento de que, quando tais estímulos surgem de fora, o sistema Cs é resguardado pelas barreiras naturais de seu “escudo protetor”; quando os estímulos excitatórios provêm de dentro, verificam-se maiores cargas de intensidade sobre o sistema e o surgimento de sentimentos de prazer e desprazer. Tais sentimentos exercem uma dominância sobre estímulos outros que venham de fora e, além do mais, quando esses estímulos são de natureza interna, deságuam em desprazer. Segundo Freud (1920), o organismo de defesa se relaciona contra esses estímulos, como se eles fossem produzidos fora e não, dentro de si mesmo.

O enfoque a esses estímulos excitatórios desemboca na formação de situações traumáticas quando tais excitações avançam além do “escudo protetor”. Freud (1920) sinaliza aqui a questão do trauma quando o associa à “ruptura de uma barreira”, pondo todo o organismo em risco mediante os excessivos estímulos que beiram a um distúrbio psíquico. Com tal situação deflagrada, a vida emocional busca energias outras, as chamadas anticatexias, para socorrê-la. Deve-se ter em mente a influência que esses processos excitatórios exercem sobre os processos psíquicos, estando eles ligados a sua intensidade e variação de quantidades de energias. Citando Breuer (apud Freud, 1920), as “cargas de energias” expressam, em termos de uma energia que busca a descarga, uma catexia agindo livremente em contraposição a outro tipo de catexia que tende a se articular para dentro do campo mental.

A compreensão das neuroses traumáticas que, segundo Freud (1920), veio de uma ruptura, como já mencionada, do “escudo protetor contra os estímulos” (p.42). O autor faz menção à “teoria do choque” dos “efeitos da violência mecânica” quando relacionado aos tecidos ou ao celular; no entanto, no que se refere ao psíquico, o surgimento das neuroses está ligada ao “susto e à ameaça à vida”. O que interessa a Freud (op.cit.) são propriamente os efeitos que atingem a mente do indivíduo e suas conseqüências. O que se nota é que, com a vivência desse susto, o sistema psíquico fica desprovido de suas defesas naturais diante desses estímulos invasores. A “preparação para a ansiedade” e a “hipercatexia dos sistemas receptivos” são as defesas que vêm proteger o organismo de um trauma, mas se a intensidade do estímulo for muito severa, esses fatores não são suficientes. Existem outros tipos de defesa da mente para a evitação do estímulo traumático, vistos como uma “função do aparelho mental”, que são os sonhos, quando têm por função desenvolver a ansiedade contra as neuroses.

Portanto, se os sonhos têm esse papel de função do aparelho mental, são vistos de acordo com Freud (1920), não simplesmente como uma realização de desejos, mas aparecem por uma compulsão à repetição. Nas neuroses traumáticas, a “quantidade de excitação sexual” vinda com o trauma mecânico, por uma “falta de preparação para a ansiedade”, sofreria “efeito traumático”, entretanto a existência do “dano físico” que veio junto ao trauma solicita uma “hipercatexia narcisista”, uma excitação intensa. Por

isso, Freud (1920) descreve “que distúrbios graves na distribuição da libido, tais como a melancolia, são temporariamente interrompidos por uma moléstia orgânica intercorrente e, na verdade, mesmo uma condição plenamente desenvolvida de demência precoce é capaz de remissão temporária nessas mesmas circunstâncias” (p.44).

As excitações recebem essa atenção pelo fato de que, quando ressurgem do interior do aparelho mental, podem provocar distúrbios, chegando à neurose traumática. Quando vêm de dentro, são conhecidas como instintos. Eles trazem os impulsos que fazem parte dos “processos livremente móveis” buscados através destes, a descarga. O inconsciente opera dentro de seu processo primário ao qual seguem os impulsos instintuais para sua realização. Breuer (apud Freud, 1920) identifica esses processos psíquicos primários como as “catexias livremente móveis” e, ao se referir ao processo secundário, associa a catexia vinculada ao sistema psíquico. Por isso, o aparelho mental tem como função manter as excitações instintuais sob controle, além de dominar também o princípio de prazer.

A compulsão à repetição em seu caráter pulsional, no que tange às brincadeiras infantis, revela-se uma repetição ativa sobre a experiência e são, em outro momento, experiências outras de prazer também repetidas pela criança enquanto uma busca desse princípio de prazer. Quando a compulsão à repetição se refere ao paciente em análise, as experiências infantis vivenciadas em transferência trazem os traços de memória não reprimidos, estando em destaque o processo primário agindo em detrimento do processo secundário. O que chama a atenção aqui é o fato de que a compulsão à repetição parece trazer um determinismo dos instintos; segundo Freud (1920), o instinto, sendo um impulso, é uma “expressão da inércia inerente à vida orgânica” (p.47). A existência da compulsão orgânica indica os “fenômenos da hereditariedade e embriológicos”; indica o papel dos instintos de conservação que se coadunam à repetição com o objetivo de retornarem a um “estado anterior”; que não sugere mudança dos instintos, mas um “estado inicial”. A esse estado Freud (1920) nomeou de inorgânico, quando se diz que o instinto primevo é o “instinto a retornar ao estado inicial” (p.49); é o instinto que vem a buscar a morte.

Há outra classe de pulsões conhecidos de pulsões sexuais e, se tomados em seus primórdios de vida, perceber-se-á que, em suas formas bem elementares, buscam a vida. Freud (op.cit.) deu um bom exemplo dessas formas quando falou sobre as células germinativas tendendo a uma independência e ligando-se a outra célula no caminho da vida. São as chamadas pulsões sexuais de natureza conservadora, mas que guardam em si uma capacidade de resistirem aos estímulos externos e operarem em favor da vida. Por tal motivo, são conhecidos como instintos de vida; estes, provavelmente desde o começo do funcionamento do organismo, estariam lá presentes. O que compete é que as pulsões buscam caminhos ou pelo desenvolvimento ou por uma maneira retrógrada para se manterem adaptados às forças externas e às suas pressões. Portanto, tanto no reino vegetal e animal quanto no humano propriamente dito, o que se valoriza é uma “satisfação completa”, quando a satisfação primária é repetida, por isso, o instinto reprimido é buscado enquanto um prazer da satisfação. O que resta ao organismo é um caminho para a frente, não um caminho para o “instinto de perfeição”, mas pela existência da repressão, um caminho em busca do Eros.

É importante diferenciar os dois tipos de pulsões que se nomeiam de instintos do ego e instintos sexuais. Freud (1920) estabeleceu uma diferença primordial entre os dois. Para ele, os instintos do ego têm um sentido da busca pela morte, enquanto os de vida têm uma necessidade de se estenderem junto ao fenômeno da vida. As pulsões que se assemelham à morte guardam entre si um aspecto retrógrado, conservador, e estão ligados ao inanimado e à compulsão à repetição. Quanto aos instintos de vida, desde o início da vida são retratados pelas células germinativas e sua busca é para se unir a outra célula a fim de formar um organismo. A partir, portanto, de uma “função sexual,” processa-se uma espécie de imortalidade quando se dá conta de que a célula tenta ampliar sua condição de vida.

Buscou-se na biologia uma compreensão das pulsões de morte em confronto com os instintos de vida; estudou-se o fenômeno da substância viva nos seres celulares desvendando-se o conhecimento de que tais substâncias são divididas em “partes mortais (o soma) e imortais (células germinativas). O debate sobre a questão da morte é que a substância viva (Weismann apud Freud, 1920) pode, sim, morrer por causas

naturais, internas e não ligadas intrinsecamente a um fator da substância em si; por fim, tem-se a morte como uma característica do ser vivo. Outros debates surgiram na tentativa de entender a questão de uma “imortalidade da substância viva”, no entanto se verificou, após diversas pesquisas, que existem forças instintuais que impulsionam para o caminho da morte a vida e que até mesmo as investigações biológicas confirmam a atuação dos instintos de morte no organismo vivo. Outra confirmação se faz presente, quando da visão “dualística da vida instintual”: a separação de nossas pulsões em pulsões de morte e pulsões de vida lembra também a visão de Weismann (op.cit.), do soma representando o mortal e o plasma germinativo, o imortal. Hering (apud Freud, 1920) também reforça essas idéias quando ensina que agem dois processos na substância viva, os construtivos e os destrutivos.

As pulsões do ego não se definem propriamente como instinto de morte, pois o ego recebe a energia libidinal dos objetos e, baseado no próprio desenvolvimento infantil de sua libido, verificou ser o ego o “reservatório da libido”, nomeada de libido narcisista, vista como uma “força do instinto sexual”. Portanto, as pulsões do ego e as pulsões sexuais coexistem nos processos mentais em que as pulsões de vida e as pulsões de morte atuam. Face a essas pulsões, cabe a ressalva de que, ao especificar sobre a vida mental, retomar-se-á a própria origem das pulsões como “uma necessidade de restaurar um estado anterior de coisas” (1920, p.68). Agindo nesse “estado anterior de coisas”, cabe um retorno ao princípio do prazer, quando atua no aparelho mental tendendo a diminuir os estados de excitação, instigando a “substância viva” (o aparelho mental) a um “retorno à quiescência do mundo inorgânico” (p.73). Por fim, associando tais reflexões aos instintos de vida e aos instintos de morte, há uma real tendência de este ser “servido” pelo princípio do prazer; em contrapartida, os instintos de vida são os “produtores” de tensão que, quando aliviadas, são sentidas prazerosamente.

3.1.2 Os modos de adoecer

A vida mental e os seus processos mentais buscam, segundo Fechner (apud Freud, 1924), o princípio da estabilidade; tal premissa põe-nos em alerta para se

compreender que, se o organismo mantém essa relação com uma tendência à estabilidade, qual o papel e/ou a intenção do binômio prazer-desprazer no ser vivo? Segundo Freud (1924), a questão do prazer-desprazer envolve as “características qualitativas”, que vão além das tensões.

Um contraponto a essa questão ocorre quando o curso da vida mental depara com o princípio do prazer posto de lado por uma entrada nos processos mentais do masoquismo, fenômeno que tem como objetivos, segundo o próprio Freud (1924), o sofrimento e o desprazer. O masoquismo assume desde a forma de uma condição à excitação sexual, que refere um masoquismo erógeno: a forma feminina, que é o masoquismo feminino, e a “norma de comportamento,” que se assemelha ao masoquismo mortal, de um masoquismo pautado no “prazer no sofrimento” até um masoquismo que guarda em sua relação inconsciente o sentimento de culpa inserindo-o o seu mundo interior.

Ao se focar o masoquismo feminino no contexto masculino, revela-se o confronto com as fantasias femininas de ser “castrados, copulados ou o dar à luz a um bebê”, para o que a interpretação psicanalítica indica o desejo de ser tratado como uma “criança pequena”. Indivíduos impotentes, no comportamento explícito, trazem condutas de ser espancados e maltratados, mas glorificam em seu eu as fantasias da masturbação infantil. Freud (1924) também pormenorizou que o masoquismo feminino reflete o masoquismo erógeno, o masoquismo que ocupa o espaço no prazer no sofrimento.

Sobre o masoquismo erógeno, o chamado masoquismo original, o instinto que o formou vem de dentro do organismo; sabe-se que uma parte dele foi para fora, tornando-se um sadismo, e a parte de dentro, ficou “libidinalmente presa”, o que, segundo Freud (1924), é considerado um instinto destruidor ou um instinto de domínio, devendo a libido exercer um papel de realizar um “amansamento” desse instinto de morte. O instinto de morte diluído no eu interior recebe o nome de sadismo primário. Ora, esse instinto introduzido no organismo reside no eu, no self, e o toma como seu objeto; nesse masoquismo arraigado internamente, os instintos de vida e de morte surgem nas fases iniciais de desenvolvimento.

O que se torna relevante é que o masoquismo se faz presente na libido em todas as suas etapas. Para Freud (op.cit.), dessas etapas sairão os chamados “revestimentos psíquicos” que farão parte do indivíduo. Daqui parte o entendimento, por exemplo, da fase anal-sádica, o “desejo de ser espancado” (p.182); da castração, as “fantasias masoquistas”; da fase genital, o caráter feminino de “ser copulado, de dar nascimento”. Quando se ressalta o outro tipo de masoquismo, o moral, algo chama a atenção, ao perceber-se que esse masoquismo não está ligado ao seu objeto de amor; o que reina é o sofrimento em si mesmo (não mais na relação com o outro), um sofrimento que deve vir de qualquer forma. Ao se referir ao tratamento e a sua eventual relação analítica com esses pacientes, há uma forte conotação de uma transferência negativa. Para Freud (1924), são pacientes que assumem uma “reação terapêutica negativa” (p.183), que se revela em uma insistente resistência, quando se perpetua, nessa forma de masoquismo, um sentimento de culpa inconsciente, o qual se reflete na manutenção de sua condição doentia. Um exemplo conhecido o qual Freud (op.cit.) sinaliza é o sofrimento dos quadros neuróticos. O masoquismo nesses quadros é tão evidente que a neurose é “curada” mediante outro quadro de intenso sofrer. Nada mais que a substituição de um sofrimento por outro daquela aparente cura!

Em todo masoquismo, está embutida a culpa, a “necessidade de punição”; percebe-se a ação do supereu em interação com o ego, uma interação marcada pela ansiedade. Tudo isso advém, segundo Freud (1924), do ideal do eu não alcançado pelo ego, ideal que vem a se assemelhar ao supereu. Ora, o ego tem este como modelo, pois se sabe que o supereu guarda em si uma relação tanto com o id quanto com o mundo externo, a que o ego, a todo o momento, para se equilibrar, recorre também. Sabe-se também que o supereu foi ou é um representante das figuras parentais e, com elas, ocorre a introjeção de suas características. Portanto, o supereu, como substituto dessas figuras, assume o lugar do complexo de Édipo, funcionando, assim, como uma espécie de modelo para o ego alcançar.

A conduta do masoquismo moral é imperializada no supereu, na forma de punição ao ego, este subjugado por si mesmo em seu masoquismo; por isso, tais condutas sempre tendem a remeter ao sofrimento, à punição (suas formas de satisfação).

Quando Freud (1924) aborda o sentimento de culpa inconsciente no masoquismo moral em que está envolvida a punição, fala também da fantasia que está por trás desse desejo de punição que vem pelo desejo de ser espancado; o real desejo é o desejo de “ter uma relação sexual passiva, feminina, com este pai”. Aponta que, a partir do masoquismo moral surgem a moralidade e a consciência. Freud (op.cit.) indica um retorno da sexualização da moralidade, revivendo, a partir de então, o retorno ao complexo de Édipo. No entanto, tal condição não se torna muito próspera, levando um risco ao próprio indivíduo. Esse risco, vindo através do masoquismo, remete a conteúdos sádicos até e às revivências parentais vistas também numa dinâmica de punição, de castigo.

Entre o ego masoquista e o supereu sádico, decorre a existência do sentimento de culpa, da consciência severa, fazendo surgir, com essa “supressão dos instintos”, mais à frente, o chamado “senso ético” no indivíduo. Freud (op.cit.) considera o masoquismo moral uma situação real da fusão dos instintos, sem esquecer a possibilidade de esses instintos do masoquismo se exteriorizarem e aflorarem através de condutas hostis ou tornarem-se destrutivos para o próprio indivíduo.

Freud (1940), quando fala sobre neuroses e suas formas de expressão de início, deduz que, nas neuroses, os “determinantes psíquicos” não existem nessas expressões patológicas, nem tampouco os “excitantes patogênicos”. A capacidade de transformar um estado normal para estados neuróticos depende das “desarmonias quantitativas” enquanto condições que permeiam esses sofrimentos neuróticos. Todo ser humano tem suas “disposições inatas” e suas experiências de vida, e esse conjunto de forças traz a “causa determinante” das diversas formas assumidas pelo psíquico. Portanto, nessas interações disposição x experiência, cada indivíduo manifesta suas peculiaridades: uns prontamente reagem de uma maneira; outros, diante da mesma experiência, reagem de outro jeito.

Pela tese das “disposições quantitativas”, os sofrimentos e as alterações emocionais são condições comuns a qualquer pessoa, todavia, nos casos neuróticos, os sofrimentos assumem “características específicas” para as quais Freud (1940) menciona dois fatores que estão envolvidos em sua constituição. São eles: o período de vida e a natureza do instinto. Ao se falar de período de vida, traz-se a infância enquanto fase que

origina a neurose. Por isso, diz-se que as “neuroses são distúrbios do ego” quando, nesse momento tão inicial da formação psíquica, o ego ainda é bastante vulnerável às solicitações (excitações psíquicas) internas e externas que o rodeiam, podendo sofrer conseqüências irreparáveis ou traumas persistentes ao seu equilíbrio mental. O ser humano há de enfrentar o mundo tentando adequar-se às exigências da cultura, podendo ela funcionar também como propulsora à neurose, já que as regras e normas que fazem parte do cultural podem agir de forma muito castradora, tendo na ”educação familiar” um indicativo para desembocar na neurose, considerado o prolongado tempo de dependência da criança.

Outro fator da origem das neuroses, a natureza das pulsões, remeto a uma descrição de Freud (1940), que revela: “Os sintomas das neuroses, poder-se-ia dizer, são, sem exceção, ou uma satisfação substitutiva de algum impulso sexual ou medidas para impedir tal satisfação e, via de regra, são conciliações entre as duas, do tipo que ocorre em consonância com as leis que operam entre contrários, no inconsciente” (p.199-200). O autor explica que os pulsões sexuais não são somente eróticos, mas guardam consigo, junto destes, o instinto destrutivo; quando esses instintos se pronunciam de forma fisiológica em termos sexuais, exercem uma contribuição marcante nas causas das neuroses. A ênfase recai sobre a organização do ego, que se encontra na “atitude para com a função sexual” (p.200), quando estaria estritamente entre a autopreservação e a preservação da espécie do biológico.

Para se entender a organização do ego a sua evolução e sua forma de ajustamento perante a situação neurótica, retomam-se aqui as primeiras experiências da vida de uma criança, que têm uma tendência a repetir-se posteriormente. Freud (1940) traz à tona a questão das influências da vida infantil. Dentre elas, o abuso sexual por adulto, a sedução por outras crianças, contudo, para ele, o que surpreende é a excitação causada nas crianças, quando de seus interesses pelo comportamento sexual dos adultos, as impressões que ficam e suas recordações. Freud (1940) chama a atenção ao declarar que essas “impressões” ou se remetem à repressão ou retornam à lembrança. As lembranças são a chave, o “determinante para a compulsão neurótica,” levam a um

descontrole da função sexual; ou desembocam numa neurose, perversão ou, ainda, a função sexual fica impossibilitada de sua adequação.

O seio surge como a descoberta do primeiro objeto erótico, seio da satisfação nutricional ou erótica pelas sensações de prazer; o seio, ausente, possibilita revivê-lo pelos seus conteúdos libidinais narcísicos. Vêm os cuidados maternos que trazem ao objeto erótico a primazia desses afagos; é a mãe, segundo Freud (1940), o “primeiro e mais forte objeto amoroso e protótipo de todas as relações amorosas posteriores” (p.203). O complexo de Édipo, ao se referir ao menino, remete à vivência de sua fase fálica, do prazer da manipulação dos seus órgãos genitais, da vontade de ocupar o lugar do pai, da ameaça da mãe que remete ao pai a tarefa de “cortar seu pênis”, da descoberta da ausência de pênis na menina. Tudo isso recai no seu complexo de castração.

Assim, o menino se consola com suas imaginações, suas fantasias funcionam como uma forma de satisfação sexual em que ocorrem identificações tanto com o pai quanto com a mãe. Na relação com o pai há uma “retração de sua masculinidade” pelo desafio ao pai e, ainda de acordo com Freud (op.cit.), refletir-se-á frente à sociedade uma conduta compulsiva. Quando se analisa seu comportamento em relação à mãe, registram-se a “fixação erótica” e a atitude de “dependência excessiva”. Todas essas vivências trazem consigo uma grande repressão, levando para o inconsciente todos os possíveis conflitos, podendo aflorar pouco tempo depois na puberdade através das “fixações libidinais”, perturbações no ego, inibições e confusão dos impulsos. Vale ressaltar que, para o autor, é possível um desdobramento menos traumático, o que dependeria das chamadas “relações quantitativas”.

Quando a ênfase recai nas meninas, o complexo de castração está ligado à inveja do pênis no menino. Freud (op.cit.) diz que se a menina se mantém no seu primeiro desejo, fracassa em sua feminilidade. A possibilidade, mais à frente, da identificação com a mãe a auxiliará ao ocupar o seu lugar. Nessa relação, surgirá a vontade de ser o pai, ressurgindo o ódio à mãe, vindos dos ciúmes para com esta e o retorno à inveja do pênis que não lhe deram. Por fim, nessas contradições nas formas de lidar com o complexo de Édipo no menino e na menina, o desfecho se dá quando para o

menino o complexo de Édipo se finda na ameaça do complexo de castração; na menina, é o seu contrário, a falta, a sua castração tende a colocá-la no início do complexo de Édipo.

Cabe lembrar que, no papel do aparelho mental e de sua inserção com o exterior, há de início uma fusão das duas grandes pulsões da natureza humana, Eros e sua ligação com a vida e a destrutividade e sua também ligação com a pulsão de morte. Esses são os instintos orgânicos que fazem parte do Id e que buscam primariamente a satisfação apoiados em processos primários, havendo o risco de que essa busca rápida do desejo de satisfazer suas necessidades pulsionais coloque em perigo uma desorganização da estrutura psíquica com os conflitos e suas perturbações mentais.

A importância do Id, motor primário no qual nascem as outras instâncias do aparelho mental, surge no próprio espaço sem o contato com o mundo externo. O Id sofre as repercussões da sua organização interna vindas pelas sensações de desprazer e prazer que o acometem junto com outras percepções internas. Está ali, de fato, incessantemente atuando, o princípio do prazer; esse princípio deseja de todas as formas que suas necessidades instintuais sejam satisfeitas.

Freud (1940) relata ser o ego portador de uma “função psicológica” quando transforma em energias de ligações as energias livres agindo do id, permitindo um caminho para o “estado do pré-consciente”. Além do mais, o ego tem sua “função construtiva” ao levar o pensamento, a avaliação, as experiências anteriores e situações atuais a um grau de orientação para escolher se a satisfação de um instinto é propícia ou não à sua manutenção na vida mental. Aqui atua o princípio de prazer, tendo como termômetro as “sensações de ansiedades” funcionando como alerta para a auto-preservação. Na verdade, com todas as precauções, os conteúdos desestruturadores persistem vindos do id ou pelas forças pulsionais excessivas ou pela própria experiência adquirida de que satisfazer um instinto traz imensos perigos na sua relação com o mundo externo. Então, cabe ao ego essa incessante defesa de si mesmo contra um mundo de fora exigente, aniquilador, e um mundo de dentro, com imensas solicitações de satisfação.

Freud (1940) relata que a criança não quer perder esse amor dos pais e, quando da vivência de sua fase edipiana, não se disponibiliza a ser ameaçada em seu amor próprio mediante o “perigo da castração”. A defesa natural desse ego infantil vem com as repressões que, com o passar do tempo, tornam-se inoperantes pelas novas exigências do mundo adulto que começa a aflorar com as demandas sexuais surgidas nesta fase. São tantas as excitações presentes nesse desenvolvimento inicial, diante de uma preparação psicológica tão precária do ego, que as condições para o surgimento de neuroses se faz corriqueira. Uma descrição de Freud (op.cit.) relata bem essa situação quando diz: “É nesse atraso do desenvolvimento do ego em relação ao desenvolvimento libidinal que vemos a pré-condição essencial da neurose, e não podemos fugir à conclusão de que as neuroses poderiam ser evitadas caso se poupasse ao ego infantil essa tarefa, isto é, se à vida sexual da criança fosse concedida liberdade de ação, como acontece entre muitos povos primitivos” (p.214).

É de se considerar que esse represamento da pulsão sexual a favor do mundo externo repercutirá na sua relação com a cultura, por isso os ganhos alcançados na civilização envolvem o desligamento das forças sexuais, sua dessexualização e a busca de formas outras de satisfação. A sobrevivência do ego perante a realidade que o cerca depende dessa mesma vinculação com o exterior, uma ligação ajustada; ao contrário, um domínio do id levará ao surgimento no ego dos “estados patológicos”. Freud (1940) retrata bem as conseqüências catastróficas quando remonta aos casos de psicose, quando a quebra com o mundo externo decorre de uma realidade cruel e também de instintos intensos. Essas “reivindicações rivais” das pulsões e do mundo do real diante do ego tendem ao seu empobrecimento e conflito. As “atitudes psíquicas” sucedem-se em duas formas, duas divisões, “splits”, mediante o risco de deflagrar uma psicose. Quando a primeira atitude está associada à realidade, a possibilidade de aflorar o delírio tende a diminuir e seguir para o inconsciente; quando se ajusta ao ego, considerando as pulsões abre caminho para uma “pré-condição”, para o delírio psicótico. Portanto, nos quadros psicóticos, ocorre, sim, uma divisão do ego, chamando a atenção também para que esse fenômeno sucede dentre as neuroses e extraordinariamente entre as perversões.

As perversões são exemplos dessa divisão do ego, quando se parte do não-reconhecimento da falta de pênis nas mulheres, o que, para o perverso, traz-lhe a ameaça da castração, e o faz agir de forma a negar veementemente a própria percepção diante dos órgãos femininos e a acreditar que realmente os tenha. Parte daí a escolha de uma parte do corpo ou objeto exercendo o papel do pênis; no intuito de deslocar, tenta evitar o temor da castração.

O mundo psíquico, celeiro dos acontecimentos, desdobramentos, superações, elaborações psíquicas, onde se manifestam as defesas, as contradições, as condições psicológicas, é que sabe os meios emocionais de ajustamento. No mundo interno, reside a “representação de um ego”, que guarda em si o princípio do prazer, além de tentar manter o contato com o mundo externo e, ao mesmo tempo, o equilíbrio com os instintos do id. Assim ocorre com o desenvolvimento da criança até perpassar essa primeira fase infantil e alcançar outra mudança do ego. Freud (1940) ressalta que tal mudança inclui uma identificação parcial com o mundo exterior que vem a ser reconhecida como superego. É o superego que traz à consciência uma necessidade de prestações de contas de seus comportamentos nas esferas do agir, do pensar e do sentir. Após a etapa do complexo de Édipo, o superego vem representar uma condição da moral que atua no psiquismo do indivíduo. Numa atuação presente, desde os momentos primeiros da educação de uma criança, o superego preserva em si os conteúdos do presente e do passado juntos; é a instância entre o id e o mundo externo, que perpassa gerações e gerações.

3.2. Os Destinos da Pulsão na Teoria Psicanalítica

O conceito de pulsão trazido por Freud à clínica histérica foi visto enquanto um “conceito-limite” entre o somático e o psíquico. A partir dessa compreensão que essas duas grandes vertentes da experiência humana tornaram-se referência para o estudo dos fenômenos humanos, do adoecer e suas variações. A pulsão, numa dimensão econômica da metapsicologia, deu um enorme salto na formação do sintoma, nas formas diante dos processos de adoecimento, nos parâmetros de normalidade,

enfim, nas interferências do psiquismo humano. A pulsão é o lugar dos afetos, de suas manifestações pelo percurso do simbólico ou, ao contrário, pode funcionar apenas como descarga automática, assumindo formas de comportamentos extremos ou até reações no corpo repercutindo-se nas experiências traumáticas.

Para compreender a entrada da pulsão de morte no intercurso do adoecimento histórico, Freud (1905) no seu texto sobre os Três Ensaios sobre a Sexualidade, dá início à definição da pulsão como uma “excitação interna psíquica”, pertencente a funções fisiológicas. É nesse intrincado que o corpo assume a posição de um agente traumático, já que passa a “receber” os ditames dos conflitos psíquicos sofridos pelo sujeito. Em outro texto intitulado As Pulsões e seus Destinos, Freud (1914) nomeia as pulsões como uma “excitação das quais não se pode fugir”.

Das experiências de conflitos psíquicos e sofrimentos, surge a pulsão de morte (Tanatos) e sua permanente tensão com a pulsão de vida (Eros). São essas as duas condições pertencentes à metapsicologia que assumem, mediante o sofrimento psíquico, suas formas e diferenças no adoecer e a conquista da saúde, um retorno esperado para a cura. Freud (1920), quando formula o conceito de pulsão de morte e sua relação com as pulsões de vida, observa a coexistência das pulsões sexuais interagindo com as pulsões de autoconservação, que são as pulsões do Eu, expressão do Eros.

Em meados de 1920, a teoria das pulsões foi radicalmente transformada, tendo o conceito das pulsões uma nova formulação por que a pulsão é vista a partir da idéia de repetição: a pulsão, enquanto tendência de uma idéia anterior, diria, pré-existente; uma idéia no sentido de algo concreto, de uma situação real, de uma tendência ao retorno a um estado anterior de existência; a pulsão de morte andando lado a lado com a subjetividade, quando esta se assemelha à noção de vazio em sua origem. Seria o sintoma na histeria essa pulsão sem representação, acometendo o corpo, marcada tragicamente pelas reações sem angústia?

A nova subjetividade se delineia na clínica atual como “aberta”, sendo representante de um negativo. É a pulsão de morte correlacionada a uma subjetividade que, através desse negativo, busca a representação. A pulsão de morte, para Freud

(op.cit.), está associada a outros aspectos relevantes que consideram o desenvolvimento da sexualidade feminina a própria etiologia da neurose e a interpretação da cultura.

Falar das antíteses saúde x doença, pulsões de vida x pulsão de morte faz lembrar Freud (1915) e o ponto de vista da metapsicologia como norteador entre essas vertentes. Para Freud (op.cit.), a cura está vinculada à eliminação do conflito entre a pulsão e o ego, se a resolução do conflito permitir um efeito profilático sobre outro conflito e, por fim, se a psicanálise trazer o conflito não presente à tona, condições que favorecem “o lugar da pulsão de vida”.

A vida, seus sentidos e significados estão associados às forças do aparelho psíquico, definindo a saúde, segundo Freud (op. cit.), com o equilíbrio existente entre o Ego e o Id. Considerar a “historicidade do sujeito” é uma forma de “historicidade do inconsciente”. Então, que sentido o adoecer psíquico ocupa em nossa atualidade? _O que as pulsões significam para o equilíbrio emocional do sujeito?

As manifestações históricas permitiram a Freud (1914) reformulações teóricas, criando um novo campo de saber, que foi a descoberta do inconsciente, revelando as expressões psíquicas, as reações emocionais, o retrato da demanda das indagações e o lugar legitimado do psiquismo na atuação do conhecimento humano. É o nascimento do sintoma psíquico enquanto uma vazão de significados simbólicos e de constituição sexual na vertente da “mesma mão” em que o fenômeno histórico tem uma linguagem própria. A pulsão de vida encontra na linguagem da fala, na necessidade de existir, de si manifestar um lugar, um espaço e um tempo de ser e existir.

Compreender as primeiras noções do aparelho psíquico é, de início, diferenciar o consciente, o pré-consciente e o inconsciente, sabendo que o aparelho psíquico é dividido em três instâncias: Isso, o inconsciente, a “sede das pulsões”; o Supereu, o “herdeiro do complexo de Édipo”, inconsciente, mas com acesso à consciência; a terceira instância, o Eu, visto como a “sede de controle das motilidades”, obedecendo aos três senhores, o Isso, o Supereu e o mundo externo. Quando da reformulação da teoria pulsional e da entrada do conceito de narcisismo, toda a esfera do psiquismo tinha consigo as pulsões de vida e as pulsões de morte; as primeiras, movidas por uma agressividade e a segunda, fundida à libido, gerava a compulsão à

repetição, às neuroses de transferência e aos sonhos traumáticos. Havia o “desprazer como alvo”. Freud (1914) percebia que a experiência com a realidade era uma fonte de acúmulo de energia e que sua descarga tendia à agressividade no mundo externo. A energia, permanecendo no Eu, chegaria ao masoquismo ou, quando utilizada pelo Supereu, levaria a um sadismo contra o Eu, seguido um sentimento de culpa.

Para Freud (1914), o “processo de internalização da realidade externa” gera uma ambivalência, um conflito pulsional, visto que o ser humano tem como especificidade uma constituição física e simbólica, uma capacidade de representação e elaboração e um pensamento. Assim, com o lugar instaurado no campo da representação, nasce, além da questão da pulsão, o desejo propriamente dito. Freud (1900), In *Interpretação dos Sonhos*, fala da “dinâmica das representações”, de “idéias e afetos” e do desejo como uma “intensidade da energia pulsional”. Numa referência às pulsões e a seus representantes, o “objeto visado”, o Eu, “visa a saciar as necessidades vitais” e outros objetos, que são os sexuais, enquanto “qualquer objeto que satisfaça”.

Na teoria das pulsões, nos textos sobre *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) cita a doença histérica, descreve que a “intensidade da resistência à satisfação das pulsões sexuais é mediada pelo recalçamento consciente”, refletido pela presença do asco, da vergonha e da moralidade. A pulsão sexual era um “representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação [...] conceito de delimitação entre o anímico e o físico” (p.157-158).

A pulsão, em sua natureza, é portadora de uma força constante e não de caráter motora passageira, já que os estímulos pulsionais são formados a partir do interior do organismo, não se construindo através do mundo exterior. As condições primordiais da pulsão, além de sua constância e de advirem do interior do organismo, manifestam uma resistência a uma ação de fuga. A pulsão é o supremo “representante psíquico” cujos destinos assumem as três conhecidas polaridades do psiquismo. Num primeiro destino, segue o rumo do biológico, traduzido por condutas do par “atividade-passividade”; ou seguem na direção do real, no mundo externo, na intervenção do Ego; ou, ainda, assumem uma vertente econômica, traduzida pela atuação do “prazer-desprazer”.

Os destinos da pulsão sinalizam para os sintomas e para suas doenças somáticas, originando a necessidade de um reagir humano, traduzido pela presença da ordem fantasmática do sujeito, de forma que: [...] “não importa se o sintoma somático está inserido na ordem do simbólico ou do real; se resulta do mecanismo de conversão, somatização ou recusa. Do ponto de vista do manejo clínico, o que importa é considerá-lo em sua dimensão positiva, aquela que concede a ele a possibilidade de ser historicizado e incluído numa rede de sentidos” (Fernandes, 2003, p.127).

O que concede a esse corpo a “dimensão positiva” ou o viés de “ser historicizado” é, segundo a autora (op.cit.), a instauração da escuta, quando palavra e corpo se inserem na relação de um ao outro, chegando ao campo da “alteridade materna” ou da dimensão do “Outro analista”, o outro que vem perpetuar esse “novo investimento” psíquico pela nomeação do ato da palavra feita relação, que vem expurgar a trama da pulsão de morte, da violação do Eu do paciente, tornando-o um Eu provido de si mesmo, do Eros que lhe restitui o sujeito da fala, da ação e da linguagem.

A pulsão e as denominações vêm a significar desde a “trieb” no sentido de uma “força constante” que, na visão freudiana, “visa a atingir um objeto” (1914), a outro sentido chamado de instinkt, nomeado de “impulso temporário” que, segundo Freud (op.cit.), é “inato, seguindo padrões da espécie”, na “busca do objeto de sua satisfação”. A pulsão em seu percurso assume um caráter, de início, de uma descarga pulsional do aparelho psíquico e, segundo Freud (1914), em seu aspecto econômico, a pulsão tende a formar ações vistas enquanto “forças” que atuam no psiquismo. Para Freud (op.cit.), essas forças apresentam-se enquanto força sexual recalcada e força do Eu recalcante. Referindo-se ao Eu, na primeira tópica freudiana, registra-se um Eu que tem um “poder desestruturador da sexualidade” que, seguindo a segunda tópica, o Eu, é compreendido como um objeto da libido, introduzindo, aqui, o conceito de narcisismo.

O texto de Freud sobre a concepção psicanalítica da perturbação da visão (1910, p.199-200) vem discriminar dois tipos de pulsão: a de autoconservação e as sexuais. Em outro texto, intitulado O instinto e suas vicissitudes (1915), aborda as características do conceito de pulsão e os seus quatro elementos: fonte, objeto, pressão e alvo. O Projeto de uma psicologia científica (1895) são escritos que fazem a análise dos

estímulos endógenos e sua relação com as funções psíquicas, enfatizando que os estímulos originam-se do somático ao psíquico. Freud (op.cit.) fala do objeto como umas das primeiras características da pulsão, assumindo este uma ordem da satisfação, guardando consigo seu aspecto de diversidade. A segunda característica da pulsão, a fonte, é um “processo somático que ocorre dentro do órgão, através de uma quantidade de estimulação psíquica; a fonte tem uma natureza corporal. A pressão é o “motor do circuito pulsional”, um “momento constante de forças pulsionais”. A quarta característica, a meta ou alvo, é o ponto da satisfação.

Em relação ao conceito de narcisismo e à metapsicologia, verificam-se as idéias de Freud (1914) nos principais processos de adoecimento, como na psicose, na hipocondria e na própria melancolia; os traços de investimento libidinal no Eu estão presentes, tornando esse Eu um objeto libidinal. Referindo-se ao narcisismo, os investimentos assumem um tipo objetal ou narcísico. Segundo Freud (op.cit.), o objeto de satisfação pulsional inicialmente coincide com o próprio corpo, compreendendo que as pulsões sexuais e de autoconservação têm o mesmo objeto.

O Eu como objeto libidinal assume também as chamadas polaridades que, quando são de amor-ódio, referem-se à relação entre o Eu e o objeto; quando são de prazer-desprazer, a relação se refere ao ego e o objeto; quando da passagem do narcisismo para uma fase objetal, o ego em contato com o mundo externo busca os objetos enquanto fonte de prazer. Assim, no instante em que o Eu libidinizado se liga aos objetos do mundo externo, surge a possibilidade do Ideal do Eu, substituto do narcisismo infantil. Na possibilidade de um deslocamento desse narcisismo infantil para um ideal de Eu, a satisfação plena deixa de existir, pois deixa a vivência narcísica onipotente, sendo necessário perder uma situação de completude e buscar, na experiência com o mundo exterior, uma relação objetal, outro estado, que não o de indiferenciação. Para Freud (op.cit.), o psiquismo tem duas tendências, que vão desde a fome, enquanto sobrevivência da espécie, a uma segunda tendência, que é a de amor, da busca do prazer.

3.2.1 A pulsão sexual: percursos da perversão nos quadros neuróticos

Dos três ensaios sobre a teoria da sexualidade, assumem destaque, de início, as aberrações sexuais. As necessidades sexuais recebem o nome de pulsões sexuais na referência da biologia, o que, numa linguagem psicanalítica, toma o termo de libido. Essa pulsão sexual não se encontra ausente e não espera o alvorecer da puberdade para aflorar a união sexual em si mesma para se mostrar. Na verdade, a pulsão se destriça por conceitos que se fazem essenciais, e são o objeto sexual (sua atração sexual) e o alvo sexual para onde se disponibiliza a pulsão e suas diversas variedades, defrontando primeiramente com os seus desvios. Desses desvios, advém a inversão, os chamados por Freud (1905) de “sexo contrário”, pelo fato de a escolha ser dos objetos sexuais invertidos. Especificamente sobre esses comportamentos invertidos, eles se classificam, segundo Freud (op.cit.), em invertidos absolutos, em que o seu objeto sexual não sofre qualquer variação, sempre é o mesmo; invertidos anfígenos, os conhecidos como “hermafroditas sexuais”, cujo objeto sexual pode sofrer variação tanto de um quanto de outro; os invertidos ocasionais que, por limitações do meio exterior, podem obter satisfação com um objeto sexual do mesmo sexo.

Uma das primeiras explicações sobre a ocorrência das inversões partiu, segundo os estudos iniciais de Freud (1905), de entendê-las como um “sinal inato de degeneração nervosa” (p.131), em que se vê tanto ao nível inato quanto do degenerativo. Morgan (apud Freud, 1905) caracteriza dois aspectos gerais em que a conjugação dos desvios graves em relação à norma e à capacidade de sobrevivência do indivíduo envolvido está prejudicada. O que se observa é que os invertidos não se vêm com tais desvios graves nem, tampouco, com um comprometimento de seu funcionamento e, além do mais, sabe-se que a inversão era prática comum tanto entre os povos antigos quanto entre os selvagens, não tendo essa conotação de ser atitude degenerada. Em relação ao caráter inato, essa hipótese parece mais tendenciosa no tocante à classe dos invertidos absolutos, em contraposição às outras classes de invertidos, cujo objeto pode abrir caminho para outras possibilidades. Assim, não há uma explicação universal da inversão, sobretudo se fala da influência de uma impressão

sexual prematura e também das influências externas que poderiam levar a uma “fixação da inversão”.

Uma nova explicação surgiu através da predisposição bissexual assemelhando-se à existência de um “hermafroditismo psíquico” e ao “hermafroditismo anatômico”. Tal premissa não se sustentou, no entanto, dentre outros fatores que apontam para uma diminuição da pulsão sexual ou de uma maior presença de características sexuais secundárias e terciárias (Ellis apud Freud, 1905). Assim, tal hermafroditismo psíquico, para sustentar-se, teria que registrar inversão do objeto sexual, das pulsões e dos traços de caráter do outro sexo. O hermafroditismo psíquico, segundo Freud (op.cit.), são manifestações de um “condicionamento psíquico,” quando, além de existir uma “disposição bissexual implicada na inversão,” é uma perturbação que interfere no desenvolvimento da pulsão sexual.

Em relação ao objeto sexual dos invertidos, por exemplo no que se refere aos invertidos masculinos que trazem em si sua característica de virilidade e, segundo Freud (1905), menos traços secundários do outro sexo, na realidade o que se percebe é uma procura através do objeto sexual de “traços psíquicos femininos” (p.136). A vida pregressa dos indivíduos invertidos, nos primórdios de sua infância, destaca-se pela “fixação na mulher e/ou mãe”, desdobrando-se numa identificação e tomando como objeto sexual a si mesmo, um narcisista que busca a própria mãe através dos homens. Freud, num comentário acrescido no ano de 1915, comenta sobre a questão das excitações sexuais e da escolha de objetos sexuais:

As vinculações por sentimentos libidinosos com pessoas do mesmo sexo desempenham, inclusive, um papel nada insignificante como fatores da vida anímica normal, e um papel ainda maior do que as vinculações semelhantes com o sexo oposto como motor de adoecimento (p.138).

Para Freud (op.cit.), a independência da escolha do objeto, seu sexo da forma como vista na infância, é a “base originária” para o aparecimento do normal ou

do invertido. Outras referências a essa nota, pela sua importância e clareza, fazem-se necessárias. Freud, em 1915, nos artigos sobre sexualidade, descreve:

A conduta sexual definitiva só se decide depois da puberdade e resulta de uma série de fatores ainda inabarcáveis, de natureza em parte constitucional e em parte acidental. Alguns desses fatores podem certamente incidir com força tão desmedida a ponto de influenciarem o resultado em sua direção. [...] Nos tipos investidos pode-se quase sempre confirmar o predomínio de constituições arcaicas e mecanismos psíquicos primitivos. A vigência da escolha narcísica de objeto e a retenção da importância erótica da zona anal figuram como suas características mais essenciais. [...] Entre as influências acidentais exercidas sobre a escolha do objeto, vimos ser digna de nota a frustração (a intimidação sexual precoce), e observamos também que a presença de ambos os pais desempenha um papel importante. A falta de um pai forte na infância não raro favorece a inversão (p.138).

Outro tipo de desvio, além da inversão dos objetos sexuais, é usar, segundo Freud (1905), animais e pessoas sexualmente imaturos como objetos sexuais, vistos como “aberrações esporádicas” (p.140). As crianças funcionam como objeto sexual quando adultos, tidos como “covardes” ou “impotentes”, têm-nas como um substituto, ou quando a própria pulsão não consegue apropriar-se de outro objeto adequado. Tentou-se compreender essas aberrações pela loucura, o que funcionou como insuficiente, pois perturbações diferentes da pulsão sexual não são vistas além daquelas conhecidas entre os indivíduos normais.

A fora os desvios cometidos na escolha dos objetos sexuais, há outros tipos de desvios que são remetidos à esfera do alvo sexual e assumem caráter normal quando há o que Freud (1905) aponta como a junção dos órgãos sexuais e da satisfação da pulsão sexual momentaneamente. Quando o foco do alvo sexual não se encontra na genitália, havendo relações outras com o objeto sexual do tipo apalpar, contemplar e o próprio contato com a mucosa labial pelo beijo, tais “rudimentos” se assemelham às

perversões, definidas por transgressões anatômicas ou uma lentidão nas relações intermediárias com o objeto sexual, o que indicaria a normalidade se objetivassem o alvo sexual, o coito.

Tratando das transgressões anatômicas Freud, (1905) cita as supervalorizações do objeto sexual e o alvo sexual de sua pulsão a todo o corpo, estendendo-se também a uma valorização muito intensa no aspecto psíquico, ocorrendo um "enfraquecimento do juízo" (p.142). Em relação ao uso sexual da mucosa dos lábios ou da boca quando não usados entre si, remete à perversão, se relacionado à intenção dos órgãos sexuais, e podem chegar até a aflorar "sentimentos de asco" no contato com a genitália, mas tal perversão pode não se sustentar pela presença da libido em busca do objeto sexual e sua satisfação libidinal. A manutenção do asco é esperada em comportamentos históricos no que tange aos órgãos genitais do outro sexo, mas quando depara com a força da pulsão sexual tal sentimento, é superado. Outra parte do corpo que numera as transgressões no corpo é o uso sexual do ânus, caracterizado como perversão por estar associado à repugnância, sendo o papel sexual dessa mucosa referido tanto nas relações entre homens, quanto nas relações com as mulheres. Outras transgressões englobam a tomada de partes do corpo de grande significação, partes que, em geral, são a boca e ânus e, ainda de acordo com o autor, tais partes almejam ser tratadas como órgãos sexuais; sabe-se que tal "desejo" advém do "desenvolvimento da pulsão sexual". Nas transgressões, ocorre também a substituição imprópria do objeto sexual que tende a se tornar um fetiche em que se nota um "rebaixamento" do alvo sexual normal. O patológico se encontra na fixação do fetiche.

Outra forma de perversão da pulsão sexual, no que se refere às fixações de alvos sexuais provisórios, está no olhar, quando esse prazer da escopofilia, segundo Freud (1905), limita-se à genitália, mantém-se numa conduta "voyeur" dos excrementos e também se torna o principal alvo sexual (comum nos exibicionistas) antes de ser uma preparação para atingi-lo. Fazem parte de uma pulsão sexual mal aplicada o sadismo e sua agressividade, e no masoquismo, o prazer na dor. Do sadismo, existem conteúdos da sujeição e maus-tratos, quanto do masoquismo, uma "satisfação de dor física ou anímica advinda do objeto sexual" (p.150), o que ainda pode refletir uma espécie de sadismo

infringido a si mesmo, quando se encontram envolvidos o “complexo de castração” e a “consciência da culpa”. Tudo isso tende a demonstrar um caráter de dominação e agressão à pulsão sexual. Nessas relações sadismo-masochismo, a dor está confirmadamente presente e, junto dela, a existência das sensações prazerosas. Para Freud (1905), “O sádico é sempre e ao mesmo tempo um masoquista, ainda que o aspecto ativo ou passivo da perversão possa ter-se desenvolvido nele com maior intensidade e represente sua atividade sexual predominante” (p.151). São as chamadas “inclinações à perversão” vistas através dos “pares de opostos”.

Em linhas gerais, o que de relevante deve considerar-se nas perversões e que envolve o comportamento das pulsões sexuais é que, para se tornar perversão ou não a referência, a normalidade se faz necessária e Freud (1905) aponta a questão da exclusividade e fixação, destacando-as como sintomas patológicos. Das resistências essenciais, a pulsão sexual é a existência da vergonha, do asco, do horror e da dor que se fazem parâmetros para uma conduta normal. Outra situação que chama a atenção é a “participação psíquica” na mudança da pulsão, que se mostra na “idealização da pulsão” e sua corriqueira “onipotência do amor”, provocando a intensidade desses fenômenos beirando o patológico. Outro ponto em destaque que Freud (1905) enfatizou na tangência das perversões e das pulsões sexuais é a “existência das fusões” (p.154) que podem abarcar além das fronteiras do normal.

Enfatizando a pulsão sexual nos neuróticos, fica evidente a presença das “forças pulsionais de cunho sexual” (p.154), o que, para Freud (op.cit.) indica a ação da energia da pulsão sexual que vai influenciar na própria formação dos sintomas e dos quadros neuróticos. Reitera que a vida sexual dos neuróticos se manifesta nesses sintomas, por isso ele afirma: “os sintomas são a atividade sexual dos doentes” (p.155). Quando se enfatizam os sintomas histéricos, no estudo das vazões pulsionais, percebe-se que a expressão dos sintomas é a própria substituição de desejos plenos de afetos. Se a descarga não é feita pelos trâmites da consciência, a retenção dos pensamentos inconscientes busca nova descarga, sobrando-lhe a conversão das reações somáticas.

Sintomas são assim chamados por serem “representações investidas de afeto” (p.155). Freud (op.cit.) destaca bem que tais sintomas têm uma ligação com as

pulsões sexuais que, em sintonia com os papéis histéricos, expressam um elevado recalçamento sexual além do normal, das resistências à pulsão sexual no que se refere à vergonha, ao asco e à moralidade, e uma fuga à questão sexual. Portanto, além da evidência dos sintomas, há um aumento exagerado da pulsão sexual e a comprovação na conduta histérica tanto de uma “necessidade sexual desmedida” quanto de uma “excessiva renúncia ao sexual”. Freud (1905), sobre os fenômenos histéricos e o adoecimento, explicita:

O ensejo para o adoecimento apresenta-se à pessoa de disposição histérica quando, em conseqüência de sua maturação progressiva ou das circunstâncias externas de sua vida, as exigências reais do sexo tornam-se algo sério para ela. Entre a premência da pulsão e o antagonismo da renúncia ao sexual situa-se a saída para a doença, que não soluciona o conflito, mas procura escapar a ele pela transformação das aspirações libidinosas em sintomas. Não passa de exceção aparente o fato de uma pessoa histérica, um homem, por exemplo, adoecer por causa de uma emoção banal, de um conflito que não gire em torno de um interesse sexual. Nesses casos a psicanálise consegue demonstrar regularmente que a doença foi possibilitada pelo componente sexual do conflito, que privou os processos anímicos de uma execução normal (p.156).

O adoecer nos quadros neuróticos, e sua relação com a perversão, remete ao sintoma enquanto uma “expressão convertida de pulsões” (p.157). O neurótico não revive para a consciência, restando-lhe os ditames psicopatológicos. Por isso, o neurótico, segundo Freud (1905), caracteriza-se pelos quadros de inversão de sua sexualidade, pela fixação da libido, pelas transgressões anatômicas principalmente ao nível das mucosas da boca e do ânus, no desejo de transformá-las em órgãos sexuais. Outros sintomas intercorrentes na patologia neurótica são as vivências das pulsões parciais que se apresentam no antagonismo entre o prazer de ver e o exibicionismo e na própria perversão, a violência e a maldade, tanto na forma passiva quanto na ativa. A vivência desses quadros demonstra a “natureza sofrida do doente” (p.158), a ligação da

libido à crueldade, a mudança de um afeto para outro e do amor para o ódio e do afeto para a hostilidade. Freud (op.cit.) esclarece que pulsões que se conjugam com seu oposto guardam em si o seu contrário: de uma perversão ativa, por exemplo, há uma passiva; de conteúdos sádicos recalcados, há o seu reverso, o masoquismo. Nessas patologias, há um pouco de todas as pulsões perversas.

O que mais se destaca, após a exposição das condutas perversas, são as pulsões ditas parciais, que guardam em si a possibilidade de divisão. Freud (1905), inicialmente, define a pulsão por um “representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente” (p.159) e da diferença do estímulo que vem de fora e de “excitações isoladas” (p.159). O que o autor discrimina sobre as pulsões são as suas fontes somáticas (levam excitação ao órgão) e o alvo (término do estímulo orgânico).

Além das pulsões, há uma relação com os “órgãos do corpo” que guardam em si uma excitação de origem sexual, a chamada “zona erógena”, as pulsões parciais (recebem os estímulos através das mucosas, da pele e sensações). Freud (op.cit.) conferiu a tais zonas erógenas os órgãos substitutos dos órgãos sexuais específicos para a função sexual; substituições assim são muito comuns na histeria, mas também em outras psiconeuroses, como a neurose obsessiva e seus novos alvos sexuais, no exibicionismo e a função do olho, na questão da dor e maldade com suas conotações sexuais e também, fazendo parte dessas substituições, a própria pele assume essa conotação de zona erógena.

O foco nas condutas perversas e nos casos psiconeuróticos auxilia no entendimento da pulsão e de sua vertente sexual, não somente por apontar uma tendência perversa na visão freudiana, mas principalmente por indicar a presença do recalçamento sexual muito forte juntamente a uma pulsão sexual extremamente marcante. A se referir ao desdobramento da doença, Freud (1905) afirma que seu surgimento vem após a puberdade ou quando há uma insatisfação da libido por caminhos naturais, num momento da vida adulta.

Freud (op.cit.) faz menção ao aparecimento da perversão quando da correlação do fator interno representado pelo recalçamento e da impossibilidade do

objeto sexual ou situações outras de privação enquanto fatores externos. Quando isso ocorre, corrobora uma tendência à perversão, pela intensidade diante do desvio da libido, tanto de seu objeto quanto de seu alvo. O que fica evidente é que à neurose cabe um papel mais preponderante quando o interno, o constitucional e o externo, as circunstâncias e vivências se completam.

Uma das reflexões sobre o campo das pulsões na área sexual é a questão da perversão e sua ligação com o sintoma. Freud (1905) afirma que “... a predisposição às perversões é uma particularidade rara, mas deve, antes, fazer parte da constituição que passa pelo normal” (p.162). Essa afirmação demonstra a existência do inato, entretanto dependente daqueles dois fatores expressos anteriormente: o externo baseado nas experiências da vida e no interno, no que compete a sua intensidade. Portanto, a pulsão sexual tem, sim, um aspecto inato que, nas perversões, vai atingir as condutas sexuais perversas ou, por um recalçamento mal feito, favorecer os sintomas neuróticos pela atuação das pulsões sexuais ou, ainda, por ressurgir uma normalidade na vida sexual. Numa última ressalva, Freud (op.cit.) assinala que é no contexto infantil que o aspecto constitucional mostra-se em todo em sua relevância, já que é nessa fase infante que as perversões têm sua base. Parte, daí, a necessidade de os neuróticos, segundo o autor, permanecerem sexualmente infantilizados.

3.2.2 A sexualidade infantil: os passos da pulsão sexual

O infantil marcado pela amnésia, pelos esquecimentos dos primeiros anos de vida da criança, nada mais é que a ação do recalçamento, o bloqueio da consciência e vivência que lembra as experiências dos psiconeuróticos e tem a equivalência de sua sexualidade infantil. Portanto, estaria a amnésia infantil, segundo Freud, (1905) também ligada a conteúdos sexuais da infância? O que fica mais prominente é a fase da infância enquanto referência para o estudo da sexualidade e sua evolução. Surge o período de latência e o cessar da pulsão sexual facilitada pelas “inibições sexuais” por que a criança passa, pela interferência da hereditariedade e da própria influência da educação. Outra participação no desenvolvimento sexual do indivíduo são as entradas da sublimação e

de formação reativa, que vão permitir um enriquecimento da vida cultural, em civilização ou até do aparecimento dos impulsos morais.

Ao se debruçar sobre as manifestações da sexualidade infantil, umas das experiências sexuais da criança é “chuchar”, que se assemelha a uma espécie de sugar com prazer descrito enquanto extremamente prazerosa equiparada ao orgasmo. Outra manifestação da pulsão sexual infantil é o auto-erotismo, quando a satisfação é alcançada através do próprio corpo. Se o seio materno, o toque da mucosa labial, as sensações prazerosas fazem surgir as primeiras atividades sexuais, logo em seguida, seria a própria pele, quando a criança vai adquirindo nova escala em seu desenvolvimento psicofísico (o aparecimento dos dentes e a nova forma de se alimentar, não mais por sucção, mas por mastigação), outra zona erógena (a primeira era a amamentação ao seio) ocupa espaço. Freud (1905), ao se referir às características das manifestações sexuais infantis, remete às funções somáticas vitais, como auto-eróticas, pois não há um objeto sexual, que permanecem numa zona erógena e são as bases das pulsões sexuais do mundo infantil.

Além do período de latência, das manifestações sexuais da criança, o alvo sexual se confirma na zona erógena escolhida, sendo esta a causadora das maiores sensações de prazer. Uma das características apontadas para tal é a ritmicidade, além da própria “qualidade do estímulo” enquanto provedor dessa sensação satisfatória (é interessante que essas zonas na histeria têm a função de assumirem um órgão sexual). Compreende-se, assim, que esse alvo é visto como a satisfação, que se busca através da estimulação realizada, que está ligada a uma “vivência de satisfação” sentida anteriormente e através da necessidade de sua repetição. Outro aspecto da sexualidade do infante são as atividades masturbatórias, que envolvem a zona anal e as excitações sexuais provenientes das sensações extremas de prazer que provocam. Tal vivência as crianças buscam encontrar quando da retenção das fezes que, do lado das sensações de dor, trazem consigo a satisfação. Freud (op.cit.), sabendo dessa excitabilidade sexual, refere os distúrbios intestinais, associando-os aos estados neuróticos, explicitando:

Os distúrbios intestinais tão freqüentes na infância providenciam para que não faltem a essa zona excitações intensas. Os catarros intestinais na mais tenra idade deixam a criança “nervosa”, como se costuma dizer; no adoecimento neurótico posterior, eles têm uma influência determinante na manifestação somática da neurose e colocam à disposição dela toda a soma das perturbações intestinais (p.175).

Então, se a retenção das fezes é altamente prazerosa, outra atividade excitatória é experimentada pela zona genital através da micção, já que envolve a própria genitália tanto no menino quanto na menina. Tal sensação nessas áreas é facilitada, segundo Freud (op.cit.), pela “posição anatômica” no momento da higienização, pela pressão ou manuseio dessas regiões. Acrescenta que a masturbação infantil é dividida em três fases: no período de latência, no quarto ano de vida e no onanismo, na puberdade. Dando ênfase à segunda fase da sexualidade infantil, o onanismo no bebê, quando do retorno da pulsão sexual, pode levar a um desvio ao ocorrer uma persistência da pulsão nessa zona erógena, correspondendo finalmente a sintomas neuróticos. Um adoecimento em fase posterior pode manter-se na memória inconsciente e fazer parte de seu caráter, sua personalidade. Após a cessação dessa masturbação, ocorre seu retorno no período de latência através do prurido ou polução. Constatase que o retorno dessa atividade sexual na lactância são parâmetros para se conhecerem as doenças neuróticas, levando-se em conta as “causas internas e as contingências externas” (p.179). Uma das causas externas de grande relevância é a sedução, quando a criança é considerada um objeto sexual, o que pode incidir numa perversão, chamada de perversa polimorfa, pois, nessa fase de desenvolvimento, a criança ainda não tem aqueles limites da vergonha, do asco e da moral devidamente amadurecidos.

De acordo com Freud (1905), na sexualidade infantil, além das zonas erógenas, fazem-se presentes as pulsões parciais e outros objetos sexuais; elas são vistas como pulsões de prazer no tocante ao olhar, ao se exhibir e ainda à questão da crueldade. Diante da perversão de ver, a experiência da sedução se comporta como atitude natural na vivência sexual infantil podendo ser encontradas tanto em indivíduo sadios quanto

que em doentes neuróticos. De fato, quando crianças em idade muito precoce são estimuladas em sua atenção ao próprio órgão, tendem, sim, a desenvolver uma possível inclinação ao “voyeurismo” da genitália, além da propensão a ser voyeur também das atividades de micção e defecação de outrem. Em relação à crueldade da pulsão sexual na criança, é normal encontrá-la com o surgimento da “capacidade de compadecer-se” diante da dor de outrem, fazendo com que a pulsão de dominação seja controlada.

Com a investigação sexual infantil, abre-se espaço para a pulsão de saber que não guarda em si caráter puramente de uma submissão sexual nem, tampouco, como conteúdos da pulsão em seu sentido primordial. A pulsão de saber da criança vem, na verdade, das questões sexuais. Uma das primeiras teorias a esse respeito é o “enigma da esfinge” (p.183), que busca saber “de onde vêm os bebês” (p.183). Em seguida à teoria das genitálias idênticas e do advento dos complexos de castração tanto no menino quanto na menina, surge a questão da inveja do pênis. Das teorias do nascimento, fala-se da chegada dos filhos pelo ato de comer e também pela explicação de que as crianças nascem do intestino. Outra postura da criança mediante sua pulsão de investigar é quando se tem a concepção da relação sexual do adulto enquanto sádica. Segundo Freud (1905), quando a criança concede essa visão sádica, marcada por uma forte impressão, pode, sim, decorrer daí uma predisposição ao sádico em relação ao seu alvo sexual futuro. Nessas pulsões infantis, a criança não tem o conhecimento do “papel do sêmen fecundante e da existência do orifício sexual feminino” (p.185).

No que tange às fases de desenvolvimento da organização sexual, de início elas destacam-se nas fases pré-genitais que, em etapas normais, são vividas sem muitas dificuldades; em se tratando de situações patológicas, essas fases chamam a atenção quando são revividas. A primeira dessas fases é a oral, quando se conserva a atividade sexual ligada à nutrição, sem diferenciação, tendo a incorporação do objeto o seu alvo sexual (como já mencionado anteriormente, o aspecto patológico dessa fase é o “chuchar”, que toma o objeto como o próprio corpo). A outra fase pré-genital é a sádico-anal, que a “divisão dos opostos” (p.187) caracteriza; o par ativo-passivo (o ativo ocorre pela pulsão de dominação; o passivo, pela mucosa erógena do intestino). Perpassando as organizações pré-genitais, a ambivalência é outra organização sexual em

que as pulsões e seus opostos estão lado a lado, além de existir a perversão e a participação da zona anal. Em se tratando dos tempos da escolha objetal das organizações sexuais, Freud (1905) definiu-os pela “bitemporalidade”, um presente na fase de latência a outro, na puberdade, mas tomado em grande parte pelo primeiro por trazer até efeitos futuros das primeiras escolhas objetais, mesmo sob ação do recalçamento. Para se alcançar um desenvolvimento sexual, é necessário deixar de lado os objetos infantis e seguir para a puberdade em busca de um só objeto.

Sobre origens da pulsão sexual da sexualidade infantil, Freud (op.cit.) abordou que essa excitação sexual nasce:

(a) como a reprodução de uma satisfação vivenciada em relação a outros processos orgânicos, (b) pela estimulação periférica apropriada das zonas erógenas, e (c) como expressão de algumas “pulsões” que ainda não nos são inteiramente compreensíveis em sua origem, como a pulsão de ver e a pulsão para a crueldade (p.189).

Reafirma-se, mais uma vez, o papel das zonas erógenas e sua relação com a pele especificamente pela ocorrência de estimulações nessa área. Dentre as fontes de excitação sexual que sucedem na criança, as “excitações mecânicas” são, segundo Freud (op.cit.), três formas de estimulação: o sensorial, a pele e as chamadas áreas profundas que incluem músculos e articulações. Então, parte daí o prazer adquirido através do movimento, da agitação do corpo. É por isso, também, que a atividade muscular causa uma espécie de excitação sexual, base da pulsão sádica no indivíduo.

Outra fonte considerada de excitação são os processos afetivos de natureza intensa, desde a angústia, o medo, o pavor, que têm um efeito sexualmente excitante, mesmo que sejam desprazerosos. A dor também, enquanto portadora de uma sensação erógena, é colocada num lugar um pouco mais distante e é dada a ela a possibilidade da excitação sexual (parte daqui a compreensão da pulsão sadomasoquista sobre sua origem).

O trabalho intelectual é outro exemplo possível da excitação sexual pelo nível de concentração envolvido. O entendimento das fontes de excitação na criança guarda em si, enquanto características gerais, as excitações dos órgãos sensoriais e pele

e, com elas, os estímulos sobre as zonas erógenas. As excitações sexuais, suas fontes e os processos de normalidade ou não das constituições sexuais dependem, segundo Freud (1905), da intensidade da pulsão sexual e do próprio uso e forma de interagir com esses conteúdos psicosexuais.

A conjugação das pulsões parciais e a mudança das zonas erógenas para a zona genital, as organizações sexuais deparam o seu novo objeto sexual, de que depende a normalidade da vida sexual e, junto dele, a “meta sexual” que, no ser humano, aparece na vivência da ternura e do prazer sensual. Freud (1905) trouxe uma nova realidade para o alvo sexual no desenvolvimento da sexualidade, pela qual o homem não se limitaria à obtenção de prazer, mas à “descarga dos produtos sexuais” (p.196). Para isso, os caminhos da pulsão sexual atingem a função reprodutora como fazendo parte dessa nova configuração da sexualidade. As novas configurações das zonas genitais possibilitadas por sua maturação externa e interna levam o aparelho sexual ao alcance de uma satisfação sexual mais intensa, que vai além das sensações de prazer das zonas erógenas; vai, de fato, ao ápice por meio das descargas sexuais realizadas. Mais uma vez, os estímulos cumprem o seu papel, onde atuam: no mundo externo, pela excitação das partes erógenas; no mundo interno, o que Freud (op.cit.) nomeou de vida anímica (um complexo de “impressões externas” e um “receptor de excitações internas”). É por esses estímulos que se chega à excitação sexual via anímica (tensão provocada) ou somática (genitais).

Dos estímulos das zonas erógenas, das sensações de prazer, decorre aumento das excitações; da tensão sexual intensa e ao seu objetivo maior, nasce a descarga sexual propriamente dita. Um dos mecanismos, segundo Freud (op.cit.), que propiciam isso é a continuidade do pré-prazer das áreas erógenas para o prazer final que acontece na puberdade, um prazer que busca a satisfação. Esse é o caminho esperado da pulsão para o seu alcance nos parâmetros do normal, sem sofrer desvio. As zonas genitais assumem, na verdade, essa busca de uma satisfação sexual adulta.

A puberdade nos moldes da pulsão sexual põe frente a frente a libido, uma forma de energia presente nessas transformações provenientes das mudanças das excitações sexuais (junto destas, o papel das substâncias sexuais e sua eventual descarga

no ato sexual), que têm um caráter qualitativo diferente de outros processos psíquicos. A libido, quando representada no organismo, recebe o nome de libido do ego, que dará origem aos fenômenos de natureza sexual que advêm na vida psicosexual. Não convém esquecer que essa libido tende a transformar-se em libido do objeto que, em sua relação com esse objeto, pode sofrer diversas ocorrências, todavia tem por finalidade a satisfação do indivíduo por meio da condição sexual. Ao tomar a libido em termos de diferenciação entre os sexos, homem e mulher, Freud (op.cit.) considera sua natureza um caráter masculino, independente do gênero ou do objeto sexual buscado.

Os primórdios da pulsão guardam íntima relação com os primeiros cuidados com a criança; aqui, segundo a própria menção das idéias freudianas, esse cuidar, as ternuras, os embalos cheios de afeição funcionam como um espaço psíquico fértil para as excitações e satisfações sexuais exercidas pelas zonas erógenas. Assim, o exercício desses afetos de ternura prepara a criança para a pulsão sexual e tem vital importância para sua vida em todas as suas esferas, desde a social, à psíquica e à sexual. Quando a vivência dessa ternura chega ao extremo, traz conseqüência negativa, segundo Freud (op.cit.), desde a maturidade sexual precoce, a incapacidade de renúncia (por causa dos mimos) ou a tolerância do afeto, do amor quando não satisfeito em outros momentos da vida. O autor descreve bem tais conseqüências dos excessos desses afetos quando diz:

Um dos melhores prenúncios de neurose posterior é quando a criança se mostra insaciável em sua demanda de ternura dos pais; por outro lado, são justamente os pais neuropáticos que, em geral, tendem a exibir uma ternura desmedida, os que mais contribuem, com suas carícias, para despertar a disposição da criança para o adoecimento neurótico. Deduz-se desse exemplo, aliás, que os pais neuróticos têm caminhos mais diretos que o da herança para transferir sua perturbação para seus filhos (1905, p.211).

Outro exemplo são as experiências de angústia nas crianças. O acometimento desse intenso estado é indicativo de uma pulsão sexual alterada,

antecipatória devido aos excessos de mimos, causando na criança um comportamento adulto quando da transformação da libido em angústia ou o seu reverso, quando o adulto torna-se uma criança na experiência de sua angústia, dando vazão ao pavor e ao medo no confronto com o mundo em sua volta.

Se a pulsão sexual alcança os trâmites normais na puberdade, a função das figuras parentais facilita esse acesso à maturidade e à escolha do objeto sexual e, sobretudo, à barreira do incesto, podendo favorecer a manutenção familiar. Cabe salientar que a representação de início marca essa escolha do objeto, representação que tem nas fantasias infantis suas primeiras vivências. A superação da pulsão em direção aos pais, de seu “desligamento” para o alcance de nova etapa de seu desenvolvimento libidinal, busca o amor objetual noutro objeto que não os pais; do contrário, a pulsão remete a uma “fixação infantil da libido” (p.215). O que mais fica evidente são as perturbações, segundo Freud (op.cit.), no percurso psicosexual, demonstradas pelas “escolhas objetais incestuosas” (p.215), o que nos neuróticos se verifica pelo “repúdio da sexualidade”. Quando do estudo desses doentes e das manifestações da doença, fica flagrante esse reviver do amor incestuoso ou, noutro exemplo dado por Freud (op.cit.), quando menciona o adoecer de uma pessoa saudável diante de uma desilusão amorosa, aparece como mecanismo de adoecimento a “reversão de sua libido para as pessoas preferidas na infância” (p.215).

A disposição para a saúde psíquica tece caminhos nos passos iniciais da relação infantil com os pais influenciando a evolução da sua aprendizagem e maturidade sexual para a escolha do objeto sexual. Seu oposto é referência para a perturbação neurótica, pois, de acordo com Freud (1905), “as desavenças entre os pais ou seu casamento infeliz condicionam a mais grave predisposição para o desenvolvimento sexual perturbado ou o adoecimento neurótico dos filhos” (p.216).

3.2.3 As pulsões e os princípios do desenvolvimento psíquico

A regência dos princípios de prazer e realidade na constituição do aparelho psíquico aparecem nos quadros neuróticos com as transformações em ambos os princípios diante do funcionamento psíquico do sujeito, quando o mundo externo se faz presente, pelos diversos estímulos que cercam o indivíduo. O neurótico traz à sua realidade um conflito existente, deseja afastar qualquer resquício do mundo real que o aflija. É inato, instintual, o querer afastar o desprazer na vida psíquica e tornar o princípio do prazer alcançável. Para tanto, fazem parte dessa organização emocional os processos mentais inconscientes. No entanto, na evolução do desenvolvimento do funcionamento mental, novo princípio se fez presente, o princípio da realidade!

O princípio da realidade exige que o aparelho psíquico mude. A consciência, funções sensoriais e a descarga motora, enquanto meios de alívio do aparelho mental, permitem uma nova relação com a realidade externa. Uma forma de descarga motora que veio acrescentar-se a essa mudança do psíquico foi a introdução do pensar, propiciando uma tolerância da tensão sofrida pelo aparelho. Outra condição do aparelho psíquico para aliviar os conteúdos emocionais que vêm com o mundo externo é a fantasia, o devaneio. Sabe-se também que, quando os instintos sexuais se mantêm ligados ao auto-erotismo, o princípio da realidade fica impedido de atuar de maneira satisfatória. Esse fato, quando não se leva em conta o real, o mundo como ele é, pode provocar uma tendência à neurose.

Freud (1911), quando fala das transformações do ego no que se refere ao ego-prazer para o ego-realidade, quando fala das alterações dos instintos sexuais que partem do auto-erotismo, a busca do amor objetal, descreve:

Se estamos certos em pensar que cada passo destes dois cursos de desenvolvimento pode tornar-se local de uma disposição à doença neurótica posterior, é plausível supor que a forma assumida pela doença subsequente (a escolha da neurose) dependerá da fase específica de desenvolvimento do ego e da libido na qual a inibição disposicional do desenvolvimento ocorreu. Assim, uma significação

inesperada liga-se aos aspectos cronológicos dos dois desenvolvimentos [...] e a possíveis variações em sua sincronização (p.243).

Em Tipos de Desencadeamento da Neurose (Freud, 1912) os “fatores precipitantes das enfermidades” (p.249) são os que envolvem a doença neurótica propriamente dita, havendo as “vicissitudes da libido à decisão em favor da saúde ou da moléstia nervosa”. Falar de libido é falar da história do seu desenvolvimento que, segundo Freud (op.cit.), indica as “variedades inatas de constituição sexual e as influências do mundo externo experimentadas na primeira infância”. Uma das causas apontadas é a própria frustração. Se o indivíduo não recebe mais gratificação do mundo exterior, sem a presença de seu objeto de satisfação, cai nos trâmites da neurose. Por isso, Freud (op.cit.) afirma ser a abstinência uma condição para a doença. As neuroses e suas causas são facilitadas pelas privações de satisfações sofridas na relação com a realidade.

Então, a frustração é um risco que torna a libido represada e, a partir desse momento, o “pathos” como constituinte do sujeito, o adoecer, age sobre o indivíduo. Por isso, indaga-se até que ponto suportam-se as tensões psíquicas produzidas com esse frustrar. Freud (1912) refere-se a duas possibilidades que sugerem uma manutenção do aspecto saudável mediante as solicitações do meio que descreve:

A primeira é transformar a tensão psíquica em energia ativa, que permanece voltada para o mundo externo e acaba por arrancar dele uma satisfação real da libido. A segunda é renunciar à satisfação libidinal, sublimar a libido represada e voltá-la para a consecução de objetivos que não são mais eróticos e fogem à frustração. O fato de estas duas possibilidades serem realizadas nas vidas dos homens prova que a infelicidade não coincide com a neurose e que a frustração não decide sozinha se sua vítima permanece sadia ou tomba enferma. O efeito imediato da frustração reside em ela colocar em jogo os fatores disposicionais que até então haviam sido inoperantes (p.250).

Dessa forma, são tais “fatores disposicionais” que também podem levar a uma “introversão” da libido, causando o desinteresse da libido pelo real, já que a frustração anestesiou o sujeito. Novos caminhos são trilhados e chamam o da fantasia; é ela que, segundo Freud (1912), permitirá o surgimento das “novas estruturas de desejo”. Da fantasia à regressão, parte o conflito que tem a formação do sintoma enquanto solução para desencadear a doença. Portanto, se o sujeito cai doente a partir de uma experiência mal sucedida com a realidade, por uma questão externa, o sintoma é um meio que surge para se vincular à realidade, por isso, é chamado de “formação substituta”.

Outra causa precipitante da neurose que acarreta uma enfermidade é, segundo Freud (1912), um “esforço interno” (p.251) que o sujeito tenta executar para atender às demandas da realidade. Se na primeira causa de neurose a ênfase do adoecimento está ligada a uma mudança do mundo externo, nesta segunda causa, para se tornar doente, o destaque recai sobre o seu mundo interno, fazendo presente o conflito do que o sujeito sente e a necessidade de mudar. O sujeito não é capaz de resistir às imensas solicitações que o cercam, chega-se diferentemente da primeira causa de cair doente, pois a libido do sujeito escolhe tipos de satisfações que não são possíveis de atender.

A inibição do desenvolvimento é outra causa precipitadora ao adoecer, assemelhando-se à questão das exigências da realidade em que o sujeito não consegue amadurecer para enfrentar o mundo real e mostra uma libido extremamente ligada às fixações infantis. Um fator outro de desencadeamento de neurose ocorre em sujeitos que não se confrontam com nenhuma experiência nova, não passam por uma alteração diante do seu mundo externo. Existe, no entanto, uma peculiaridade nesses casos, quando da necessidade de enfrentar períodos específicos da vida em que um aumento exagerado da quantidade de libido no organismo desencadeia uma doença. É o caso de períodos como a puberdade ou a menopausa, que podem perturbar o equilíbrio psíquico do sujeito. O ponto do desencadeamento das neuroses está no represamento da libido enquanto fator patogênico e também da relação entre essa porção de libido em

contraposição à quantidade de libido que o próprio ego pode suportar. Quando isso não sucede, o ego corre riscos de “sentir” se debilitado diante das exigências e de cair numa doença, numa neurose propriamente dita.

3.2.4 O aparelho psíquico: fusão e des fusão das pulsões

O estudo do aparelho psíquico, constituído de uma vida mental, compõe-se do cérebro, sistema nervoso e dos “atos da consciência”, que são os processos da consciência. Na procura dessa composição do aparelho mental, depara-se o Id, tido como o lugar mais antigo da vida mental, onde se encontram os instintos e toda a parte herdada. Uma mudança ocorre e foi propiciada pela interferência do mundo externo no desenvolvimento do sujeito humano. Essa mudança revolucionou o campo psíquico à medida que aquele que portava todos os acontecimentos da vida mental, o Id, que dava conta dos estímulos sofridos e buscava a proteção e manutenção da organização psíquica, teve novo espaço ocupado pela participação do ego. Tal instância surgiu quando da existência do mundo externo em conexão com o Id.

O Ego guarda em sua condição o movimento voluntário e a autopreservação como característica. No contato com o exterior armazena, evita estímulos intensos, adapta-se a outros estímulos e exerce modificações sobre sua relação com o mundo que o cerca. Quando se refere ao seu mundo interno, o controle é uma característica evidente no confronto com os instintos: ou evitando excitações psíquicas ou deixando para depois alguma outra satisfação. O Ego busca o prazer e evita o desprazer, tentando, sempre que possível, um acúmulo de tensão, uma ansiedade e, portanto, um risco ou situação de perigo à sua estrutura psíquica. Outra instância que participa na intervenção junto ao Id, além do Ego, é o Superego, o organizador das condutas sociais do indivíduo, que recebe influência de outro, de um referencial que fez parte de seu desenvolvimento.

De acordo com a teoria das pulsões, o Id tem como propósito a “satisfação de suas necessidades inatas”; o Ego, o de proteger o indivíduo na interação com o exterior, tendo a ansiedade como instrumento dessa manutenção da vida; o Superego vem

dar ordem a todas as satisfações do sujeito, limitando-as. Percebe-se que essas pulsões que sustentam a vida mental, essas forças funcionam como energias somáticas relacionadas à mente. Por isso, as energias dos instintos podem ser transferidas umas às outras. Quando se estudam os instintos, têm-se, como referência, dois instintos, nomeados de Eros, o instinto do amor, da união e o seu oposto, o instinto de destruição e o instinto de morte, que realiza desconexões, desuniões. Daqui, parte o entendimento de que esse instinto tem a tendência de pôr tudo num estado inorgânico, seguindo a teoria de que tudo volta ao estado de antes, menos o instinto de vida. Sabe-se que os instintos agem concomitantemente ou atuam “um contra o outro”; tem-se também o conhecimento de que os instintos se ampliam em todo o mundo vivo, incluindo as forças de atração e repulsão que fazem parte da natureza.

A fusão das pulsões necessita funcionar com base em uma proporção. Se, por exemplo, há um teor de agressividade em excesso, busca-se um equilíbrio pela presença de Eros para auxiliar numa fusão adequada. Ao se referir a pulsão de destruição, o organismo necessita guiá-lo para fora do Eu e, quando isso acontece, a função motora exerce seu papel principal, remanejando essa energia pulsional. Outra questão importante é quando da presença do Supereu agindo na vida mental do indivíduo; este tem o poder, por seu mecanismo severo de fazer com que a pulsão de destruição se fixe no ego do sujeito, levando a uma destruição psíquica e, conseqüentemente, impedindo o seu crescimento. Segundo Freud (1940), esse conter de agressividade no interior do eu torna-se um “perigo para a saúde”, tendo como conseqüência a doença (a “mortificação”, significando para ele “deixar doente”). Portanto, torna-se uma auto-agressividade que também denota uma libido agindo mal, um fracasso frente às adaptações e solicitações pelo mundo exterior.

Na libido e na sua relação com o Ego, toda a libido ali contida revela-se através do narcisismo primário. Na interação do ego com os objetos do mundo de fora, a libido tende a se transformar de narcisista em objetal. É o Ego o “grande reservatório” nas catexias libidinais ao objeto ou quando retornam novamente ao Ego. Um típico exemplo é a pessoa em estado de paixão: sua libido é transferida para seu objeto de amor. Parte daí a condição da “mobilidade” da libido em relação aos seus objetos ou o

seu contrário, a “fixação da libido” aos seus objetos. A libido não é proprietária de “fontes somáticas” através do corpo e suas partes. Quando se referem ao impulso sexual, essas fontes somáticas são conhecidas por excitação sexual. As “zonas erógenas” originam a libido e o impulso sexual está correlacionado aos instintos e às suas zonas erógenas.

Tratar o desenvolvimento da função sexual é já ter antecipadamente uma diversidade de idéias e situações de estudo. Freud (1940) retratou a sexualidade incidindo sobre questões que sucederam na clínica da psicanálise. De antemão, a vida sexual seria a satisfação desta através de sexos opostos buscarem-se entre si; o órgão sexual de um busca o órgão sexual do outro; por isso, afirma-se que um busca o corpo do outro, o toque do outro, o olhar do outro. Freud (1940) constatou, porém, peculiaridades nesse desenvolvimento: sujeitos que são atraídos por indivíduos do mesmo sexo; sujeitos que mesmo tendo o desejo sexual, são desvirtuados para a satisfação destes por outros meios, sendo considerados como pervertidos e enfatizando o comportamento precoce de crianças quando de um interesse e excitação evidente de seus próprios órgãos. A partir dessas questões, Freud (op.cit.) descreveu as seguintes premissas (p. 165):

- (a) A vida sexual não começa apenas na puberdade, mas inicia-se, com manifestações claras, logo após o nascimento.
- (b) É necessário fazer uma distinção nítida entre os conceitos de “sexual” e “genital”. O primeiro é o conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada têm que ver com os órgãos genitais.
- (c) A vida sexual inclui a função de obter prazer das zonas do corpo, função que, subseqüentemente, é colocada a serviço da reprodução. As duas funções muitas vezes falham em coincidir completamente.

Dentre essas três descobertas, a primeira trata das manifestações sexuais na infância, o que, para Freud (1940), está “ligada a fenômenos psíquicos” que refletem mais tarde na vida erótica adulta, através das fixações a objetos específicos. Esse

aparecimento do curso sexual no infante segue por volta dos cinco anos, havendo o processo contrário em seguida, de quietude, dando a esse período o nome de latência. Um segundo momento de uma vivência da sexualidade retorna na puberdade. Segue-se o desenvolvimento sexual com a ênfase nas zonas erógenas e à primeira delas se dá o nome de zonas orais, quando a boca exerce o aspecto libidinal; da satisfação nutricional ligada à autopreservação, a necessidade de satisfação busca o prazer e este recebe a denominação de sexual. Nesta fase, os impulsos sádicos já estão presentes com o surgimento dos dentes quando, na fase anal-sádica, esses impulsos são satisfeitos através da agressão e da parte secretória. Mais adiante, tem-se a fase fálica, a fase do falo, do masculino, segundo Freud (1940). Após essa fase do domínio do falo, dá-se início a histórias diferentes para meninos e meninas. Os meninos, na sua fase edipiana, vivenciam o trauma da castração e da falta de pênis na menina, vindo, com isso, o momento de latência. Ao se portar a menina, ela percebe a sua falta de pênis, a sua “inferioridade” e um “desinteresse à condição sexual”. Numa fase mais conclusiva, chega-se à fase genital. Para Freud (1940), seguem-se tais conclusões:

- (1) algumas catexias libidinais primitivas são retidas, (2) outras são incorporadas à função sexual com atos auxiliares, preparatórios, cuja satisfação produz o que é conhecido com pré-prazer, e (3) outros impulsos são excluídos da organização, e são ou suprimidos inteiramente (reprimidos) ou empregados no ego de outra maneira, formando traços de caráter ou experimentando a sublimação, com deslocamento de seus objetivos (p.168).

Quando tais premissas não se sucedem, podem ocorrer inibições no desenvolvimento sexual, levando às manifestações de distúrbios e a perversões sinalizando para fixações da libido. Portanto, sobre as questões sexuais, para Freud (op.cit.), é necessário focalizar os aspectos dinâmicos e econômicos (refere-se à libido aqui) e a história de desenvolvimento do indivíduo enquanto parâmetro para a gênese dos distúrbios.

No que se refere às qualidades psíquicas do aparelho mental, notou-se que os fenômenos psíquicos não se restringiram à consciência e a seus processos, mas

tangenciavam-se nos chamados “processos físicos ou somáticos”. São esses processos somáticos que, segundo Freud (1940), são vistos enquanto realmente psíquicos, trazendo o conceito do inconsciente para uma nova tomada das ciências psicológicas.

Pela regra geral, algo que é consciente, como exemplo, os processos de pensamento, podem tornar inconscientes; ou o seu contrário, o inconsciente pode ter o seu reverso e tornar-se consciente ou até pré-consciente. Os processos psíquicos precisam ser melhor compreendidos para tornarem-se conscientes e, para tanto, necessitam de uma linguagem chamada de “inconsciente propriamente dito”. Com efeito, consciente, pré-consciente e inconsciente são aspectos inerentes aos processos psíquicos. Todos esses processos estão intrinsecamente interligados, podendo até ocorrer mudanças de um para outro, por exemplo, de um processo que estava na borda do pré-consciente retornar ao inconsciente. Para Freud (1940), esse tipo de ocorrência exerce “grande papel na causa dos distúrbios neuróticos” e o conteúdo consciente envolve os próprios “órgãos sensoriais”, suas percepções e sensações associadas ao mundo externo, com a participação da esfera dos sentimentos atuando nesse campo da vida mental juntamente com o papel do ego (este engloba tanto conteúdos conscientes quanto inconscientes).

Outro conteúdo psíquico que também compõe esses processos mentais, e que está mais estritamente ligado ao pré-consciente, é a fala, que caracteriza o próprio pré-consciente, já que este busca chegar à consciência propriamente dita. Esse processo age no ego e, ao contrário do id, tem uma relação mais estreita com o inconsciente. Para Freud (op.cit.), a vida mental é composta de energia, uma “energia nervosa ou psíquica”, de forma móvel ou fixa; são energias que se comportam como catexias e hipercatexias. Portanto, há existência de “leis diferentes” que fazem parte do Id e do Ego. O primeiro, regido pelos conhecidos processos primários; o segundo, o Ego, pelos processos secundários.

Para se compreender essa relação entre o Ego e o Id, caberia tomar a interpretação de sonhos como referência desse processo. Freud (1940) menciona os estados de conflito que são sofridos no aparelho psíquico do sujeito, abrindo uma possibilidade para que o Id e seus conteúdos se apropriem das fronteiras da consciência.

A confrontação entre essas duas forças, o Id e o Ego, quando se fala de sonhos, acontecem através das elaborações oníricas (uma participação dos conteúdos manifestos e dos pensamentos oníricos latentes) em que o Id deseja penetrar as fronteiras do Ego.

Dos impulsos pulsionais aos impulsos da vigília, vindos dos pensamentos pré-conscientes, dá-se a formação dos sonhos, que recebem participação tanto do id quanto do ego. Este, quando se desliga do mundo externo e das percepções sensoriais, favorece a formação de um instinto básico constituído que remonta ao início da vida humana. Esse instinto recebe o nome de sono. Freud (1940) comenta o papel do id na formação dos sonhos quando diz ser a memória mais atuante no próprio sono do que no estado desperto, quando existem mais recordações; outra característica é a existência dos “símbolos lingüísticos” que compõem o sonho e que têm uma origem muito antiga. Ainda sobre a memória, o autor ressalta as “impressões de tenra infância” inconscientes e reprimidas, embora reapareçam na mente do sonhador. Outro aspecto que faz parte do sonho é a chamada “herança arcaica”, que tem uma constituição filogenética.

Uma das leis defendidas por Freud (1940) que faz parte da formação dos sonhos é a condensação (unidades formadas a partir dos elementos do sonho). Ela faz que partes dos sonhos vindos através dos “pensamentos oníricos latentes” sejam melhor representados; outra lei que compõe os sonhos são os deslocamentos das catexias psíquicas, dando-lhes a possibilidade de serem também representadas nos conteúdos manifestos. Assim, a elaboração onírica significa uma abertura para os conteúdos inconscientes quando latentes e manifestos, encontram-se através das “associações dos elementos dos conteúdos manifestos” (p.183). As elaborações oníricas são, antes de tudo, a realização de um desejo; por isso, os sonhos se comportam, segundo explicitou o próprio Freud (op.cit.), como “estruturas de conciliação”. Ele descreve: “o sonho é invariavelmente uma tentativa de livrar-se de uma perturbação do sono por meio de uma realização do desejo, de maneira que o sonho é um guardião do sono” (p.184).

A saúde psíquica depende da boa intervenção do Ego frente ao Id, ao Superego e à realidade e sua capacidade de se manter organizado nesse conjunto. Quando isso não se realiza, abre-se o caminho para as condições patológicas, pois Freud (op.cit.) demonstrou que o “enfraquecimento do ego” é fator que disponibiliza a doença

(estados patológicos). Uma dessas situações é favorecida pelas “exigências do id e do superego” em excesso. Essas exigências vêm desde as satisfações instintivas quanto das pressões autoritárias do outro chamado superego. Manter o estado normal é tudo que o ego almeja, daí sua relação na busca de um ajustamento com a realidade, com o mundo que o cerca. O seu contrário gera um desequilíbrio, uma perturbação ou até um corte brusco, total, com essa realidade, restando-lhe, senão o mecanismo normal do sonhar, a psicose propriamente dita.

A busca da cura se faz a partir da disposição do ego do paciente e do auxílio do analista pela sua experiência ao retorno desse ego bem capacitado para sua vida mental. A cura não se faz quando está em jogo o ego psicótico, pois o nível de desorganização e conservação da realidade se encontra bastante comprometido. Assim, o campo da cura se encontra fértil ao tratar dos casos neuróticos que, apesar de seus distúrbios patológicos, mantêm ligação com a realidade. Nessa relação, nasce o fenômeno da transferência, estando ele rodeado pela ambivalência; no mesmo tempo em que o analista recebe os sentimentos de afeição, também coadunam os sentimentos de hostilidade.

Face a toda essa complexidade da transferência, Freud (1940) fala sobre os “sucessos terapêuticos” estarem muito mais associados a uma transferência negativa do que a uma transferência positiva, já que esta remeteria muito mais à tendência sugestiva que a uma real mudança propriamente dita. A transferência negativa põe à prova a tarefa do analista diante do paciente de lhe mostrar a origem dos fenômenos que sucedem na experiência da transferência. É nesse aspecto que está uma condição favorável para a diminuição da questão da resistência que acontece na relação analista-paciente.

Freud (1940), ao tratar os quadros neuróticos em busca de uma reversão desses distúrbios e sua superação, defronta-se com “fontes de resistências” que não pertencem ao ego do paciente, vindo a indicar a “necessidade de estar doente ou de sofrer” (p.194). O sentimento de culpa se faz presente como uma dessas resistências vindas naturalmente de superego hostil, retratando um paciente que apresenta reações emocionais de não melhora ou um quadro constante de manter-se doente. O sentimento

de culpa também pode trazer o seu reverso, quando se percebe uma alteração positiva do quadro neurótico de sofrimento do paciente. Outro tipo de fonte de resistência é visto em pacientes que não aceitam uma melhora de seu quadro patológico e se mantêm numa dinâmica altamente neurótica. Segundo Freud (1940), são pacientes cujas pulsões de autopreservação são bastante debilitadas, comportando-se de forma autolesiva e destrutiva, com tendência ao suicídio.

Freud (1940) acrescenta que ao paciente compete demonstrar um desejo de mudança, uma transferência positiva, procurando vencer as três forças que impedem a evolução do ego rumo ao seu equilíbrio; essas forças são a resistência, a transferência negativa e a repressão e, com esta, o próprio sentimento de culpa (envolve o Superego) e a “necessidade de seus próprios instintos”. Freud mesmo acrescenta:

Fora esses, pode-se discernir alguns outros fatores como tendo relação favorável ou desfavorável. Uma certa inércia psíquica, uma indolência da libido, que não está disposta a abandonar suas fixações, não podem ser olhadas com bons; a capacidade do paciente de sublimar seus instintos desempenha um grande papel e assim também a sua capacidade de elevar-se acima da vida grosseira dos instintos, bem como, ainda, o relativo poder de suas funções intelectuais (p.195).

3.2.5 As manifestações da pulsão

Freud (1915) constrói o artigo Os instintos e suas vicissitudes e com ele prossegue sua investigação na compreensão dos instintos e suas interferências na vida mental do sujeito. De início, o conceito dos instintos em Freud (op.cit.) traz ambigüidades para o devido entendimento: conceito entre o “material e o somático, [...] o representante psíquico dos instintos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente” (p.118), seguindo-se, em sua definição, conceito do somático e do mental (caso Schreber, 1911) a um “representante psíquico de uma fonte de estímulo endossomática, [...] entre o mental e o físico” (p.118). Houve uma mudança no

conceito: de início, o instinto era visto enquanto um “representante psíquico de impulsos somáticos”; passou a ser uma idéia que representa o instinto, o “não-psíquico”, considerando que, em época anterior, os instintos se equivaliam às excitações endógenas, diferentemente das excitações registradas como estímulos de natureza exógena.

A real distinção entre pulsões e estímulos dita a regra de que os primeiros, em sua origem, vêm de dentro do organismo, de um mundo interno, além de que são vistos numa espécie de força constante, portanto, ficando impossível fugir dele. O instinto ainda é tomado como uma necessidade, superada pela satisfação. Nesse ínterim, não se deve esquecer que o domínio dos estímulos depende da atuação do sistema nervoso, o que mais à frente toma o aparelho mental também recebendo as interferências do princípio do prazer. Freud (1915) menciona que a relação prazer x desprazer está relacionada à “flutuação nas quantidades de estímulos que afetam a vida mental” (p.126). Não se desconhece, portanto, que a vida mental recebe essa ligação com os instintos, comportando-se estes como o “representante psíquico dos estímulos” e chegando até ao corpo.

Deve-se lembrar que os instintos tomam em seu conceito quatro questões que fazem parte de si: a pressão enquanto “fator motor” ou “quantidade de força”; a finalidade na busca da satisfação; o objeto no qual o instinto atinge sua finalidade e a fonte, um processo somático que sucede no órgão ou numa parte do corpo. Seguindo esse entendimento das pulsões e seus destinos, sinaliza-se para a existência dos instintos do Ego, os autopreservativos e os instintos sexuais. Surge daí o conflito entre a sexualidade e o Ego, segundo Freud (1915). Na referência aos instintos sexuais, eles apresentam, enquanto finalidade, o “prazer do órgão” (p.131, 1915). Esses mesmos instintos podem alcançar uma função de sublimação pela própria capacidade de mudar de objetos e funcionarem uns instintos por outros.

Os destinos das pulsões sexuais, que percursos seguem? São esses destinos as “modalidades de defesas contra os instintos” (p.132) que se destringem em quatro caminhos: a reversão ao seu oposto; o retorno em direção ao próprio eu (self) do indivíduo; a repressão e a sublimação (estes abordados posteriormente). Sabe-se que a

reversão ao seu oposto assume ou uma posição da “atividade para a passividade” ou sofre uma “reversão ao seu oposto” propriamente dita. As primeiras variações de instintos são o sadismo-masiquismo e a escopofilia-exibicionismo. Esse destino do instinto afeta diretamente a finalidade da pulsão (do ativo para o passivo); sobre a reversão de conteúdo, ocorre uma mudança do “amor em ódio”. Quando a reversão atinge o eu do sujeito, tem-se conhecimento de que, na base desse tipo de reversão, atua o sadismo (na aparência do masiquismo) sobre o ego da própria pessoa. Considerando essa investida sobre a conduta perversa, na perspectiva psicanalítica, a excitação sexual está na esfera da dinâmica do sujeito. Ora, além da ação de dominar e humilhar, a dor torna-se presente, enquanto aquela que leva a excitação do indivíduo e sua eventual satisfação (seu mecanismo principal).

O desenvolvimento do ego nos primórdios de sua evolução tem a participação das “vicissitudes pulsionais” quando do retorno do instinto ao ego, e pode afirmar-se que o ego sofre reversão da atividade para a passividade, por um “retorno ao objeto narcisista” enquanto uma forma de defesa inicial. Ao se falar dos instintos sexuais, os de natureza auto-erótica, os quais têm na função do órgão sua finalidade instintual última, quando se encontra o caráter atividade-passividade deste instinto assimilando-se aos outros instintos anteriores (sadismo-masiquismo e escopofilia-exibicionismo). Esse aspecto é tão proeminente na vida mental que até a questão de amar-ser amado guarda essa relação de passividade quando o sujeito no mesmo tempo que ama busca seu reverso de ser amado, assemelhando-se tal situação a um “amar-se a si próprio”, tangenciando o narcisismo do ser. É daí que partem as polaridades da vida mental, regidas pelas “três antíteses”, segundo Freud (1915): Sujeito (ego) – Objeto (mundo externo), Prazer – Desprazer e Ativo – Passivo.

Dessa forma, nesse novo alcance do que seja o amor e sua gênese juntamente com a questão do ódio, vale uma descrição do que Freud (1915) considerou relevante neste propósito:

O amor deriva da capacidade do ego de satisfazer auto-eroticamente alguns dos seus impulsos instintuais pela obtenção do prazer do órgão.

É originalmente narcisista, passando então para objetos, que foram incorporados ao ego ampliado, [...] ego em direção a esses objetos como fontes de prazer. Tornar-se intimamente vinculado à atividade dos instintos sexuais ulteriores e, quando estes são inteiramente sintetizados, coincide com o impulso sexual como um todo (p.143).

Doravante, toma-se o amor, em suas primeiras finalidades, em seu caráter devorador, incorporador, transformando-se mais adiante em um amor que se assemelha ao ódio, quando da luta por dominar o objeto de sua satisfação, até uma etapa de organização genital em que o amor se diferencia do ódio. Retoma-se a última antítese do amor: o amar-ser amado envolve a condição da atividade-passividade. Por fim, segue-se o devido entendimento, quando se assimila que as polaridades do amor (ressaltemos que estas polaridades têm um caráter biológico quando ligadas à atividade-passividade; real, quando relacionada ao ego x mundo externo; econômica, quando se refere ao prazer-desprazer) que fazem parte da vida mental, interferem na “sujeição dos impulsos instintuais” enquanto componentes dos destinos que os instintos sofrem.

Outro destino dos instintos além da reversão ao seu oposto e à reversão ao próprio eu, é o da repressão, conceito que a psicanálise associou com o fenômeno da resistência, tendo a repressão, de acordo com Freud (1915), um entendimento, a partir dos conhecimentos da histeria, de uma idéia que deve ser expulsa da consciência. Da incidência do impulso instintual no ego, este, quando não o reprime, faz uso da condenação, seu julgamento. O instinto guarda a condição, segundo Freud (op.cit.), de sua satisfação tida enquanto prazerosa, o que faz surgir uma indagação de por que o instinto trilha o caminho da repressão. A possível resposta estaria numa satisfação que levaria ao desprazer. Um típico exemplo explicitado pelo autor é o do estímulo externo internalizado no eu, levando à tensão constante, a uma excitação psíquica que acarreta a dor. Buscar o término dessa dor permite a possibilidade de satisfação. A excitação e a tensão não levariam obrigatoriamente à repressão. Freud (1915) clarifica bem, quando diz:

... torna-se condição para repressão que a força motora do desprazer adquira mais vigor do que o prazer obtido na satisfação. [...] a repressão não é um mecanismo defensivo que esteja presente desde o início; que ela só pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a vida mental consciente e a inconsciente; e que a essência da repressão consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente, mantendo-a a distância (p. 152).

Repressão primeva é essa a primeira fase da repressão que, segundo Freud (1915), impede a entrada do representante psíquico, da idéia do instinto no consciente, o que gera uma fixação, estando, assim, o instinto “pregado” a tal representante. Em seguida, a repressão propriamente dita (a segunda fase) atinge os chamados “derivados mentais” do que foi reprimido ou qualquer outro pensamento que se haja ligado ao representante. Sabe-se que a repressão age de forma individual, podendo ter seus “derivados” destinos diferentes, além de apresentar também um caráter “móbil”, dando à repressão uma constante atuação de forças para a sua manutenção. Por isso, afirma-se que o “fator quantitativo” interfere na formação do conflito. No caso, uma idéia dita como “detestável” eleva-se em suas forças, torna-se o conflito real, ativando-o e culminando-o na repressão. Deve-se considerar também que, quando se fala sobre repressão, além da idéia enquanto representante psíquico do instinto, existem as “quotas de afetos”, suas energias instintuais ligadas à idéia.

O fator quantitativo é o representante instintual tem seus destinos, e estes se desdobram em três: a supressão do instinto, sua aparição em afeto ou sua transformação em ansiedade. A questão do afeto é proeminente quando faz parte do representante, o que torna sua participação decisiva dos destinos que assume na repressão, já que esta tem a tarefa principal de fugir do desprazer. Uma consciência faz-se a partir do conhecimento de que a “repressão deixa sintomas em seu rastro” (p.158). Para Freud (1915), as formações substitutivas e a formação dos sintomas não vêm da repressão, mas de um “retorno do reprimido”. Ele afirma que (p.159):

- 1) O mecanismo de repressão de fato não coincide com o mecanismo ou mecanismos de formação de substitutos;
- 2) Existem numerosos e diferentes mecanismos de formação de substitutos e
- 3) Os mecanismos de repressão têm pelo menos uma coisa em comum: uma retirada da catexia de energia (ou da libido, quando lidamos com os instintos sexuais).

As três formas de psiconeuroses familiares de histeria de ansiedade, histeria de conversão e neurose obsessiva, são exemplos que demonstram o percurso da repressão: na primeira, de ansiedade, ocorre apenas uma substituição da idéia ou sua remoção pela repressão, não impedindo uma vivência de desprazer. Sobre a de conversão, não se observa um aparecimento da quota de afeto, quando deparam “sensações aflitivas” experimentadas no corpo como uma “inervação somática” (motora ou sensorial, comportando de forma excitatória ou inibitória). É assim que se dá a repressão nesse tipo de histeria, a formação do substituto se completa com a formação do sintoma. Por último, a neurose obsessiva e sua relação ambivalente, em que há uma atuação do impulso sádico e um conseqüente fracasso da repressão.

O que marca o estudo sobre o psíquico é a sua divisão entre a questão da consciência e do inconsciente propriamente dito. Freud (1923) mostra em seu conceito da consciência uma “qualidade psíquica” que guarda em si uma característica transitória, o inconsciente tomado em sua idéia de um caráter latente da possibilidade de se tornar consciente. Mais no decorrer de uma compreensão do que seja inconsciente, este conceito estendeu-se mais em seu aspecto econômico sendo visualizado enquanto um processo da vida mental. Tal processo, vindo por “idéias ou processos mentais”, interfere no psíquico, não podendo, de pronto, tornar-se consciente pela presença no psíquico de uma força repressora. Tal força é conhecida, na verdade, por resistência por tornar aquelas idéias um estado de repressão. A partir desse momento, o conceito de inconsciente sofre alterações, as quais vão ser vistas enquanto um inconsciente, latente no caminho do consciente, e o inconsciente, outro reprimido com sua impossibilidade de vir à tona no campo da consciência.

Outra organização do aparelho mental, o ego, que tem como uma de suas principais funções o “controle da motilidade”, exerce uma descarga das excitações para o mundo externo; é também dele que saem as repressões que deixam o ego frente a frente com as próprias resistências; daí, afirmar-se que o ego tem um conteúdo inconsciente, reprimido. A interpretação dessa realidade psíquica é vista pela psicanálise enquanto uma situação de “split” vivida pelo ego; em outras palavras, existe uma luta entre o ego coerente, estruturado e o ego reprimido. O ego guarda em si uma parte inconsciente, sabendo-se ainda que não demonstra um aspecto latente em si mesmo, mas uma condição de ser reprimido. Nem tudo que coaduna é inconsciente, segundo Freud (1923), é reprimido; ao contrário, todo reprimido de fato é inconsciente.

O reprimido, o inconsciente, enquanto fazendo parte do aparelho psíquico, coexistem também com a consciência. As chamadas percepções da consciência são sensoriais quando a consciência as toma do mundo externo, enquanto que as percepções vindas de dentro, internas, são nomeadas de sensações e sentimentos. As idéias e/ou pensamentos do pré-consciente são vinculados a representações verbais, permitindo através delas que os conteúdos se tornem conscientes, o que só é possível porque se sabe que tais representações são, segundo Freud (1923), resíduos mnêmicos, resíduos de lembranças. O pré-consciente pode ser conquistado na análise pela formação dos “vínculos intermediários”. Quando se especifica sobre as percepções internas e seu percurso, tem-se o conhecimento de que tais percepções são possíveis pelas sensações e sentimentos; elas têm localização e qualidades diferentes. Ao especificar sobre as sensações de desprazer, também se tornam conscientes, passando pelo sistema pré-consciente. Quanto aos sentimentos, necessariamente não precisam passar pelo pré-consciente, pois eles são considerados conscientes ou inconscientes.

Sobre as representações e os três sistemas (consciente, pré-consciente e inconsciente), Freud (1923) fala novamente sobre a importância do ego e sua relação com o sistema pré-consciente, ampliando sua atuação para um ego também inconsciente, que recebeu uma parte do id, mas que, com a interferência do mundo externo, teve novo ajuste e que também tenta mostrar para o id algo além do princípio do prazer, que seria o princípio da realidade. O ego tem no corpo um espaço que traz

percepções internas e externas que vêm em forma de sensações oferecidas pelo tato. Outra sensação é a dor, que torna o organismo extremamente perceptivo quando diante de uma doença ou sofrimento. Freud (1923), a partir de tais achados, toma o ego como corporal, um ego que surge das “sensações corporais”, da “superfície do corpo”. Outra situação que chama a atenção é que a autocrítica e a consciência, enquanto funções avançadas, têm uma nomeação inconsciente, não sendo, portanto, de natureza puramente consciente. Ao relembra a questão do sentimento inconsciente de culpa, mais uma vez, defrontamo-nos com a dificuldade de uma elaboração ou superação de um quadro neurótico quando se observa a poderosa inserção desse tipo de sentimento na perseveração nas neuroses.

Mais do que um representante psíquico do mundo real ou de uma parte que sofre alteração do Id, o Ego vem apresentando-se, através da existência do Superego, não mais um lugar da consciência, mas um espaço de onde se originam os processos de identificações e substituições. Um exemplo típico que o próprio Freud (1923) destacou são os casos de melancolia; quando da perda do objeto, ocorre uma reintrodução do objeto. Isso ocorre a partir da substituição das catexias do objeto pelas identificações.

Catexia e identificação no início do desenvolvimento, segundo Freud (op.cit.), ocorrem quando, ao se apropriar do objeto, o desprendimento do Ego, mediante essa introjeção e sua eventual regressão à oralidade do objeto, seu desprendimento tende a acontecer mais espontaneamente. Na identificação, existe uma possibilidade para que o Id crie condições de deixar seu objeto. Freud (1923) descreve:

[...] o caráter do ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história dessas escolhas de objeto. Naturalmente, deve-se admitir, desde o início, que existem diversos graus de capacidade de resistência, os quais decidem até que ponto o caráter de uma pessoa desvia ou aceita as influências da história de suas escolhas objetais eróticas (p.42).

Portanto, podem, sim, as catexias objetais influenciarem sobre o caráter de um indivíduo, ocorrendo até uma simultaneidade da identificação junto com a catexia do objeto, levando a uma alteração suportável do caráter. Tais observações remontam à conduta do ego de se assemelhar ao objeto como se fosse uma solicitação ao Id de sua atenção.

Ocorrendo uma mudança da catexia, de sua libido objetal para uma libido narcísica, ocasionar-se-ia uma desfusão dos instintos, já que uma das conseqüências dessa mudança da libido é sua dessexualização que levaria a uma sublimação. Ao pormenorizar as “identificações objetais do ego”, descobre-se que, quando muito intensas e diferentes, podem causar, segundo Freud (1923), uma “ruptura do ego”, o que pode sinalizar um aspecto patológico (dependendo de sua permanência e grau de diferenciação no ego), a existência de um conflito. Quando o ego recebe a interferência das identificações infantis, as catexias objetais podem influir de forma quase permanente na formação do caráter do sujeito.

A interferência dessas primeiras identificações é tão forte na vida mental que, quando deparam a experiência edipiana e seus conflitos com as figuras parentais, surge, segundo Freud (1923), além do conflito edípico, a bissexualidade de cada sujeito. Ao se referir, por exemplo, ao menino sobre a vivência dessa fase, o momento das ambivalências é sentido na relação com o pai; com a mãe, procura-se, em geral, uma vivência harmoniosa. Sobre a menina, o que se espera, em geral, é a consolidação da identificação com a mãe, permitindo, assim, o espaço da feminilidade. Deve-se lembrar, sobretudo, que a forma ou o desenrolar psíquico dependerá da “força relativa das disposições sexuais masculina e feminina”. Então, o complexo de Édipo e sua devida dissolução dependerão dos destinos seguidos pela identificação paterna e materna. Freud (op.cit.) cita que, na identificação paterna, o menino mantém uma relação objetal necessária com a mãe, como também substitui a relação de objeto com o pai vista como invertida, seguindo o mesmo em relação à identidade materna.

Com o complexo de Édipo, a partir das identificações paterna e materna, ocorre a “formação de um precipitado no ego”, que entrará em contato com o chamado Superego ou ideal de Ego. Esse ideal de Ego tem como função realizar uma repressão

ao complexo de Édipo, uma situação que repercutirá sobre o ego infantil, fortalecendo-o. Freud (op.cit.) descreve: “o superego retém o caráter do pai, enquanto que quanto mais poderoso o complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir à repressão (sob a influência da autoridade do ensino religioso, da educação escolar e da leitura), mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego, sob a forma de consciência (conscience) ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa” (p.47).

Toda a importância do superego registra seu berço em seus aspectos biológicos e filogenéticos; o biológico, quando aponta para a própria condição humana do desamparo e da ampla dependência nos anos iniciais de sua vida; o filogenético vem refletido na sempre atual presença dos pais na história do sujeito. Portanto, um superego que fez parte de nosso passado infantil faz parte no presente, na forma como nos relacionamos e no nosso futuro. Em toda a vida adulta, deparamos, dentro de cada um de nós, os ímago paterno e materno trazidos em nosso Eu. Segundo Freud (1923), o ideal do Ego é o “herdeiro do complexo de Édipo”, ele guarda consigo os impulsos e as vicissitudes da libido do Id. É o representante do mundo interno, que se contrapõe ao ego e a seu mundo externo. Nota-se uma participação de todas as instâncias mentais desde o id e suas heranças passadas de gerações a gerações, ao ego inconsciente embutido nessas heranças e sua subsequente formação do superego através desse herdeiro nomeado id. Enfim, a mente, com seus processos mentais e suas intrincadas interações psíquicas, recebe influências de suas instâncias (id, ego e superego) e sistemas (consciente, pré-consciente e inconsciente) que fazem parte de toda uma constituição do aparelho mental.

Ao falarmos das pulsões, duas categorias o distinguem, as pulsões de vida, o Eros e as pulsões de morte. Da primeira, definem-se as pulsões sexuais, pulsões autopreservativas do ego; sobre o segundo tipo de pulsão, representado pelo sadismo, tem-se a pulsão de morte com o intuito de chegar ao estado inorgânico. Freud (1923) concebe a vida numa visão dualística pela qual o processo fisiológico, no anabolismo, no catabolismo, faria parte das duas pulsões, agindo na substância viva, tanto levando-a a sua manutenção quanto ao seu contrário, a morte.

Ao se tratar das ligações das pulsões ou de suas fusões, é concebível manter em mente que essa fusão se dá de forma contínua, quando da evolução das formas unicelulares para as multicelulares. Ao se referir a pulsão de morte, uma expulsão para o mundo externo dos impulsos destrutivos é feita pelo aparelho muscular. Sobre a des fusão, um dos exemplos apontados por Freud (op.cit.) seria o sadismo que, diferentemente do conteúdo sádico do instinto sexual, extrapolaria para uma perversão. Nas neuroses graves, como neuroses obsessivas, ocorreria uma des fusão pulsional e uma pulsão de morte em evidência. Portanto, na des fusão das pulsões observa-se uma “regressão da libido”.

Freud (1923) menciona a polaridade do amor e do ódio como sentimentos ambivalentes. Em relação aos instintos, uma vivência de intensa agressividade e rivalidade está presente na paranóia persecutória. O que culmina numa paranóia é a ambivalência porque, por meio de “deslocamentos reativo de catexias” (p.56), a energia do impulso erótico é deslocada para os impulsos hostis.

Compreender a relação entre o amor e o ódio sinaliza para a relação do ego ou do id nos processos mentais. Freud (1923) destacou como uma “energia deslocável” que pode fazer parte dos impulsos eróticos ou destrutivos, alterando sua intervenção sobre o ego ou o id através de uma energia maior, uma energia total. Segundo Freud (op.cit.), a satisfação de um instinto pode ocorrer pela satisfação de outro instinto, estando eles, de uma forma ou de outra, interagindo sucessivamente. Portanto, tal energia deslocável, existente tanto no ego quanto no id, é um “Eros dessexualizado”, que vem de um conteúdo narcísico da libido. Por isso, afirma-se que essa libido é usada para se pôr em ação o princípio do prazer, facilitando, assim, a descarga de energia.

O que torna relevante é o conhecimento de que essa energia deslocável é entendida com uma libido dessexualizada ou, ainda, uma “libido sublimada”. Freud (op.cit.) exemplifica através dos processos de pensamentos uma sublimação em que as forças motivadoras eróticas agem. Ela é possível pela chamada da “mediação do ego” enquanto exerce uma função regulamentadora em que vai participar desse papel de unir, de trazer o Eros para perto. Um dos movimentos que o ego realiza para tal propósito é tomar para si as catexias do id, sua libido e posteriormente pô-las a seu favor através do

recurso da identificação. Essa situação vai permitir que a libido sexual, erótica, mude para ser uma libido do ego, trazendo como consequência o deixar de lado os objetivos sexuais.

O ego se torna, no decorrer dessas mudanças, um ego narcísico, embora um narcisismo de natureza secundária que teve origem nos objetos. Para Freud (1923), os impulsos instintuais vêm de Eros, vêm da conquista pela vida em oposição ao instinto de morte, que se mostra quieto, inerte e que tem sua força de inserção nesse paradoxo da luta a favor da vida. A vida dos instintos sexuais, de Eros, traz as tensões de que o organismo precisa para reagir ao princípio de Fechner (apud Freud, 1923), princípio da estabilidade, quando o organismo se debruça numa constância em direção à morte. Em toda essa arqueologia dos instintos de vida e morte incessantemente agindo no organismo humano, reafirma-se a importância intrínseca do ego no interior do eu, haja vista seu trabalho de trazer para si a libido e, junto, a contribuição também do id, controlando as tensões e favorecendo uma marcha à disposição da vida!

Abordar sobre as relações do ego é mencionar sobre os distúrbios e neuroses graves que acometem o paciente e o comportamento que assumem através das reações terapêuticas negativas; são reações em que o paciente, ao invés de manifestar melhora, cai num estado de depreciação. Essas reações de caráter negativo acometem sujeitos que sentem como um temor, uma espécie de perigo, a possibilidade de retomarem um estado de saúde, de cura.

Nesses casos clínicos, a satisfação com esses estados mórbidos e a profunda dificuldade de deixar essa conduta de sofrimento levam-nos ao sentimento de culpa. Freud sinaliza bem essa questão quando descreve:

Esse sentimento de culpa se expressa apenas como uma resistência à cura, que é expressamente difícil de superar. É também particularmente difícil convencer o paciente de que esse motivo encontra-se por trás do fato de ele continuar enfermo; ele se apega à explicação mais óbvia de que o tratamento pela análise não constitui o remédio certo para o seu caso (p.62).

O sentimento de culpa, quando assume um estado menos severo, sem um aspecto patológico, mais consciente, reflete apenas uma tensão esperada entre o próprio ego e o seu ideal; tal sentimento é uma forma de julgar o ego por uma intervenção crítica, provavelmente através do superego. Sobre os comportamentos neuróticos e em determinadas neuroses graves, como na neurose obsessiva e na melancolia, o sentimento de culpa também está presente, e de forma bastante intensa nesses quadros patológicos. O que se verifica é que o ideal de ego nessas situações funciona de forma bastante hostil, relacionando-se com o ego numa conduta punitiva e agressiva. O desenvolvimento de uma atitude de ideal de ego aniquiladora só faz reviver um sentimento de culpa cada vez mais instigante, ameaçador, dando pouca chance ao ego de si aproveitar de um ajustamento psíquico possível.

O que se percebe nessas patologias são mecanismos avassaladores que refletem uma solicitação de socorro do ego e a revelação de impulsos reprimidos atuando nos sentimentos de culpa. Em relação às neuroses obsessivas, o que se encontra evidente são os impulsos que não são aceitos, fortemente barrados, e que não estão dentro do ego, diferentemente dos estados melancólicos em que o ego tem em si os objetos, identificando-se com eles, causando uma reação de hostilidade no superego, já que o ego da melancolia assume sua culpa e seu castigo.

Um aspecto contrário ao anterior é quando o sentimento de culpa não mais assume um estado consciente, mas inconsciente. Uma situação assim, inconsciente, do sentimento de culpa, é vivida nos quadros histéricos em que o mecanismo que atua é a repressão quando o ego “desvia”, assim como faz com uma catexia objetual que causa mal-estar, estado de tensão, suas sensações e percepções de uma possível ameaça e crítica do superego, já que seu objetivo (do ego) é deixar a distância os conteúdos. Freud (1923), falando sobre o sentimento de culpa inconsciente, prefere deixá-lo no inconsciente a deixá-lo no comportamento moral do homem, considerando-o muito mais amoral, aos olhos da psicanálise, do que moral. Aponta que, para o perfil de um criminoso, o sentimento de culpa é o “motivo” do crime, sua razão maior, funcionando o ato criminoso como uma espécie de alívio quando relacionado a um fato real.

Para Freud (op.cit.), esse sentimento de culpa vem do superego no mesmo tempo em que tal sentimento é uma “percepção no ego” sobre esse sentimento. Ao lembrar a melancolia, esse questionamento é entendido quando se percebe um forte ataque ao ego por um superego aniquilador, perverso e sádico. Um superego à luz de um instinto de morte quer mortificar o ego ao qual só encontra como saída uma conduta pela mania para se livrar desse destino da morte. No que tange às neuroses obsessivas, os mecanismos usados partem de uma “regressão à organização pré-genital”, quando os impulsos amorosos, vindos do id, tornam-se agressivos com o intuito de destruir o objeto; paralelamente, porém, o ego busca uma atitude de defesa através das formações reativas e condutas preventivas. Sabe-se, sobretudo, que tais mecanismos de defesa provêm de uma substituição do amor pelo ódio. Nesse ínterim, o ego busca salvar-se tanto da crueldade do id quanto da cobrança de sua consciência, o que, para Freud (op.cit.), surge pelo “auto-suplicio interminável” e pela “tortura sistemática do objeto”.

Essas condutas hostis, extremamente violentas, de um superego, têm uma participação dos instintos de morte. De acordo com Freud (1923) esses instintos são tratados de forma neutra, “inócuos” e, fundindo-se com os componentes eróticos, são expulsos para o mundo externo pela agressividade ou ainda permanecem agindo quietamente sobre o mundo interno do sujeito. Ao nomear as três instâncias, diz ser o id uma instância amoral; o ego, moral; o superego, o ápice da moralidade. Parte daí a concepção de que, quando o homem faz um intenso controle de sua agressividade frente ao exterior, mais o ideal de ego é visto como agressivo e hostil.

Tanta menção ao superego faz-se necessária, pois a fusão ou a des fusão dos instintos recebem sua intervenção. Para Freud (1923), o superego, vindo de uma identificação das figuras parentais, sofre a partir de então uma dessexualização ou sublimação, surgindo de tal sublimação uma des fusão dos instintos. A consequência é que os conteúdos eróticos não se unificam nem conseguem manter também aderidos os outros conteúdos agressivos, havendo uma explosão dos componentes agressivos. Essa des fusão representa um ideal de ego extremamente severo e mal. Exemplificando a des fusão instintual na neurose obsessiva mediante a regressão libidinal no id, o amor é

transformado em agressividade, levando para o Superego também uma ação bastante violenta na relação com o ego.

O Ego, mais uma vez, torna-se o apresentador dos fenômenos mentais. A maturação do seu sistema perceptivo propicia-lhe uma reavaliação de seus processos mentais e um reajuste constante diante das demandas do exterior. A conquista do aparelho motor, de sua motilidade, leva a um maior controle dos seus impulsos e descargas, facilitando a entrada dos processos de pensamentos. Portanto, o ego, em sua interação com o mundo exterior, assume nova atitude, alcançando novas experiências, além de estar sempre em contato com os conteúdos do Id, da libido e de suas catexias objetais. O que está em foco, portanto, é a evolução do ego, sua mudança que se inicia com uma percepção, passa pelo controle dos instintos, seguindo a obediência e sua inibição. Para Freud (op.cit.), “A psicanálise é um instrumento que capacita o ego a conseguir uma progressiva conquista do id” (p.68).

Ao destacar as vulnerabilidades do ego, Freud (1923) revela os perigos e das ansiedades quando este depara com o mundo externo, a libido do id e o superego. Desses encontros, o ego busca uma acessibilidade do id, tornando o mundo de fora amigável aos desejos do id. É o “objeto libidinal” para o id que busca o seu amor e que se encontra nas fronteiras entre o exterior e o próprio id. O ego, na sua relação com os instintos de vida e de morte, quando de seus trabalhos de identificação, tenta por intermédio do id e de seus instintos hostis manter a libido que, tomando para si, torna-se um instinto de vida que deseja, sobretudo, a vida e o amor. Em contrapartida, essa mesma interferência da sublimação do ego também implica uma defusão dos instintos, já que os conteúdos agressivos migraram para o superego arriscando-se aos seus ataques que sucedem por uma conduta hipermoralizadora. Freud (op.cit.) considera ser o “ego a sede real da ansiedade” (p.69), surgindo a fuga, quando necessário, ou as catexias protetoras, como mecanismos de preservação. O ego, na realidade, foge da severidade do superego, recebendo o nome de “medo da consciência”.

Para o ego, quando acometido em toda essa luta pelo medo da morte, tal medo se dá por um medo pautado na realidade exterior ou por uma reação interna ao sujeito, a exemplo das reações melancólicas. Assim, o ego porta-se a um estado de

Os Sentidos do Adoecer: refazendo o percurso freudiano

morte que relembra, segundo Freud (op.cit.), a angústia do nascimento ou a angústia de separação. Tais premissas servem, afinal, para dizer que o medo da morte configura o medo da castração, enquanto “medos” advindos dos sentimentos de culpa que permeiam a estrutura neurótica.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DO ESTUDO

O estudo proposto teve como base teórica o referencial psicanalítico, visto como fundamental para a compreensão dos aspectos subjetivos, psicodinâmicos sobre o adoecer e suas relações com as pulsões de vida e de morte que acometem o sujeito.

Na abordagem psicanalítica, entende-se que o funcionamento mental, os aspectos psíquicos envolvidos, seus mecanismos de defesa e, principalmente o papel do inconsciente são parâmetros desenvolvidos por Freud.

A pesquisa pautou-se em dois momentos. No primeiro, foi realizada a coleta dos dados da pesquisa bibliográfica que se correlacionava com o objeto de estudo proposto. Os artigos teóricos teriam como critério-base resumos que estivessem ligados com o tema do estudo. Buscou-se focar os conteúdos dos resumos que trouxessem uma relação direta ou indireta sobre o adoecer e a questão das pulsões de vida e de morte.

O segundo momento teve como ênfase a análise dos dados da pesquisa, seguindo os parâmetros de uma pesquisa qualitativa. Tal pesquisa apresenta como proposta metodológica uma investigação dos aspectos qualitativos desde a semântica, seus significados, sua compreensão e sua visão interpretativa no contexto das ciências humanas e sociais. A escolha da pesquisa qualitativa partiu da busca de trabalhar com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo apud Caregnato, 2006).

Quando da realização da pesquisa qualitativa, os dados coletados e analisados exigem do pesquisador flexibilidade e criatividade. Portanto, os dados para terem representatividade devem estar relacionada à sua capacidade de possibilitar a compreensão do significado e a “descrição densa” dos fenômenos estudados em seus contextos e não à sua expressividade numérica” (Goldenberg, 1950, p.50). Toda a

análise buscou alcançar uma compreensão do tema articulando-o com a contribuição teórica através de conceitos, visões e questionamentos oferecidos para uma análise pormenorizada do estudo.

Segundo Bardin (2002), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (p.42).

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, levando a uma produção de inferências do conteúdo do texto. O que se torna relevante nesse tipo de análise é a busca de unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as represente. O método escolhido para a análise de conteúdo foi o da análise por categorias temáticas. Essa análise por categorias temáticas tem como característica, segundo Minayo (2004):

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (p. 209).

Para se realizar uma análise de conteúdo, deve-se ter por base as suas três fases de estudo. 1) A pré-análise; 2) A exploração do material; 3) O tratamento dos resultados e interpretação. Segundo Caregnato (2006), a primeira é a fase da organização feita por meio de hipótese ou elaborações de indicadores que auxiliem na interpretação. Na segunda fase, os dados são codificados através das unidades de registros e, numa última etapa, faz-se uma categorização, que consiste, de acordo com

Caregnato (op. Cit.), em uma classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenciações, reagrupando-os de acordo com suas características comuns.

Portanto, pela própria nomenclatura do nome, a análise de conteúdo enfatiza os conteúdos dos textos, buscando significados através da construção de categorias (estas são alcançadas pelos chamados indicadores encontrados no material de pesquisa) que permitem a realização de uma interpretação do texto apresentado e, também juntamente com esta, uma manifestação do pensamento do autor.

4.2. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

O método utilizado para a coleta de dados foi o levantamento bibliográfico realizado através de uma busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde) e SIELO (Scientific Electronic Library Online) a partir do cruzamento das palavras-chave: adoecer; pulsão; pulsão vida/pulsão morte; psicanálise.

Os artigos teóricos teriam como critério-base, resumos que estivessem ligados com o tema do estudo, nos periódicos entre os anos de 2000 e 2006, em português. Tomando referência o objeto de estudo proposto através das palavras chaves, a coleta dos dados focou primeiramente nos aspectos quantitativos da busca geral dos resumos de acordo com o objeto de estudo.

4.2.1. Busca geral dos artigos indexados:

Com a busca geral dos artigos indexados (quadro I), a pesquisa chegou a um total de 219 publicações, as quais continham resumos, resenhas, teses e livros. Excluídos as teses, livros e resenhas (20), foram classificadas 199 referências a partir dos seguintes critérios:

- Resumos considerados = 78
(Conteúdo do resumo mostra uma relação direta com o objeto de estudo)
- Resumos considerados com restrição = 27
(Conteúdo do resumo com restrição com o tema do estudo)
- Resumos desconsiderados = 94
(Conteúdo do resumo sem articulação com o objeto de estudo)

Quadro I – Pesquisa Geral

Tipo de Trabalho	Quantidade
Resumos Considerados	78
Resumos Considerados com restrição	27
Resumos Desconsiderados	94
Teses	15
Livro	01
Resenhas	04
Total	219

Após identificação geral dos resumos, 105 referências (quadro II) foram selecionadas e distribuídas nos períodos de 2000 a 2006 segundo o quadro seguinte:

Quadro II – Resumos Selecionados

Resumos/Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Considerados	09	08	14	23	04	05	15	78
Considerados com restrições	01	03	05	12	03	02	01	27
Total	10	11	19	35	07	07	16	105

4.2.2. Localização dos resumos de acordo com critérios:

Outro critério de escolha, a partir de uma releitura dos 105 resumos, foi à localização deles, através da existência de uma das dez (10) palavras norteadoras. Estas palavras norteadoras, designadas de áreas temáticas, foram escolhidas a partir de noções reflexivas e de questionamentos sobre objeto de estudo escolhido.

1. Adoecer
2. Pulsão
3. Vida/Morte
4. Dor/Sufrimento
5. Perdas/Luto
6. Sintoma
7. Trauma
8. Narcisismo
9. Compulsão à repetição
10. Corpo

4.2.3. Separação dos resumos para estudo dos seus significados de conteúdos:

Para alcançar um terceiro passo metodológico, buscou-se a separação dos resumos através de outro especificador. Esse novo especificador, nomeado de C, assumiria, de acordo com a classificação dos resumos, a seguinte designação:

- Resumos C1: Contêm em seu corpo de resumos uma das palavras norteadoras e o descritor (vocábulo que indicasse a perspectiva psicanalítica) fora do resumo.
- Resumos C2: Contêm em seus resumos uma das palavras norteadoras, mas o descritor encontra-se dentro do corpo do resumo;
- Resumos C3: Contêm ou uma das palavras norteadoras ou o descritor, em seus resumos.

Após essa discriminação dos resumos em classificações C1, C2 e C3, uma segunda classificação dos resumos adotou os seguintes critérios:

- Resumos Excelentes R1: São resumos de artigos que se adequam ao objeto de estudo em questão, havendo uma correlação clara entre o adoecer e suas pulsões;
- Resumos Ótimos R2: São os resumos que guardam em seu corpo descritivo uma correlação com o objeto de estudo, articulando com outros prováveis conceitos ou definições;
- Resumos Regulares R3: São os resumos dos artigos que, mesmos trazendo em seu corpo teórico as palavras norteadoras, não trazem com clareza uma articulação com o objeto de estudo;
- Resumos Insuficientes R4: São resumos que, mesmo sendo caracterizados como possuidores de uma das dez palavras norteadoras, não fazem articulação com o estudo afim.

Neste estudo estão sendo considerados, para análise, os resumos R1, R2 e R3, passando a ser representados pela letra R. Dos 105 resumos considerados, com a classificação dos resumos, somou-se uma seleção de 75 publicações de artigos teóricos (já que os 30 resumos R4 encontrados foram desconsiderados), que serão analisados e discutidos posteriormente para esta revisão bibliográfica.

Ao se trabalhar os resumos considerados de acordo com as palavras norteadoras, designadas de áreas temáticas, pela necessidade de definir os significados de conteúdos para o objeto de estudo, essas áreas temáticas foram distribuídas de acordo com o ano de publicação. Vale ressaltar que o número total de resumos sofre uma alteração na contagem da numeração final, pelo fato de áreas temáticas se repetirem em um mesmo resumo (quadro III).

Quadro III: Áreas Temáticas e Ano de Publicação

Área Temática / Ano do Artigo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Adoecer/Doença	-	01	01	03	-	-	02	07
Pulsão	03	04	08	07	01	02	07	32
Vida/Morte	02	01	01	01	01	-	-	06
Dor/Sofrimento	02	02	02	04	01	01	02	14
Perdas/Lutos	01	-	02	02	01	-	-	06
Sintoma	04	02	03	10	01	-	04	24
Trauma	-	-	02	02	01	01	-	06
Narcisismo	02	02	02	06	01	01	03	17
Compulsão à Repetição	-	02	-	-	01	01	02	06
Corpo	06	01	03	09	01	-	03	23
Total	20	15	24	44	09	06	23	111

Essa é a classificação dos resumos legendados nos critérios excelentes (R1), ótimos (R2) e regulares (R3), dos 75 resumos considerados para estudo. Segue-se um quadro final de classificação dos resumos:

Quadro IV: Resumos Selecionados:

Resumos Excelentes (R1)	12
Resumos Ótimos (R2)	16
Resumos Regulares (R3)	47
Total de Resumos	75

Os quadros de V a XV apresentados nos anexos representam, de acordo com as dez (10) áreas temáticas citadas nos 75 resumos considerados nesta pesquisa: os autores, ano de publicação, títulos, a classificação dos textos e resumos e os significados de conteúdos que posteriormente serão analisados e discutidos numa perspectiva psicanalítica. O critério escolhido de apresentação dos quadros com suas áreas temáticas baseou-se na importância de classificação dos resumos em suas prioridades de excelentes (R1), ótimos (R2) e regulares (R3).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A análise da pesquisa qualitativa seguindo os critérios de Bardin (2002), a chamada análise de conteúdos, está baseada no método da análise por categorias temáticas. Para realizar uma revisão bibliográfica do tema _os sentidos do adoecer_ refazendo o percurso freudiano, foram selecionadas dez (10) categorias: Adoecer, Pulsões, Vida/Morte, Dor/Sufrimento, Perdas/Luto, Sintoma, Trauma, Narcisismo, Compulsão à Repetição e Corpo. Sobre o sentido do adoecer e sua relação com as pulsões, a análise temática buscou em cada categoria tema os significados de conteúdo mais significativos que tivessem articulação com a pesquisa.

Assim, priorizou-se escolher as temáticas sobre o adoecer, as pulsões, o sintoma e o corpo, pois essas categorias intercalavam as outras temáticas entre si, sugerindo que, no adoecer, por exemplo, indicava a possibilidade do trauma ou que no corpo apontava para um sintoma ou uma compulsão à repetição de algo que se repete. Segundo Minayo (2004) são os “núcleos de sentido” ou “unidades de significação” que se busca encontrar em cada unidade temática escolhida a partir do estudo bibliográfico.

Dos setenta e cinco (75) resumos selecionados no final da investigação, todos foram considerados tomando como referência os significados mais representativos para compor a análise e a discussão, sendo discriminados a seguir:

5.1. ÁREA TEMÁTICA: ADOECER

Ao partir deste tema um dos significados de conteúdo envolvidos no adoecer psíquico, estavam os estados mórbidos vinculados aos comportamentos neuróticos em que a conduta do sofrimento e a satisfação encontrada nesses estados patológicos configuravam um adoecer de traços patogênicos, retratados nos quadros melancólicos. Os processos somáticos, que fazem parte dos processos psíquicos, são muito comuns na melancolia e nas doenças psicossomáticas em que estão envolvidos os sistemas psíquicos (o consciente, o pré-consciente, o inconsciente) e as suas inter-relações em que podem contribuir para a causa dos distúrbios neuróticos.

Nos quadros melancólicos, atua um forte mecanismo de aniquilamento nos limites do patológico agindo sobre o ego, desejando mortificá-lo. Esse desejo de mortificação do ego vem em forma de um comportamento de ataques, vindos de um supereu aniquilador, sádico e perverso em que se objetiva o instinto de morte e, de acordo com Freud (1923), sobra-lhe como saída uma conduta maníaca. Assim, neste estudo bibliográfico, nota-se que as manifestações da doença destacam-se com maior frequência e intensidade na melancolia e nos estados limites quando estão envolvidas as estruturas narcísicas e da ordem do psicossomático, demonstrando uma relação com um corpo cindido perdido da sua representatividade simbólica. No corpo destituído da sua dimensão simbólica.

Ao se enfatizarem os quadros neuróticos, os sofrimentos persistentes nas perturbações afetivas demonstram o masoquismo atuando na forma de se manter na dinâmica da doença. Essa dinâmica aponta para o significado de conteúdo da presença da pulsão de morte que surge através da autodestruição. Outro aspecto que se percebe nesses quadros são as resistências e a presença de um sentimento de culpa inconsciente.

A manifestação da ansiedade nas neuroses, outro significado de conteúdo encontrado na pesquisa, aponta para a existência da punição e dos conteúdos sádicos agindo sobre o ego do sujeito, o que sugere, possivelmente, uma incorporação ou demonstração da ação do masoquismo no interior do Eu. Tal masoquismo indica uma dinâmica psíquica de atração pelo sofrimento e pela dor, comportando-se como uma manifestação de uma fusão pulsional patológica das pulsões.

Segundo Freud (1940), as neuroses surgem de uma interferência de um conjunto de forças psíquicas, as chamadas “disposições inatas”, considerando o período de vida e a natureza das pulsões que, em interação com as experiências de vida trazidas pelo sujeito, podem levá-lo ou não ao desencadeamento de reações patológicas. Para Freud (op.cit.), não existe um determinante psíquico agindo sobre o aparelho mental que deflagre a doença neurótica em si mesma ou a ação de conteúdos patogênicos específicos que levem a tal ensejo.

Mesmo que não se caracterize uma busca de determinantes psíquicos causadores do sofrimento neurótico, Freud (1940) aborda a questão das lembranças

enquanto um “determinante à compulsão neurótica”. São lembranças que a criança traz no seu desenvolvimento através das influências de sua vida infantil, influências formadas pelas “impressões” que vieram do interesse que as crianças demonstravam pela vida sexual do adulto.

O que permite à criança passar pelo processo da internalização dos vínculos afetivos trocados com o outro de forma gratificante é a experiência das relações objetais que lhe dará o alicerce para a sua organização psíquica. Do contrário, os riscos dos conflitos psíquicos e das inibições do ego fazem-se presentes. Dentre esses contextos do desenvolvimento do ego, a fixação libidinal (esse foi um dos significados de conteúdo mais enfatizados nas diversas categorias temas) apresenta-se como um mecanismo psíquico que aponta para o perigo das manifestações patológicas.

Assim, se o vínculo com o outro não facilita o acesso a sua primeira alteridade para a formação do Eu, a criança não recebe deste as satisfações necessárias que se transformarão noutro instante na satisfação narcísica libidinal. Um dos significados de conteúdos indicativos é o mau investimento libidinal na criança, proveniente, segundo a pesquisa realizada, de um “desfalque narcísico”.

As “sensações corpóreas”, traduzidas enquanto espaços de erogenicidade do corpo em que partes destes se transformam nas chamadas “zonas erógenas”, que são percebidas enquanto estímulos sexuais, que podem proporcionar intensas sensações de prazer. Excitações erógenas, segundo Freud (1914), indicam uma “modificação da catexia do ego”. Um dos significados de conteúdo encontrado foram as falhas deixadas no desenvolvimento da relação mãe x bebê que refletem as perdas e situações traumáticas.

Um dos mecanismos psíquicos descobertos pelo autor, a partir dessas pulsões parciais, é o “represamento da libido” dando vazão ao adoecimento. As manifestações psíquicas advindas desse represamento da libido indicam que a libido se encontra aprisionada no ego. Quando ocorre de a libido, através das catexias libidinais, investir no ego, há um maior ajustamento deste; do seu contrário, resta-lhe uma perda, um empobrecimento de suas funções egóicas.

5.1.1 O Adoecer e sua relação com o aparelho psíquico

A organização do aparelho psíquico depende, para se preservar, da boa intervenção do ego em seu papel de controle do aparelho motor, facilitando o remanejamento das excitações psíquicas. A consciência caracteriza uma parte do ego que, na sua relação com o mundo externo, através das percepções sensoriais, das sensações e dos sentimentos, contribui com os outros sistemas pré-consciente e inconsciente a manterem o funcionamento psíquico.

As representações verbais através das idéias e pensamentos do pré-consciente podem alcançar o consciente juntamente com as sensações; em relação aos sentimentos podem atingir diretamente a consciência. O ego guarda, em si, além das interações com o id e o mundo externo, as percepções internas e externas e, dentre elas, as sensações da dor, que envolvem as doenças e os seus estados de sofrimento. Dessas sensações percebidas pelo corpo nomeia-se o ego corporal.

O ego, na sua relação com o id, faz surgir os processos de identificações e substituições em que ocorre uma identificação com o objeto perdido, condição comum nos estados melancólicos, quando o sujeito pela introjeção reintroduz o objeto. No desenvolvimento inicial, as catexias e as identificações coexistem numa tentativa de apropriar-se do objeto. Quando acontece de as catexias mudarem, ocorre a des fusão das pulsões, pois com a transformação da libido objetal para narcísica, a libido se dessexualiza, chegando à sublimação de suas energias psíquicas.

A des fusão das pulsões causada por esses processos de “identificações objetais do ego” pode levar o ego a uma ruptura e, conseqüentemente, a processos psicopatológicos. Ainda sobre a relação do ego x o id, as “catexias deslocáveis” recebem o nome de libido dessexualizada, sublimada. A libido sofre uma passagem de libido sexual para libido do ego, facilitando a formação de um ego narcísico no sentido de um ego que veio dos objetos.

As relações do ego com os distúrbios neuróticos estão vinculadas à transferência negativa, corroborando para um estado de depreciação quando os pacientes se conservam em sua doença e sofrimento. A permanência neste estado

mórbido de doença aponta para um sentimento de culpa. O mecanismo psíquico de um ideal de ego aniquilador e severo na sua relação com o ego culmina no adoecimento mental. Das neuroses obsessivas, a melancolia, o sentimento de culpa consciente se faz presente, diferentemente dos quadros histéricos e do mecanismo da repressão, quando age o sentimento de culpa inconsciente dando vazão à existência dos quadros neuróticos. O ataque hostil do superego ao ego é o mecanismo usado nos estados melancólicos; diferentemente das neuroses obsessivas, a regressão à organização pré-genital responde ao mecanismo psíquico nesses quadros.

5.2. ÁREA TEMÁTICA: PULSÕES

Para compreender a ação dos mecanismos psíquicos patológicos no contexto do adoecer e a participação das pulsões, é necessário saber que fazem parte do funcionamento mental os processos psíquicos inconscientes que atuam também nas dinâmicas dos comportamentos neuróticos, nos desvios da perversão e nas diversas alterações mentais. Dentre os mecanismos psíquicos mais representativos na pesquisa realizada, a análise dos aspectos pulsionais e suas vertentes patológicas ou não se apresentam como os mais significativos: 1. As fixações da libido em que está correlacionado o seu represamento e sua ligação com o instinto de morte. 2. As discriminações e identificações do ego e a possibilidade de uma adequada inscrição psíquica; de uma retratação narcísica ajustada sugerindo um bom investimento narcísico e a evitação de excessivas identificações objetais do ego na relação com o id.

5.2.1 A fixação da libido

A fixação da libido vem pela fixação a um trauma psíquico das neuroses traumáticas em que as defesas do aparelho psíquico ocorrem segundo Freud (1920), quando a “preparação para a ansiedade” e a “hipercatexia dos sistemas receptivos” não se encontram em condições de agir no psiquismo; ou por um excesso de estímulos que adentram ao mundo interno do sujeito, não sendo possível manter a barreira protetora

contra esses estímulos nocivos, ou pela imaturidade muito precoce de um ego infante. Abre-se então caminho para o aparecimento na relação psique x soma das inibições e nos distúrbios do desenvolvimento das perversões.

As “vicissitudes da libido” e os “fatores pré-disposicionais da neurose” apontam para as condições principais do acometimento das doenças. Os “fatores disposicionais” descritos por Freud (1912) são os mecanismos psíquicos diferenciadores para a existência das perturbações neuróticas e das manifestações psíquicas. O que favorece esse adoecer psíquico é a “introversão da libido”, quando o sujeito perde seu interesse frente ao mundo real. A permanência desse estado pode provocar uma busca de fantasias, mantendo-se elas num caráter patológico quando da presença da regressão desencadeando o conflito psíquico e a possível “formação do sintoma”, único meio encontrado pelo sujeito para se relacionar com a realidade, por isso, chamado de “formação substituta”.

A libido e as “variações inatas” de sua constituição sexual juntamente com as influências do mundo externo contribuem, na primeira infância, para a constituição do psiquismo de forma ajustada ou não. Na experiência infantil, as frustrações assumem um caráter rumo ao adoecimento quando diante da abstinência e da privação de suas necessidades. Essas frustrações levam ao represamento da libido, fixações que dependem das “reações de quantidades” para instaurar o trauma.

As intensas demandas do mundo interno, as exigências do sujeito de satisfazer as solicitações que não se tornam possíveis de serem realizadas apontam para uma disponibilidade à condição patológica. Manter as tensões psíquicas no nível psíquico suportável depende da condição de transformá-las em energia ativa na relação com a realidade, causando uma satisfação da libido. A segunda saída é a renúncia da satisfação libidinal rumo à sublimação, distanciando-se dos impulsos sexuais, realizando outros interesses e, por conseguinte, desfazendo-se da frustração.

A identificação de outro processo psíquico é a libido ligada às fixações infantis manifestando uma inibição do desenvolvimento e a propensão ao adoecer neurótico. Outro exemplo de inibição seria a ausência de situações que viessem a enriquecer o mundo emocional do indivíduo, permitindo-lhe novas experiências. Além

do represamento da libido, a relação entre a quantidade de libido e a capacidade que o ego pode suportar também contribui enquanto mecanismos psíquicos para o estado patológico.

Outro mecanismo psíquico patológico é a relação da libido com o ego quando a libido expressa características narcisistas, sugerindo uma fixação que aponta para uma ligação primária da libido com suas zonas erógenas. Para que suceda um funcionamento psíquico saudável, é necessário que o desenvolvimento das fases sexuais atinja a maturidade sexual, não havendo uma inibição do desenvolvimento sexual; para isso, é preciso que ocorra uma retenção das catexias libidinais de caráter primitivo, vindo a fazer parte da função sexual na busca do prazer até o alcance de uma supressão dos impulsos instintuais ou seguindo as adaptações junto à personalidade ou à própria sublimação.

5.2.2 A fusão pulsional: discriminações e identificações do ego

A discriminação do ego e seu objeto apontam para um dos mecanismos psíquicos que permitem a retratação narcísica como uma manifestação em que expressaria a própria pulsão de vida agindo. Tal retratação é possível pela elaboração de uma experiência de luto adequada, pelos caminhos do ajustamento psíquico. O seu contrário, a não-retratação narcísica, um dos significados de conteúdos identificados na revisão bibliográfica, reafirma o mau investimento narcísico. Esse não-investimento se dá pela ausência do seu objeto de amor; o outro, enquanto alteridade no mundo do infante não operou a satisfação libidinal narcísica necessária para a tomada de seu desenvolvimento normal.

O “enfraquecimento do ego”, segundo Freud (1940), é fator que aponta para a ocorrência dos estados patológicos e do aparecimento das doenças. Uma das condições debatidas são as “exigências do id e do superego” como propulsoras para o desencadeamento do adoecer. O id busca que suas necessidades instintivas sejam satisfeitas, o que, diante de uma extrema exigência do id, leva a um estado de desorganização psíquica. Situação similar ocorre quando de um superego de

características severas e hostis trazendo para o ego conseqüências desalentadoras com seu empobrecimento.

A atuação de um superego desalentador, que provoca, pelo seu caráter de severidade, um adoecimento neurótico, manifesta-se, pelo sentimento de culpa, que está na base do que Freud (op.cit.) chama de uma das “fontes de resistência”. O fenômeno da resistência acomete sujeitos que perseveram em quadros neuróticos e insistem em permanecer na doença. O que se encontra na psicodinâmica destes pacientes é uma perda de uma das funções mais vitais de sobrevivência do ego, a pulsão de autopreservação.

Portanto, um ego organizado e preservado depende de sua capacidade de interagir com as três instâncias psíquicas: o id, o superego e a realidade, representada pelo mundo externo, o que vai propiciar uma condição de evitação de perturbação, de doença e de desequilíbrio psíquico.

Para Freud (1940), um ego estruturado depende para se conservar ajustado, de superar as forças psíquicas da resistência, da repressão e da transferência negativa. Fazem parte dessas condições de possibilidades ao desequilíbrio a “inércia psíquica” e a fixação da libido. Em contraposição, as condições que podem facilitar um ajustamento do ego envolvem a capacidade de sublimar os instintos e de permanecer acima deles e, ainda, as funções intelectuais do sujeito.

Em relação às vicissitudes das pulsões, um dos destinos é o próprio Eu do sujeito. Quando isso acontece, o ego sofre uma espécie de regressão de uma condição ativa para uma passiva, tornando-o um ego ligado a um narcisismo egóico, tendo as pulsões sexuais uma ação auto-erótica, o que remete a uma dinâmica do ativo para o passivo. A dinâmica aponta para o mecanismo de investimento libidinal no Eu, tornando-se este o próprio objeto libidinal. Conseqüentemente ocorreria uma mudança de catexia de uma libido objetal para narcisista, refletindo uma des fusão das pulsões, pois a libido se dessexualiza e segue o caminho da sublimação.

A inadequação das fusões pulsionais no aparelho psíquico propiciado pela incapacidade do ego de remanejar as energias psíquicas, pela demanda dos impulsos pulsionais através de sua função motora e pela tendência para a fixação da pulsão de

destruição no interior do ego, é gerada por uma severidade do superego. Portanto, a permanência da agressividade no interior do Eu torna-se uma manifestação psíquica patológica, a doença propriamente dita.

A experiência da repressão que atua na presença de forças psíquicas guarda em si uma condição de mobilidade que pode levar à existência do conflito psíquico quando os “fatores quantitativos” comportam-se como sendo um “representante instintual”. As idéias e as “quotas de afetos”, enquanto representantes psíquicos, interferem nesse processo da repressão e podem ser responsáveis tanto pelo fim do instinto quanto pelo seu retorno através da ansiedade ou seu surgimento pelo afeto.

5.3 ÁREA TEMÁTICA: SINTOMA

O sintoma, na teoria psicanalítica, é outro tópico que busca compreender o que a investigação psicanalítica aponta para o fenômeno da produção do sintoma psíquico: aspectos como o desenvolvimento mental do sujeito, a importância dos primeiros vínculos afetivos rumo à maturidade psíquica. O narcisismo primário no sujeito prepara-o para a conquista de um narcisismo secundário, ao alcance de uma relação objetal; a necessidade de uma satisfação narcísica libidinal e os riscos de um entrave a tal satisfação refletem fixações libidinais ou o surgimento do sintoma, a “formação substituta” que representa a fantasia inconsciente. A não construção da capacidade egóica, que auxilia a distinção do mundo externo e do mundo interno, pode facilitar a vinda do sintoma. Um ego sem sua função protetora, reguladora, pode desencadear uma vazão dos impulsos pulsionais corroborando para a existência do sintoma.

5.3.1 As novas patologias e os novos sintomas do sofrimento

São as patologias da contemporaneidade em que o funcionamento psíquico é acometido por uma agressividade que se assemelha ao desejo de morte. Em um funcionamento mental estão inseridas as manifestações patológicas que segundo a

pesquisa bibliográfica englobam as principais áreas: perdas e situações traumáticas; fixação do trauma psíquico, o que reflete a própria fixação da libido; sintomas da dimensão do real e de conteúdos resistentes; sintomas da esfera do negativo, da pulsão de morte, da ligação com o sofrimento e a dor.

De tais situações de natureza traumática, os “estímulos excitatórios” exercem sua função de trauma quando ocorrem excessivas excitações psíquicas, quando, segundo Freud (1920), pode sucumbir o psiquismo ao conflito psíquico. O equilíbrio mental está vinculado às energias catexizantes chamadas de “anticatexias” que, para se prevenir de desajustamentos, dependem da intensidade e variação da quantidade de energias psíquicas que interagem no aparelho psíquico.

Excitações psíquicas internas ao aparelho psíquico remetem às neuroses traumáticas, pois dessas energias, os impulsos pulsionais, na tentativa de uma descarga, trazem consigo catexias livres que, em estado livre, são consideradas os processos primários, que necessitam ser controlados por outros processos, e os secundários, que fazem parte do aparelho mental permitindo seu equilíbrio.

O trauma sai de uma causa externa, da condição de um acontecimento externo para ser compreendido a partir da psicodinâmica do sujeito. Nessa perspectiva a elaboração do trauma psíquico depende, não em si mesmo, de uma capacidade de memorização, mas de uma idéia a ser, junto com o ego do sujeito, clarificada no contexto psíquico do indivíduo que sofre.

A nova relação do sintoma vem da busca do conhecimento do desejo inconsciente recalado e da vida psicosssexual do sujeito, o sintoma, enquanto resposta ao trauma psíquico, não ao trauma de causa externa, mas o trauma gerado no interior do organismo desencadeado pelas forças pulsionais do Eu e suas excitações psíquicas.

O sintoma, expressando a subjetividade do sujeito e sua dimensão psíquica, demonstra o papel dos conteúdos inconscientes e do conflito psíquico envolvidos entre as instâncias do supereu e do inconsciente. A descoberta desses conteúdos inconscientes e a relação com a segunda tópica (ego, id e supereu) e a releitura das pulsões na sua segunda teoria (pulsão de vida, Eros e pulsão de morte, Tanatos) trouxeram o conhecimento do aparelho mental e sua atuação nas instâncias psíquicas, facilitando um

enriquecimento do ego ou sua divisão, sugerindo o surgimento das patologias psíquicas. As pulsões de vida e de morte interagem com as forças psíquicas que, a exemplo do id, se agir no domínio do psiquismo, corroboram para os estados patológicos; o papel do supereu e a sua condição severa indicam o predomínio dos seus aspectos sádicos e os seus velados espaços masoquistas agindo no interior do Eu.

Na relação do adoecer e com essas novas formas de patologias e novos sintomas, um dos significados de conteúdo que a defusão pulsional representou destaque foi nas manifestações da cisão do corpo biológico atuando na dimensão do real representado pelo inconsciente pulsional, cujo sintoma é da ordem da resistência. Um corpo que se caracteriza pela compulsão à repetição que segundo Freud (1940) demonstra um funcionamento psíquico ligado ao desejo de morte, de uma pulsão que se satisfaz nessa compulsão que traz consigo uma agressividade, o que pode indicar outro aspecto bastante explicitado na pesquisa que aponta para a separação das pulsões de vida e de morte, sugerindo a predominância da pulsão de morte.

Ao analisar o processo de adoecimento diante desses novos sintomas e patologias e a busca de identificar e compreender processos psíquicos e suas manifestações, verificou-se que a constituição de um aparelho psíquico normal envolve a própria construção da psicosexualidade do sujeito. Dentre os significados de conteúdo ligados a uma fusão pulsional das pulsões, em relação ao adoecer, destacam-se: a dificuldade em estabelecer um desenvolvimento normal na relação mãe x bebê nos primórdios do desenvolvimento indicando que a capacidade de simbolização está operando no psiquismo do sujeito; a ausência do luto pela perda primordial que possibilita ao sujeito a representação do objeto odiado e a fantasia do desejo enquanto recursos psíquicos.

As novas patologias são marcadas por falhas nos mecanismos de discriminação entre o Ego x Objeto, quando o sujeito não consegue fazer uma retratação narcísica do que foi perdido. Com isso, os destinos do objeto perdido provavelmente assumem dimensões patológicas. Essa falta de discriminação do ego e do objeto aponta para uma experiência de luto mal elaborada, o que sugere uma vivência da satisfação

pulsional para a ordem do corporal, daí as patologias da contemporaneidade ligadas ao desejo às avessas, ao seu negativo, a própria pulsão de morte.

Outro significado de conteúdo inserido nas novas formas de padecimento psíquico é o desfalque narcísico. Ora, se não houve uma satisfação narcísica libidinal, como poderia suceder-se um bom investimento libidinal do sujeito? A perda na relação corpo x sujeito é vivida na forma de uma “castração corporificada”, pois não há o que simbolizar. A partir disso, a relação da libido entre Eros e Tanatos assemelha-se a uma perda, mediante a defusão pulsional dessas pulsões de vida e de morte, uma separação traumática que sugere os caminhos para um conflito psíquico.

Essas novas patologias e seus novos sintomas configuram-se para a existência das somatizações e das perturbações narcísicas, em que os sintomas são “formações do inconsciente”, não trazem o sintoma angústia, mas repercutem a “angústia automática” que, possivelmente, fixa-se no corpo pelo “sintoma” nomeado somatização. É o sintoma que reflete um apagamento desse corpo, um “corpo amputado”, um “corpo subjetividade” não reconhecido em sua função psíquica, pois é um corpo que não recebeu a marca da linguagem em seu significante, em seu sentido.

5.4 ÁREA TEMÁTICA: CORPO

A nomeação do corpo necessita do aparato das forças pulsionais em que a ação da libido através das catexias libidinais, facilite um investimento no ego enquanto possibilidade de um ajustamento psíquico. Tal conduta tem o intuito de preservar a manutenção desse corpo em sua representação de um corpo psíquico, lugar da subjetividade, da expressividade dos afetos. Quando a doença se instala, o corpo sofre e traz manifestações de uma libido aprisionada. Uma das alterações psíquicas que indica esse adoecer do corpo são as chamadas “sensações corpóreas” traduzidas enquanto espaços de erogenicidade do corpo que, quando transformadas em “zonas erógenas” produtoras de grandes excitações erógenas. Essas “zonas erógenas” indicam uma “modificação da catexia do ego” (Freud, 1914), que apresentam como mecanismo psíquico o “represamento da libido” sugerindo a instalação do adoecimento.

Manifestações psíquicas advindas desse “represamento da libido” são as perturbações afetivas, os processos mórbidos emocionais, a hipocondria, a melancolia e as condutas masoquistas, que são exemplos de adoecimentos mentais em que há um comportamento alterado da libido e, conseqüentemente, um empobrecimento das funções egóicas.

5.4.1 O masoquismo

O sintoma na dimensão da des fusão pulsional traz o masoquismo na identificação dos mecanismos psíquicos do adoecimento mental, a representação do inconsciente pulsional na dimensão do real em que o sintoma “letra-gozo” se insere nas perturbações narcísicas e nas doenças na esfera do somático, onde o sintoma em sua manifestação patológica aparece através da resistência.

Uma manifestação relevante na investigação bibliográfica realizada é a do sofrimento associado a um sentimento de desamparo que quando associado às situações de perdas e vivências traumáticas, pode-se chegar a um caráter regressivo do aparelho mental. Freud (1923) fala que a des fusão das pulsões é a “regressão da libido”, que tem no sadismo outra forma de des fusão pulsional.

Os sintomas são “representações investidas de afetos” e “expressões convertidas de pulsões”. Um exemplo clínico típico são os quadros neuróticos quando ocorre a inversão de sua sexualidade facilitada pela fixação da libido e pelas transgressões anatômicas (mucosas da boca e ânus transformando-as em órgãos sexuais). Um exemplo que identifica essas alterações na sexualidade se encontra nas primeiras vivências das pulsões parciais (cito as condutas do voyeur e do exibicionismo) e da perversão (no caráter ativo e passivo), que mostram sinais das fixações da libido atuando no interior do psiquismo.

Os mecanismos psíquicos encontrados nos pacientes neuróticos demonstram a fixação do alvo sexual, não nos órgãos sexuais no intuito de sua satisfação, mas se fixam no olhar ou na exibição. A perversão do sadismo e sua agressividade; o masoquismo e a sua relação com a dor dão sinais da existência dessas fusões da pulsão

patológicas. O mecanismo de tornar o objeto sexual um fetiche é que diante da fixação, leva ao patológico. Os sintomas patológicos da perversão definem-se assim pela relação de exclusividade e fixação da satisfação libidinal. Outras formas de manifestações patológicas podem dar-se através da intensidade dos fenômenos da “idealização da pulsão” e da “onipotência do amor” beirando ao patológico, possivelmente pelos processos das identificações patológicas.

A “existência das fusões” na pulsão sexual pode chegar ao patológico pela perversão. Outro exemplo são as “forças pulsionais de cunho sexual” que podem propiciar a formação das “inclinações as perversões” e os “pares dos opostos” representados pelo masoquismo e sadismo. Os sintomas e os quadros neuróticos, quando diante de uma tendência à perversão, sofrem mecanismos de um recalçamento sexual muito forte ou de uma pulsão sexual marcante.

A pulsão sexual, seu objeto e alvo, seus desvios, o acometimento das inversões são entendidos como um sinal inato das degenerescências. A perversão depende da participação dos fatores internos (recalçamento forte) e do externo (experiências de vida). As identificações iniciais no contexto infantil e o aspecto constitucional podem tender à perversão, além do papel das funções somáticas enquanto uma base das pulsões sexuais infantis.

A importância das fontes de excitação em suas características mecânicas são formas de estimulação: o sensorial, a pele e áreas profundas e o excesso de excitações psíquicas podem facilitar as condutas perversas. A intensidade das pulsões sexuais e formas de interagir com os conteúdos psicosexuais representam as condições para a patologia. Em contraposição, a pulsão experimentada nos parâmetros da normalidade permite que, a partir da estimulação das zonas erógenas, a condição do pré-prazer siga os rumos da satisfação genital das zonas genitais pela descarga sexual.

A fixação libidinal aos pais, o excesso de mimos e a vivência de angústia intensa sugerem a existência, no funcionamento psíquico, do amor incestuoso, o que repercute nas perturbações pelas “escolhas objetais incestuosas”. O mecanismo do adoecimento seguiu a reversão da libido a pessoas amadas de sua infância sem outra representação. No seu contrário, a vivência dos afetos da angústia, do medo e do pavor e

da própria dor, enquanto uma sensação erógena dentro de limites emocionais mais suportáveis, pode proteger o psiquismo de um excesso de estímulos internos ou externos.

Quando as vivências traumáticas são muito precoces, percebe-se uma ausência de “extratos mnêmicos”, quando se constata a falta de ligações psíquicas e de “derivações associativas”. Para lidar com situações traumáticas, surge o sintoma metáfora, expressão patológica que busca na relação com o outro o viés da alteridade materna ou o mecanismo psíquico da repetição transferencial feita pela figura do analista.

O alcance de um equilíbrio mental depende da estruturação do ego e dos seus mecanismos de catexias libidinais, o que envolve a transformação do ego-prazer para o ego-realidade; da satisfação auto-erógena para a objetal. Assim, os mecanismos psíquicos do ego adaptado, que evita estímulos excessivos e o controle diante das excitações psíquicas intensas, auxiliam-no rumo ao ajustamento da organização psíquica. Outros meios de estruturação e alívio do aparelho mental são a consciência, as funções sensoriais e a descarga motora (o pensamento e a fantasia).

A importância da preservação das funções egóicas e do aparelho mental depende do desenvolvimento do ego e da libido de forma adequados. Além de evitarem o surgimento da doença e de seus conteúdos neuróticos, permitem ao sujeito uma experimentação de seus afetos, de reações psíquicas diante das vivências de frustrações, perdas e afetos intensos, como a tristeza e a angústia de maneira a encontrar uma linguagem emocional e uma representação mental. Essa linguagem tem referência na sua história de vida, na sua psicodinâmica e na sua capacidade de organização mental que levem em conta os seus processos psíquicos e relações afetivas ao alcance de mecanismos psíquicos e manifestações psíquicas mais amadurecidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sentidos do adoecer: refazendo o percurso freudiano a partir de um estudo bibliográfico apontou à importância dos mecanismos relacionais tanto ao nível das instâncias psíquicas quanto dos sistemas psíquicos.

Na busca de significados de conteúdo mais relevantes na pesquisa, o desenvolvimento do ego juntamente com o da libido se encontram como os mais correlacionados dentre as diversas categorias-tema. Essa afirmação indica que os mecanismos mentais patológicos da regressão do funcionamento psíquico e dos seus estados patológicos indicam a existência das fixações libidinais envolvidas nos processos mentais inconscientes. Essas fixações da libido sugerem aos estados patológicos que influenciam a qualidade dos distúrbios patológicos e a intensidade desses fenômenos diante das alterações psíquicas que causam. Um exemplo é o destino da libido que na sua conduta do masoquismo e seu reverso o sadismo, e suas vertentes, passiva e ativa, manifestam um comprometido quadro neurótico com suas nuances de perversão.

O que se constata com a análise dos significados de conteúdo é o caráter mais patológico das doenças associado a condutas regressivas ao objeto do seu adoecer, do seu “pathos”. Assim, cabe uma atitude reflexiva sobre o porquê desse processo retrógrado de características tão perseverativas, o que aponta para a existência de manifestações psíquicas auto-erógenas, tornando os processos de mudança do funcionamento mental mais resistente. Trata-se da presença de mecanismos psíquicos de identificação patológica do ego.

Outro tópico que se fez conteúdo de análise, enquanto indicativo da forma como afeta a organização psíquica e suas interferências no percurso da evolução do sujeito frente a si mesmo e ao mundo que o cerca, são as fusões pulsionais patológicas e os seus modos de satisfação pulsional. O comportamento masoquista associado aos quadros de atração pela dor e sofrimento responde a uma dessas fusões de adoecimento neurótico. Tal psicodinâmica está ligada a excitações libidinais da ordem do primitivo.

O processo de adoecimento identificado com vivências psíquicas mórbidas pode apontar para quadros melancólicos que sugerem a presença de mecanismos de identificação inconsciente com as pulsões de morte. Freud (1917) nos seus estudos, sinaliza para o empobrecimento do ego enquanto aspecto ligado a melancolia. Estaria esse empobrecimento egóico ligado a uma falência do ego ou a uma associação a conteúdos mórbidos inconscientes que subjugariam o sujeito a processos de autodestruição? Segal, abordando o tema Da Utilidade do Conceito de Pulsão de Morte in Green et. al. (1988), explicita:

Uma grande dor sempre está presente quando a pulsão de morte está em ação. A questão que se coloca é se a pulsão de morte é uma tentativa feita com vistas a não perceber, não sentir, recusar as alegrias e a dor de viver, por que este trabalho da pulsão de morte estaria associado a tanta dor? Penso que a dor é experimentada pelo eu libidinal _ originalmente ferido pela ameaça de morte. Freud chegou à conclusão de que, no fundo, todo sentimento de culpa provém da operação da pulsão de morte. ... o trabalho da pulsão de morte suscita o temor, a dor e a culpa no eu que deseja viver e permanecer intacto. ... A pulsão de morte, assim como a pulsão de vida, procura a satisfação, e a satisfação da pulsão de morte (não sendo a morte) está na dor (p.37).

Freud (1926) em Inibições, Sintomas e Angústia, ao apontar para a angústia precipitada através da pulsão de morte, fala desta enquanto “angústia automática” e não a “angústia sinal (psíquica)”. É próprio dessa angústia automática, que faz parte do espaço da pulsão de morte verificar uma “falha no ego”. Portanto, a partir dessa nomeação dos tipos de angústia, nota-se sua “marca registrada” nas neuroses atuais; são modelos de uma neurose traumática, pois suas respostas psíquicas atuam de forma automática, fazendo-se uso apenas dos recursos intelectuais, sem a forma da singularidade, tão presente nas formações simbólicas. As neuroses atuais assumem o

lugar do traumático e o retrato da destrutividade interna do sujeito, onde há o enfraquecimento das pulsões eróticas.

Questiona-se, então, a partir da análise deste estudo: o que leva o sujeito a se fixar em condições psíquicas tão desalentadoras ao equilíbrio mental? Possivelmente, aos mecanismos primários de satisfações libidinais ou a outros mecanismos psíquicos de regressão mental que sugerem está ligados as fantasias primárias que se instauraram no percurso de sua história psíquica e experiencial.

Os sentidos do adoecer: refazendo o percurso freudiano demonstra que o processo de adoecimento sugere uma dessexualização das funções egóicas, principalmente da autopreservação, seguindo-se a das próprias pulsões libidinais. Consta-se também a vivência desfusional e fragmentadora das pulsões de vida e de morte, que se caracteriza pela sua condição de pulsões parciais. Uma das diretrizes explicitadas na discussão realizada sobre o adoecimento psíquico é significativa quando os destinos dos pulsões rumo às neuroses traumáticas, ao fenômeno da compulsão à repetição, a força das resistências, a presença dos conteúdos neuróticos e a própria formação do sintoma.

Os modos de adoecer e os seus mecanismos psíquicos recebem a influência das “desarmonias quantitativas” no que se refere a sua relação com o caráter inato e às experiências de vida de cada sujeito. Assim, considerando essas duas condições e o seu grau de intensidade e forma de interagirem entre si, elas levam às alterações emocionais no neurótico e aos seus distúrbios. Nesses desajustamentos mentais, a organização do ego e sua interação com o desenvolvimento psicosssexual, principalmente no período infantil, indicam os especificadores do funcionamento mental.

A pesquisa sobre o adoecer e suas relações com as pulsões nos permitem conhecer em que momento a pulsão de vida atua na subjetivação do ser, transformando o adoecer numa vivência psíquica de aprendizagem, enriquecimento e edificação do ego. Daí surge, a necessidade da reformulação de um ego-prazer para um ego-realidade, o que possibilita uma superação de um funcionamento psíquico baseado no autoerotismo pulsional ao alcance de uma organização pulsional em que a satisfação da libidinal segue em direção a uma relação objetal.

Os significados do adoecer, os seus sentidos e representações para o psiquismo do sujeito estão vinculados aos mecanismos psíquicos da doença que se apresentam desde uma fixação da libido, a falhas severas no funcionamento do ego até as regressões do aparelho psíquico. Assim, para que haja uma constituição do aparelho psíquico normal em que os processos inconscientes caminhem na possibilidade de uma inscrição psíquica, um mecanismo organizador da personalidade encontra seu lugar numa relação entre ego e o id ajustada, possível pela diminuição de suas necessidades pulsionais de satisfação e pela tolerância de supereu em seu papel menos hostil. Essa normalidade mental também é facilitada pela superação de um Eu narcísico em direção às relações objetais e de um refazer das vicissitudes da libido indicando novos caminhos da conversão da libido à sublimação.

O desenvolvimento libidinal e egóico, enquanto parâmetros da normalidade ou anormalidade psíquica, faz parte do estudo do adoecimento psíquico na relação com as pulsões freudianas. Dessas relações, partem as pulsões de Eros e a sua ligação com a vida, com a união e as pulsões de Tanatos e sua representação com a morte, com a desunião. Eros cumpre maior representatividade quando diante das catexias libidinais, objetiva a energia ativa, a ligação, resguardando o ego dos mecanismos de severidade do supereu e do id. A relação dessas duas forças psíquicas, o ego e a libido e as pulsões de vida e de morte, suas formas de interagir, suas intensidades e qualidades são a base para a instauração ou não dos mecanismos neuróticos, seus estados mórbidos, os impulsos instintos sádicos e o masoquismo.

Portanto, é a pulsão como o “representante psíquico” da força pulsional do aparelho psíquico. As palavras de Birman (1993) a descrevem:

Para o discurso freudiano as estruturas psicopatológicas são formas do sujeito falar a verdade, maneiras do sujeito dizer algo sobre o sentido singular de sua história. Não basta, portanto, fazer desaparecer o desconforto mental, mas possibilitar que o sujeito fale de maneira plena, mesmo que isso temporariamente provoque o aumento de seu

sofrimento psíquico (p.86). [...] é preciso que a pulsão fale, que a força que ela representa se inscreva no registro do simbólico (p.87).

Um dos destinos das pulsões na teoria psicanalítica são as sublimações que tornam possíveis a capacidade de controle dos instintos. É através do recalque que possibilita que a manifestação do inconsciente seja refletida pela capacidade de representação mental do sujeito psíquico. As vicissitudes pulsionais da reversão ao seu oposto levam aos quadros de desfusão pulsional pelo sadismo e da fusão patológica pelo masoquismo. E por último o destino do retorno ao próprio Eu, pela existência dos sintomas e das doenças produzidas pelo fracasso das pulsões libidinais, tornam possíveis encontrar um lugar do sujeito através do trajeto do simbólico.

O simbólico oferece a possibilidade da fala, da expressão dos sentimentos e até da aceitação de uma perda implicada no luto. O “registro do simbólico” traz as relações libidinizadas e a estruturação do aparelho mental, elas demonstram a atuação dos processos inconscientes enquanto fenômenos psíquicos que permitem traçar caminhos, onde o lugar do sujeito encontre a si mesmo numa leitura a partir dos sentidos do adoecer e suas representações.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, LDA. Janeiro de 2002.

BIRMAN, J. **Ensaio de teoria psicanalítica parte 1 metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade**. R.J. : Jorge Zahar Ed., 1993.

CAREGNATO, R.C.A et al. **In Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2008.

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.II). R.J.: Imago, 1996, p.39-56 (originalmente publicado em 1895)

_____ **As neuropsicoses de defesa & Sinopses dos escritos do Dr. S. Freud**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.III). R.J.: Imago, 1996, p.53-66 e p. 221-227 (originalmente publicado em 1894 e 1897)

_____ **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. VII). R.J.: Imago, 1996, p.117-218 (originalmente publicado em 1905)

_____ **Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XII). R.J.: Imago, 1996, p.231-244 (originalmente publicado em 1911)

_____ **Tipos de Desencadeamento da Neurose** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XII). R.J.: Imago, 1996, p.245-256 (originalmente publicado em 1912)

_____ **Sobre o Narcisismo: Uma Introdução** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). R.J: Imago, 1996, p. 77-215 (originalmente publicado em 1914).

_____ **Os Instintos e Suas Vicissitudes** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). R.J: Imago, 1996, p. 115-144 (originalmente publicado em 1914).

_____ **Repressão** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). R.J: Imago, 1996, p. 145-162 (originalmente publicado em 1914).

_____ **O Inconsciente** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). R.J: Imago, 1996, p. 163-210 (originalmente publicado em 1914).

_____ **Luto e Melancolia.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). R.J: Imago, 1996, p. 245-263 (originalmente publicado em 1917).

_____ **Conferência XVII O Sentido dos Sintomas.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVI). R.J: Imago, 1996, p. 265-279 (originalmente publicado em 1916-1917)

_____ **Conferência XVIII Fixação em Traumas _ O Inconsciente.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVI). R.J: Imago, 1996, p. 281-292 (originalmente publicado em 1916-1917).

_____ **Conferência XIX Resistência e Repressão.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVI). R.J: Imago, 1996, p. 293-308 (originalmente publicado em 1916-1917).

_____ **Conferência XXIII Os Caminhos da Formação dos Sintomas.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVI). R.J: Imago, 1996, p. 361-378 (originalmente publicado em 1916-1917).

_____ **Além do Princípio do Prazer.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII). R.J: Imago, 1996, p.13-75 (originalmente publicado em 1920).

_____ **O Ego e o Id** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIX). R.J: Imago, 1996, p.13-75 (originalmente publicado em 1923).

_____ **Inibições, Sintomas e Ansiedades.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XX). R.J: Imago, 1996, p.79-103 (originalmente publicado em 1926).

_____ **Esboços de Psicanálise.** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XXIII). R.J.: Imago, 1996, p.153-221 (originalmente publicado em 1940)

GREEN A. et al. **A pulsão de morte. In Da utilidade clínica do conceito de pulsão de morte (H. Segal)** São Paulo: Editora Escuta, 1998.

KUSNETZOFF, J. C. **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica.** R.J. Nova Fronteira, 1982.

MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática: visão atual.** Edição, R.J.: Tempo Brasileiro, 1990.

_____ e alli. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo:Hucitec, 2004.

SILVA JR. N. **Modelos de Cura em Psicanálise. Das lembranças à abertura de um passado imprevisível.** Psicopombo, São Paulo, v. 4, p. 2-2, 1998.

ANEXOS

A – Apresentação dos Quadros:

Quadro V - Área Temática: Adoecer

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Castro, M. G. et al. Psicol.estud; 11(1):39-43, jan.-abr. 2006.	Conceito mente e corpo através da história	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise • Psiconeuroimunologia • Dicotomia mente/corpo • Evolução dos conceitos saúde/doença
Pinheiro, T. et al. Psicol. Clin; 18 (1):193-204, 2006.	Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes melancólicos e portadores de LES • A especificidade do corpo
Horn, Admar et al. Rev.bras. psicanál; 37 (1):69-84, 2003.	Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Estados-limites Neuroses atuais • Novos modos de adoecer Metapsicologia Aparelho psíquico • Escola Psicossomática de Paris Regressão somática e desligamento psicossomático
Jordão, Alexandre Abranches. Cad.psicanál. (Rio J., 1982); 19(22):135-156, 2003.	O narcisismo na transferência e no falso self	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com doença auto-imune • Possibilidades teóricas do conceito de narcisismo

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Albernaz, Liana. .Rev. bras.psicanal; 37(1):145- 158, 2003.	Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação da prática médica • Conhecimento biotecnológico da medicina • Conceitos de corpo e subjetividade/ Crise paradigmática • Racionalidade médica Saber médico/Doença como universal • Sofrimento/Amputação de dimensões do corpo /Apagamento do sujeito • Corpo maquínico/biomédico Corpo-sujeito/formulações freudianas
Mariuza, Clair Ana. Aletheia (15):37- 45,jan-jun.	A dor da ausência	C3	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Origens da prática médica/Compreensão do adoecer humano • Câncer/Psicossomática • Relação mãe-bebê • Desenvolvimento normal x falhas ou perturbações neste processo e as marcas ou cicatrizes para o resto da vida • Perdas e situações traumáticas • Doença orgânica
Gondar, Jô. Agora (Rio J.); 4 (2):25- 35, jul.-dez. 2001.	Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Novas formas de padecimento psíquico • Compulsão/ "figura-tipo" • Modalidade de escuta • Entendimento teórico • Intervenção clínica do psicanalista

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
R2: Resumos Ótimos;
R3: Resumos Regulares

Quadro VI - Área Temática: Pulsão

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Dias, M.G. L.V. Psicol.estud.1 1(2):399405	O sintoma: de Freud a Lacan	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • “Sintoma-letra gozo” • Dimensão do Real • Inconsciente Pulsional • Para além do princípio do prazer
Lazzarini, E.R. et al. Psicol. Teor. Pesqui; 22 (2):241-249, maio-ago. 2006	O corpo em psicanálise	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentos freudianos do corpo • Dualismo pulsional • Segunda tópica Eu corporal • Cisão corpo biológico/corpo psicanalítico
Rodrigues Mansilla et al. Rev.Dep .Psicol. UFF18(2): 11-28, 2006.	Drogadicção: tentativa de suicídio e/ou elaboração?	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Gozo pela descarga da pulsão de morte sobre si- Autodestruição – • Melancolia – Negação maníaca– • Simbolização • Luto pela perda primordial • Cura analítica (pulsão de vida)
Rudge,A.M. Agora (Rio J.); 9 (1):79-89, jan.-jun. 2006.	Pulsão de morte como efeito do supereu	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria do supereu • Noção de pulsão de morte • Clínica dos quadros de atração pelo sofrimento e pela dor
Sigal, A.M. Psicanál. univ; (17): 33-44, 2002.	O originário e o recalcamento primário em Jean Laplanche	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • A noção de originário/Laplanche • Originário/Nas origens do sujeito psíquico/Fundamento do aparelho psíquico e da subjetividade • Ics primário/originário/Fundado pelo recalcamento primário ou originário • Recalcamento/Dois tempos: um tempo exógeno, traumático em si e o traumatismo auto-traumatismo/Incide sobre os significantes/Não traduzidos, não ligados, tornam-se o objeto fonte da pulsão.

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Vieira, C.M.S et al. Mudanças 10 (1):31-40	O trauma como a fixação da libido ao instinto de morte	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma psíquico • Fixação no trauma/Fixação da libido • Trauma/Manifestação do instinto de morte/Desejo às avessas, seu negativo • Trauma/Separação entre os instintos de vida e de morte • Aparelho psíquico/Regressão/Refluxo do instinto de morte • Papel terapêutico/Fusão das pulsões/Auxiliando a representação do objeto odiado e da fantasia de desejo
Lyra, Carlos Eduardo de Sousa. Rev.psiquiatr. RioGd.Sul;28 (3): 322-329	O que é metapsicologia científica?	C2	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Metapsicologia científica • Psicanálise Neurociência • Pulsão versus instinto • Representação e quotas de afetos • Teoria do recalque
Machado, O. et al.Cad.psicanál. (Rio J.1982) 19(22): 157-178, 2003.	O sintoma freudiano e o gozo	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Sintoma/Formação do inconsciente – Sentido oculto • Sintoma/Resistência/Pulsão que se satisfaz
Silva Junior, Nelson da. Psyche (São Paulo); 7(11): 29-38, jun. 2003.	A sombra da sublimação: o imperialismo da imagem e os destinos pulsionais na atualidade	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Primazia da imagem da cultura • Satisfação pulsional • Desfusão pulsional • Sublimação • Releitura das patologias na contemporaneidade • Segunda teoria das pulsões em Freud

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Wieczorek, R.M. Arq. ciências saúde UNIPAR; 7(2): 189-194, maio-ago. 2003.	Uma reflexão sobre a pulsão: um enfoque freudiano	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica • Mecanismos das pulsões • Teoria da psicanálise • Teoria pulsional (constituída a partir do apoio do sexual no somático e o herdado filogeneticamente) • Normalidade Psicopatologia • Relação pulsional (vida psíquica definida pela pulsão e a história dos acontecimentos pulsionais diferentes momentos da estruturação do aparelho psíquico)
Gomes, Gilberto. Psicol.teor.pes qui; 17(3):249-255, set.-dez. 2001.	Os dois conceitos freudianos de Trieb	C2	R2	<ul style="list-style-type: none"> • O sentido de Trieb (pulsão, instinto) • Conceitos de pulsões sexuais, de auto-conservação, de vida e de morte nas obras de Freud • Teorias freudianas das pulsões • Pulsão/Sexual/Libido
Barbosa, M.N.P. et al.. Psicol.reflex.c rit; 18(2):162-170, maio-ago. 2005.	Considerações sobre a dimensão biológica do conceito de pulsão em Freud	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensão biológica do conceito de pulsão de morte • Aparato Psíquico • Hipótese estrutural do inconsciente x Teorizações da fisiologia e biologia • Pensamento freudiano • Variantes evolucionistas
França, M.O.A.F. Rev.bras. psicanál.39(3): 1 05-108, 2005.	O fascínio do poder	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Poder humano Sentimento de “estar vivo” • Categorias das forças da pulsão • Mecanismo de identificação projetiva

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Jorge, M.A.C. 2004 Psicol.clín; 16(2): 139-153, 2004.	O sintoma é o que muitas pessoas têm de mais real: sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise e a fantasia	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos fundamentais da psicanálise segundo Lacan (inconsciente, transferência, pulsão e repetição) • Conceitos de Inconsciente e Pulsão • Constituição no Real (duas formas): Linguagem e Sexualidade • Conceitos de transferência e repetição • Metapsicologia Clínica • Fantasia
Violante, M.L.V. Psicanál. univ; (18):43-52, abr. 2003	A psicossexualidade	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Fator somático Psíquico • Psicossexualidade • Libido/Pulsão sexual • Constituição psíquica normal e patológica do sujeito
Botelho, D.A. Psyche (São Paulo); 6 (9): 56-66, jun. 2002.	Freud e os protozoários	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Freud/Reflexão sobre Biologia e Zoologia • Introdução ao conceito de pulsão de morte na teoria psicanalítica
Cândido C.L et al. Psicol .Reflex.Crit. 15(30:677- 684,2002.	Auto-organização psíquica	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva psicanalítica/Emerge a realidade psíquica • Estímulos corporais/Semântica mental apoiada na sexualidade • Freud e os domínios diferentes: ciências mentais e ciências do cérebro • Articulação entre as noções de pulsão e de inconsciente • Gênese significação Psiquismo/ Processo auto-organização

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Gutiérrez-Terrazas, José. Agora(RJ)5(1):91-100, 2002.	O conceito de pulsão de morte na obra de Freud	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de "pulsão de morte"/Pensamento psicanalítico • Psicosexualidade inconsciente • Dinâmica psíquica do tipo biológica, inata • Conflito psíquico de ordem instintiva
Pereira, Suelena Werneck. Cad.psicanál. (Rio J., 1982); 18(21):13-36, 2002.	Mal-estar, pulsão de morte, destrutividade: a dor de ser humano	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Metapsicologia • Noção de mal-estar/Conceito de pulsão de morte/Destruibilidade humana • Teoria pulsional • Teoria psicanalítica/Violência atual
Silveira, M.C.F. Psyche (São Paulo) 6(10):173-183, nov. 2002.	Die Verneinung e a pulsão de morte: algumas considerações	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de pulsão de morte • Papel da negação sobre a atividade intelectual e a constituição do sujeito • Pulsões de destruição como causa da negação/Freud
Bartucci, Giovanna. Cad.psico. (Belo Horizonte, 1984); 11(1):29-47, dez. 2001.	Entre a compulsão à repetição e a repetição transferencial, inscreve-se a pulsão de morte	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsão de vida/Pulsão de morte • A segunda dualidade pulsional • Diferença dos conceitos de compulsão à repetição e repetição transferencial
Bastos, L.A.M. Rev.bras.psicanál; 35(1):63-76,2001.	O sorriso do lagarto: biotecnologias e afetos	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A psicanálise e as novas tecnologias • Constituição histórica do corpo, do sujeito e de seus afetos • Conceito de pulsão/Dimensão ética

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Coelho Júnior, N.E. Agora (RJ) 4 (2): 37-49, 2001.	A noção de objeto na psicanálise freudiana	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Estatuto da noção de objeto na teoria psicanalítica de Freud • Pulsão/Aspecto originário da constituição da subjetividade e os objetos como aspectos secundários • Outra posição de Freud, tendo os objetos como determinantes originários na constituição da subjetividade • Riqueza epistemológica da psicanálise/Dupla posição com relação ao estatuto do objeto
Liebermann, Zelig. Rev.bras .psicoter;3(1): 35-43, 2001.	Conflito pulsional e identificação na formação do caráter	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise/Sintomatologia neurótica • Dificuldades interpessoais/Modo funcionamento paciente • Conflito pulsional e identificação
Cukiert,M. et al. Psyche (São Paulo); 4 (5):53-63, dez. 2000.	O corpo em psicanálise: algumas considerações	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A questão do corpo para a psicanálise • A questão da representação • Freud/Novas leituras para a questão do corpo em psicanálise • Corpo biológico/Corpo representado • Ordem corporal/Introdução do conceito de pulsão • Movimento de oscilação entre pulsões de vida e pulsões de morte
Di Ciero F., Paschoal. Rev.bras. psicanál; 34 (3): 507-15, 2000.	Considerações a respeito de duas experiências de luto em uma análise	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências de luto em uma análise • Caráter regressivo com ansiedade paranóide e somatizações • Discriminação entre o ego e objeto e predomínio da pulsão de vida • Retratação narcísica do enlutado/Dest. Obj. perdido.

Legenda:C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
 C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
 C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
 R2: Resumos Ótimos;
 R3: Resumos Regulares

Quadro VII - Área Temática: Vida/Morte

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Lisondo, A.B.D. Rev.bras. psicanál; 38 (2):335-358, 2004.	Na cultura do vazio, patologias do vazio	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Era pós-moderna • Vazio mental • Paradigma metapsicológico • Relação transferencial • Inscrição psíquica • Trabalho terapêutico • Eros amortize thanatos
Trindade, E.M.V. Rev.saúde Dist. Fed; 15(1/2): 9-18, jan.-jun. 2004.	Uma perspectiva histórica do sofrimento humano: considerações éticas no âmbito da saúde	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de atitudes humanistas no cuidado do sofrimento humano • Sofrimento x Processo de formação de atuação dos profissionais I • Implicações éticas e científicas como adoecer e morrer • A dor e a dialética entre vida e morte, prazer e dor, amor e desamor
Sztajnberg, Raquel. Cad.psicanál. (Rio J., 1982); 19(22):179-186, 2003.	Que corpo é esse? Novos destinos da sexualidade	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre sujeito e corpo/Primeira alteridade que o Eu tem que dar conta • Castração corporificada • Libido/Padrões éticos e estéticos que a regulam • Negociações com Eros e Tanatos
Kupermann, D. Cad.psicanál (RJ,1982): 18(21):291-312, 2002.	A identificação sublimatória: uma hipótese metapsicológica	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos psíquicos da morte factual do pai • Diferenciação metapsicológica entre a modalidade narcísica de identificação/Freud x Identificação sublimatória visada no processo analítico

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Ribeiro, Ana Cristina. Cad.psicanál. (Rio J., 1982);16(19):109-128, 2000.	Vias da finitude: desamparo, corpo e perecimento	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre desamparo e finitude • O corpo e sua relação com o perecimento e a finitude

Legenda:C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;

C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;

C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes

R2: Resumos Ótimos;

R3: Resumos Regulares.

Os Sentidos do Adoecer: refazendo o percurso freudiano

Quadro VIII - Área Temática: Dor-Sofrimento

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Mileo, M.C.B. Rev.bras. crescimento desenvolv. human; 16(3):114-118, set.- dez. 2006.	Uma perda, tantas perdas	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer • Processo analítico Referencial psicanalítico • Processos inconscientes • Conceito de Eu construtor/Aulagnier
Rudge, Ana Maria Agora (Rio J.); 9 (1):79-89, jan.-jun. 2006.	Pulsão de morte como efeito do supereu	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria do supereu • Noção de pulsão de morte • Clínica dos quadros de atração pelo sofrimento e pela dor
Trindade, E.M.V. Rev.saúde Dist. Fed; 15(1/2): 9-18, jan.- jun. 2004.	Uma perspectiva histórica do sofrimento humano: considerações éticas no âmbito da saúde	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de atitudes humanistas no cuidado do sofrimento humano • Sofrimento x Processo de formação de atuação dos profissionais • Implicações éticas e científicas como adoecer e morrer • A dor e a dialética entre vida e morte, prazer e dor, amor e desamor
Bleichmar, S. Psicanál.univ; (19):69-85, 2003.	A psicanálise frente aos modos atuais do sofrimento	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Novas patologias/Condições atuais de existência • Novas formas de expressão do sofrimento x Paradigmas fundamentais da psicanálise e os seus conceitos de inconsciente, sexualidade infantil, complexo de Édipo.

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Garcia, E.L. Psicanál. univ;(15): 99-109, set. 2001.	Sobre a potencialidade polimorfa	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações narcísicas • Fundamentos metapsicológicos dos sintomas e sofrimento psíquico • Construções teóricas/A noção de potencialidade polimorfa • Conflito psíquico • Psicopatologia alojada no interior do Eu/Borderline/Estados-limite/Estruturas narcísicas ou da ordem do psicossomático • Desfalque narcísico/Mal investimento libidinal na criança/Problemática identificatória
Petersen, C.S. Aletheia;(11): 97-109,jan-jun, 2000.	Dor psíquica ou corporal? Será possível esta dissociação?	C2	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicodinâmicos e multifatorial da dor • Funcionamento mental de pacientes portadores de dor Estudo da dor com Freud • Diferentes psicopatologias: conversão, depressão e somatização

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Albernaz, Liana. Rev.bras. psicanál; 37(1):145-158, 2003.	Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação da prática médica • Conhecimento biotecnológico da medicina • Conceitos de corpo e subjetividade/ Crise paradigmática • Racionalidade médica Saber médico/Doença como universal • Sofrimento/Amputação de dimensões do corpo/Apagamento do sujeito • Corpo maquínico/biomédico Corpo-sujeito/formulações freudianas
Ferreira, F.P et al. Pulsional rev.psicanál; 16(167):24-32, 2003.	Transferência como experiência do vivido e transmissão psíquica: a herança de Sándor Ferenczi	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Correntes do pensamento psicanalítico • Sofrimento humano • Novas patologias
Klautau, Perla et al., 2003. Pulsional rev.psicanál; 15(164/165): 35-41, dez. 2002-jan. 2003.	Diálogos entre Winnicott e Lacan: do conceito de objeto ao manejo clínico da experiência de sofrimento	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo clínico/Experiência de sofrimento • Winnicott/Lacan/Processo psicanalítico/Prática psicanalítica
Pinheiro, T. Cad.psicanál (RJ,1982):19(22):13- 28, 2003.	Uma outra visão possível do corpo na psicanálise	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de corpo/Diferentes abordagens • Formas de sofrimento da contemporaneidade

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Almeida, M.C. Du Pine. Rev.bras. psicanál; 36 (1):81-87, 2002.	E então? Com ou sem dor?	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Resistências à psicanálise • Não reconhecimento de novos conceitos • Eficácia/Aplicação do método psicanalítico • Concepção da dor como desvio
Mariuza, Clair Ana. Aletheia;(15):37-45,jan-jun. , 2002.	A dor da ausência	C3	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Origens da prática médica/Compreensão do adoecer humano • Câncer/Psicossomática • Relação mãe-bebê • Desenvolvimento normal x falhas ou perturbações neste processo e as marcas ou cicatrizes para o resto da vida • Perdas e situações traumáticas Doença orgânica
Besset. Psyche (São Paulo); 4(5): 29-37, dez. 2000. Vera Lopes.	Inibição e sintoma: a angústia na clínica hoje	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A questão da inibição versus Estatuto de sofrimento/sintoma • Antidepressivo • As relações entre inibição e sintoma em articulação à angústia/Freud e Lacan • O lugar do sujeito na clínica • O analista em sua função

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
R2: Resumos Ótimos;
R3: Resumos Regulares.

Quadro IX - Área Temática:Perdas-Luto

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Dias, H.M.M. Pulsional rev.psicanál; 15(164/165): 75-84, 2003.	O desamparo na clínica da histeria	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A questão do desamparo na clínica da histeria • Estudos de Freud e da psicopatologia fundamental • Sentimento de desamparo frente ao sintoma • Psicopatologia histérica/Sintoma de conversão constitui-se numa defesa contra a angústia do desamparo/Perda do objeto de amor
Gerez-Ambertín, Marta. Psicol. Clín; 14 (1): 87- 95, 2002	Vicissitudes do luto: passagem ao ato, acting- out, sintoma e ato	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Luto/Vicissitudes nos trabalhos de Freud e Lacan • Diversas direções do luto: passagem ao ato, acting-out, ação ou sintoma • Subjetividade clínica • Perda implicada no luto
Mariuza, Clair Ana. Aletheia;(15):37- 45,jan-jun. , 2002.	A dor da ausência	C3	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Origens da prática médica/Compreensão do adoecer humano • Câncer/Psicossomática • Relação mãe-bebê • Desenvolvimento normal x falhas ou perturbações neste processo e as marcas ou cicatrizes para o resto da vida • Perdas e situações traumáticas Doença orgânica
Seixas, P. Rev.bras. psicoter; 4(1):25-32, jan.- abr. 2002.	Do trabalho do luto (considerações sobre a obra Luto e Melancolia)	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de luto/Conceito problemático/ Ordem metodológica • Referencial dialético/Tese hegeliana do “trabalho do negativo”

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Di Ciero F. Paschoal. Rev.bras. psicanál; 34(3):507-15, 2000.	Considerações a respeito de duas experiências de luto em uma análise	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências de luto em uma análise • Caráter regressivo com ansiedade paranóide e somatizações • Discriminação entre o ego e objeto e predomínio da pulsão de vida • Retratação narcísica do enlutado/Destinodoobjeto perdido

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
 C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
 C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
 R2: Resumos Ótimos;
 R3: Resumos Regulares.

Os Sentidos do Adoecer: refazendo o percurso freudiano

Quadro X - Área Temática: Sintoma

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Dias, M. G. L. V. Psicol .estud.11(2): 399-405, 2006.	O sintoma: de Freud a Lacan	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensão do Simbólico Ics Estruturado como linguagem-Sintoma-Metáfora • Dimensão do Real Ics Pulsional – “Sintoma-letra de gozo”
Mendes, E.D et al.. Psyche (São Paulo); 8 (14):147-156, jul.-dez. 2004.	Corpo e novas formas de subjetividade	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças socioeconômicas e ideológicas • Constituição da subjetividade • Novos laços sociais e novos sintomas • Não expressão de sentimentos • Os males inscritos no corpo • Impossibilidade da fala • Psicanálise contemporânea
Lowenkron, A.M. Rev.bras. psicanál. 37(4):993-1008, 2003.	Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias?	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Novas patologias/Novos sintomas • Transformações socioeconômicas • Substituição da interpretação por sentidos por atos ou sintomas somáticos • Inibição da vida psíquica/Deficiência de representação psíquica/Inabilidade para simbolizar experiências
Garcia, Edna Linhares. Psicanál. univ; (15):99109, set. 2001.	Sobre a potencialidade polimorfa	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações narcísicas • Fundamentos metapsicológicos dos sintomas e sofrimento psíquico • Construções teóricas/A noção de potencialidade polimorfa • Conflito psíquico • Psicopatologia alojada no interior do Eu/Borderline/Estados-limite/Estruturas narcísicas ou da ordem do psicossomático • Desfalque narcísico/Mal investimento libidinal na criança/Problemática identificatória

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Petersen, C.S. Aletheia; (11):97-109, jan-jun, 2000.	Dor psíquica ou corporal? Será possível esta dissociação?	C2	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicodinâmicos e multifatorial da dor • Funcionamento mental de pacientes portadores de dor • Estudo da dor com Freud • Diferentes psicopatologias: conversão, depressão e somatização
Eksterman, A. Cad.psicanál. (RJ,1982): 19(22):51-76, 2003.	O ato psicanalítico e a medicina do corpo	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximação Psicanálise x Medicina • Ato Psicanalítico/Produz consciência e formação da vida mental • Psicanálise/Gênese de sintomas somáticos • Psicossomática do século XX
Machado, O.M.R. Cad.psicanál. (Rio J., 1982); 19(22):157-178, 2003.	O sintoma freudiano e o gozo	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Sintoma/Formação do inconsciente – Sentido oculto • Sintoma/Resistência/Pulsão que se satisfaz
Mograbi, D. et al Estud. Psicol. (Natal); 11(2):127-133, maio-ago. 2006.	Sob o signo da incerteza: autoridade simbólica e desamparo	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Novos sintomas/Novas patologias e a Clínica psicanalítica • Conceito de recalque • Representantes do processo de subjetivação • Referencial edípiano • Declínio da autoridade simbólica • Formação da instância moral
Gerez-Ambertín, Marta. Psicol. Clín; 14 (1): 87-95, 2002	Vicissitudes do luto: passagem ao ato, acting-out, sintoma e ato	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Luto/Vicissitudes nos trabalhos de Freud e Lacan • Diversas direções do luto: passagem ao ato, acting-out, ação ou sintoma • Subjetividade clínica • Perda implicada no luto
Vanier, A. Agora(RJ) 5(2):205-217, 2002.	O sintoma social	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de sintoma/Valor fundador para a estrutura do sujeito/Lacan • Sintoma social/ Noção psicanalítica

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Libermann, Z. Rev.bras .psicoter;3(1): 35-43, 2001.	Conflito pulsional e identificação na formação do caráter	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise/Sintomatologia neurótica • Dificuldades interpessoais/Modo funcionamento paciente • Conflito pulsional e identificação
Besset, Vera Lopes. . Psyche (São Paulo); 4(5): 29-37, dez. 2000.	Inibição e sintoma: a angústia na clínica hoje	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A questão da inibição versus Estatuto de sofrimento/sintoma • Antidepressivo • As relações entre inibição e sintoma em articulação à angústia/Freud e Lacan • O lugar do sujeito na clínica • O analista em sua função
Eisenbruch R.V. Psicol .USP11(1):137- 153, 2000.	Leitura e diagnóstico do sintoma orgânico	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise • Subjetividade do corpo/O afeto de angústia • Patologias orgânicas • Psicopatologia/Tratamento psicanalítico • Sintoma não é indiferente ao discurso • Corpo vivente Gozo no corpo/Desejo inconsciente/Outro materno/Real no corpo da criança Doença orgânica
Hisada, Sueli. Mudanças; 8 (14):81-88, jul.-dez. 2000.	Transtornos psicossomáticos: uma visão winnicottiana	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psique-soma • Experiência de continuidade Meio ambiente adequado • Dissociação precoce da personalidade • Conflito apego e separação • Doença psicossomática • Pele/Processo de percepção do self que se localiza no corpo

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
R2: Resumos Ótimos;
R3: Resumos Regulares.

Quadro XI - Área Temática: Trauma

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Sigal, A.M. Psicanál. univ;(17): 33-44, 2002.	O originário e o recalçamento primário em Jean Laplanche	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • A noção de originário/Laplanche • Originário/Nas origens do sujeito psíquico/Fundamento do aparelho psíquico e da subjetividade • Ics primário/originário/Fundado pelo recalçamento primário ou originário • Recalçamento/Dois tempos: um tempo exógeno, traumático em si e o traumatismo auto-traumatismo/Incide sobre os significantes/Não traduzidos, não ligados, tornam-se o objeto fonte da pulsão.
Vieira, C.M.S et al. Mudanças 10(1):31-40	O trauma como a fixação da libido ao instinto de morte	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma psíquico Fixação no trauma/Fixação da libido • Trauma/Manifestação do instinto de morte/Desejo às avessas, seu negativo • Trauma/Separação entre os instintos de vida e de morte • Aparelho psíquico/Regressão/Refluxo do instinto de morte • Papel terapêutico/Fusão das pulsões/Auxiliando a representação do objeto odiado e da fantasia de desejo

Legenda: C1: Palavra-chave e Descritor explicitado;
 C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
 C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
 R2: Resumos Ótimos;
 R3: Resumos Regulares

Os Sentidos do Adoecer: refazendo o percurso freudiano

Quadro XII - Área Temática: Narcisismo

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Lazzarini, E.R et al. Psicol. Teor. Pesqui; 22 (2):241-249, maio-ago. 2006	O corpo em psicanálise	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentos freudianos do corpo • Dualismo pulsional • Segunda tópica • Eu corporal • Cisão Corpo biológico/corpo psicanalítico
Pinheiro, T. et al. Psicol. Clin; 18 (1):193-204, 2006.	Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes melancólicos e portadores de LES • A especificidade do corpo e suas configurações subjetivas
Lisondo, A.B.D. Rev.bras.psicanál; 38 (2):335-358, 2004.	Na cultura do vazio, patologias do vazio	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Era pós-moderna • Vazio mental • Paradigma metapsicológico • Relação transferencial • Inscrição psíquica • Trabalho terapêutico • Eros amortize thanatos
Jordão, Alexandre Abranches. Cad.psicanál. (Rio J., 1982); 19(22):135-156, 2003.	O narcisismo na transferência e no falso self	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com doença auto-imune • Possibilidades teóricas do conceito de narcisismo

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Garcia, Edna Linhares. Psicanál. univ;(15):99-109, set. 2001.	Sobre a potencialidade polimorfa	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações narcísicas • Fundamentos metapsicológicos dos sintomas e sofrimento psíquico • Construções teóricas/A noção de potencialidade polimorfa • Conflito psíquico • Psicopatologia alojada no interior do Eu/Borderline/Estado s-limite/Estruturas narcísicas ou da ordem do psicossomático • Desfalque narcísico/Mal investimento libidinal na criança/Problemática identificatória
Andrade, Victor Manoel de. Rev.bras.psicánál; 37(4):1051-1065, 2003.	O ego corporal e o continuum cérebro-mente. O modo de ação clínica da psicanálise na perspectiva da interface com a neurociência	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da Neurociência • Hipóteses psicanalíticas • Psicanálise • Relação afetiva (transferência) • Transtornos narcísicos • Falhas no Ego • Relações objetais inadequadas • Ego corporal • Relação transferencial • Processo psicanalítico

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Cukiert, M et al. Estud. Psicol. (Natal); 7 (1):143-149, jan. 2002.	Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de eu e corpo/Lacan • Gênese do eu • Conceitos de ego • Identificação • Narcisismo • Imagem do corpo próprio e formação do eu • Corpo e seus três registros: Imaginário=corpo imagem; Simbólico=corpo significante; Real=corpo sinônimo de gozo
Kupeermann, D. Cad.psicanál. (RJ,1982): 18(21):291-312	A identificação sublimatória: uma hipótese metapsicológica	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos psíquicos da morte factual do pai • Diferenciação metapsicológica entre a modalidade narcísica de identificação/Freud x Identificação sublimatória visada no processo analítico
Di Ciero F., Paschoal. Rev.bras.psicanál; 34 (3):507-15, 2000.	Considerações a respeito de duas experiências de luto em uma análise	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências de luto em uma análise • Caráter regressivo com ansiedade paranóide e somatizações • Discriminação entre o ego e objeto e predomínio da pulsão de vida • Retratação narcísica do enlutado/Destino do objeto perdido

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
R2: Resumos Ótimos;
R3: Resumos Regulares.

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Lyra,C.E.S. 2006	O que é metapsicologia científica?	C2	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Metapsicologia científica • Psicanálise Neurociência • Pulsão versus instinto • Representação e quotas de afetos • Teoria do recalque
Jorge, M.A.C. 2004. Psicol.clín; 16(2):139- 153, 2004.	O sintoma é o que muitas pessoas têm de mais real: sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise e a fantasia	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos fundamentais da psicanálise segundo Lacan (inconsciente, transferência, pulsão e repetição) • Conceitos de Inconsciente e Pulsão • Constituição no Real (duas formas): Linguagem e Sexualidade • Conceitos de transferência e repetição • Metapsicologia Clínica • Fantasia
Bartucci, Giovanna. Cad.psico. (Belo Horizonte, 1984); 11(1):29-47, dez. 2001.	Entre a compulsão à repetição e a repetição transferencial, inscreve-se a pulsão de morte	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsão de vida/Pulsão de morte • A segunda dualidade pulsional • Diferença dos conceitos de compulsão à repetição e repetição transferencial
Gondar, Jô. Agora (Rio J.); 4 (2):25- 35, jul.-dez. 2001.	Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Novas formas de padecimento psíquico • Compulsão/"figura-tipo" • Modalidade de escuta • Entendimento teórico • Intervenção clínica do psicanalista

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;
C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;
C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;
R2: Resumos Ótimos;
R3: Resumos Regulares.

Quadro XIV - Área Temática: Corpo

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Castro, M.G.. et al. Psicol.estud; 11(1):39-43, jan.abr.2006.	Conceito mente e corpo através da história	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise • Psiconeuroimunologia • Dicotomia Mente/corpo • Evolução dos conceitos saúde/doença
Lazzarini, E.R. et al. Psicol. Teor. Pesqui; 22 (2):241-249, maioago.2006	O corpo em psicanálise	C2	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentos freudianos do corpo • Dualismo pulsional • Segunda tópica Eu corporal • Cisão Corpo biológico/corpo psicanalítico
Pinheiro, T. et al. Psicol. Clin; 18 (1):193-204, 2006.	Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes melancólicos e portadores de LES • A especificidade do corpo e suas configurações subjetivas
Mendes, E.D. et al. Psyche (São Paulo); 8 (14):147-156, jul.-dez. 2004.	Corpo e novas formas de subjetividade	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças socioeconômicas e ideológicas • Constituição da subjetividade • Novos laços sociais e novos sintomas • Não expressão de sentimentos • Os males inscritos no corpo • Impossibilidade da fala • Psicanálise contemporânea
Sztajnbg, Raquel. Cad.psicanál. (Rio J., 1982); 19(22):179-186, 2003.	Que corpo é esse? Novos destinos da sexualidade	C1	R1	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre sujeito e corpo/Primeira alteridade que o Eu tem que dar conta • Castração corporificada • Libido/Padrões éticos e estéticos que a regulam • Negociações com Eros e Tanatos
Andrade, Cláudia Braga de. Cad.psicanál. (RioJ.,1982); 19(22):97-112, 2003.	A natureza do corpo: origem ou destino?	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise/Questões atuais da biotecnologia • Estatuto do corpo • Obra freudiana/Três momentos que demonstram distintas perspectivas em relação à noção do corpo

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Talarico, Heloisa Gadelha. Pulsional rev.psicanál; 16 (167): 33-39, mar. 2003.	O corpo fala?	C1	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes falas do corpo Paralisia parcial/Conversão histérica • Sintoma aparece e desaparece/Constituindo-se como metáfora • Outra fala do corpo/lesão dos próprios órgãos
Petersen, C.S. : Aletheia; (11):97-109, jan-jun	Dor psíquica ou corporal? Será possível esta dissociação?	C2	R2	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicodinâmicos e multifatorial da dor • Funcionamento mental de pacientes portadores de dor • Estudo da dor com Freud • Diferentes psicopatologias: conversão, depressão e somatização
Albernaz, Liana. Rev.bras. psicanál; 37(1):145-158, 2003.	Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação da prática médica • Conhecimento biotecnológico da medicina • Conceitos de corpo e subjetividade/ Crise paradigmática • Racionalidade médica Saber médico/Doença como universal • Sofrimento/Amputação de dimensões do corpo/Apagamento do sujeito • Corpo maquínico/biomédico Corpo-sujeito/formulações freudianas
Pinheiro, T. Cad.psicanál. (RJ,1982): 19(22):13-28, 2003.	Uma outra visão possível do corpo na psicanálise	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de corpo/Diferentes abordagens • Formas de sofrimento da contemporaneidade
Reis, Eliana Schueler. Agora (Rio J.); 6 (2):187-203, jul.-dez. 2003.	Auto-erotismo: um vazio ativo na clínica contemporânea	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de auto-erotismo/Potência de agir e devir • Movimentos subjetivos /Processo de cura na atualidade • Noção de afetos de vitalidade, do sentir com, corpo sensível e pequenas percepções • Experiência transferencial

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Silveira, Fernando de A. et al. Psicol. USP; 14(3):171-194, 2003.	Corpo e alma em Foucault: postulados para uma metodologia da psicologia	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Corpo/Expressão de poderes e saberes • Corpo/Agente e peça/Rede social • Depositário de marcas e sinais • Corporeidade • Alma/Processo de constituição do corpo histórico dos sujeitos • Postulados sobre o corpo e a alma em Foucault
Winogrd,M. Cad.psicanál. (Rio J., 1982);19(22): 227248,2003.	A problemática corpo-alma na obra freudiana	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquismo/ Encena histórias pessoais Corpo/Palco • Problema corpo-psiquismo permeia toda a obra de Freud
Cândido,C.L. Psicol. Reflex.Crit. 15(30:677-684,2002.	Auto-organização psíquica	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva psicanalítica/Emerge a realidade psíquica • Estímulos corporais/Semântica mental apoiada na sexualidade • Freud e os domínios diferentes: ciências mentais e ciências do cérebro • Articulação entre as noções de pulsão e de inconsciente • Gênese significação Psiquismo/ Processo auto-organização
Cukiert, M. et al. Estud. Psicol. (Natal); 7 (1):143-149, jan. 2002.	Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de eu e corpo/Lacan • Gênese do eu • Conceitos de ego • Identificação • Narcisismo • Imagem do corpo próprio e formação do eu • Corpo e seus três registros: Imaginário=corpo imagem; Simbólico=corpo significante; Real=corpo sinônimo de gozo
Vargas, Nairo de Souza. Janguiana; (20):29-34, 2002.	Símbolo e psicossomática: o corpo simbólico	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia analítica de Jung • Conceito de símbolo/Mente e corpo • Psique/somática Soma/psíquico • Doença psicossomática

Autor /Ano	Títulos	Classificação: Textos Considerados	Classificação: Resumos	Significados de Conteúdos
Bastos, L.A.M. Rev.bras. psicanál; 35(1): 63-76, 2001.	O sorriso do lagarto: biotecnologias e afetos	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A psicanálise e as novas tecnologias • Constituição histórica do corpo, do sujeito e de seus afetos • Conceito de pulsão/Dimensão ética
Cukiert, M. et al. Psyche (São Paulo); 4 (5):53-63, dez. 2000.	O corpo em psicanálise: algumas considerações	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • A questão do corpo para a psicanálise/ A questão da representação • Freud/Novas leituras para a questão do corpo em psicanálise • Corpo biológico/Corpo representado • Ordem corporal/Introdução do conceito de pulsão • Movimento de oscilação entre pulsões de vida e pulsões de morte
Eisenbruch R.V. Psicol. USP11(1): 137-153, 2000.	Leitura e diagnóstico do sintoma orgânico	C2	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psicanálise Subjetividade do corpo/O afeto de angústia • Patologias orgânicas • Psicopatologia/Tratamento psicanalítico • Sintoma não é indiferente ao discurso • Corpo vivente Gozo no corpo/Desejo inconsciente/Outro materno/Real no corpo da criança • Doença orgânica
Hisada, Sueli. Mudanças; 8 (14):81-88, jul.-dez. 2000.	Transtornos psicossomáticos: uma visão winnicottiana	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Psique-soma • Experiência de continuidade Meio ambiente adequado • Dissociação precoce da personalidade • Conflito apego e separação • Doença psicossomática • Pele/Processo de percepção do self que se localiza no corpo
Ribeiro, A.C Cadpsica(RJ,1982); 16(19):109-128, 2000.	Vias da finitude: desamparo, corpo e perecimento	C1	R3	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre desamparo e finitude • O corpo e sua relação com o perecimento e a finitude

Legenda: C1: Palavras-chave e Descritor explicitado;

C2: Palavras-chave e Descritor inserido no resumo;

C3: Palavras-chave ou Descritor nos resumos.

R1: Resumos Excelentes;

R2: Resumos Ótimos;

R3: Resumos Regulares.