

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ANA BEATRIZ MAGALHÃES DA ROSA

SINTOMA E SATISFAÇÃO EM FREUD

Rio de Janeiro

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SINTOMA E SATISFAÇÃO EM FREUD.

ANA BEATRIZ MAGALHÃES DA ROSA

Dissertação apresentada no curso de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: **Prof^ª Dr^ª ANA BEATRIZ FREIRE**

Rio de Janeiro,RJ

2010

SINTOMA E SATISFAÇÃO EM FREUD.

ANA BEATRIZ MAGALHÃES DA ROSA

Dissertação apresentada no curso de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em de fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Freire

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Giselle Falbo Kosovski

Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a. Regina Herzog de Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2010

AGRADECIMENTOS

À Giselle Falbo, pela orientação cuidadosa e presença permanente durante a execução desta pesquisa.

À Fernanda Costa-Moura, pela interlocução fecunda e participação na qualificação do projeto desta dissertação, momento decisivo para conclusão da mesma.

À Ana Beatriz Freire por ter aceito prontamente assumir a orientação deste trabalho.

As professoras Letícia Balbi e Regina Herzog por aceitarem participar do exame desta pesquisa.

Aos meus filhos, Pedro (in memoriam), Paloma, Marina, Ciro e Tito que me acompanham nesta jornada desde os tempos da graduação.

Ao meu companheiro Antonio, pelo apoio incondicional e paciência durante o período de execução desta pesquisa.

Aos meus pais pelo apoio de sempre.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO | 1 |
| RÉSUMÉ | 2 |
| 1.0 - INTRODUÇÃO | 3 |
| 2.0 - O SINTOMA NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA | 7 |
| 2.1 – APRESENTAÇÃO | 7 |
| 2.2 - UM BREVE HISTÓRICO SOBRE O SINTOMA EM FREUD | 8 |
| 2.3 - PRIMEIRA ABORDAGEM DO SINTOMA: TRAUMA E SEXUALIDADE | 16 |
| 2.4 - A SEXUALIDADE E A FORMAÇÃO DOS SINTOMAS | 22 |
| 2.5 - A SATISFAÇÃO NO SINTOMA COMO PROBLEMA | 27 |
| 3.0 - O SINTOMA NA SEGUNDA TÓPICA | 34 |
| 3.1 - APRESENTAÇÃO | 34 |
| 3.2 - ANTECEDENTES DO PRINCÍPIO DO PRAZER | 36 |
| 3.3 O SONHO DA NEUROSE TRAUMÁTICA | 38 |
| 3.4 - A BRINCADEIRA INFANTIL | 40 |
| 3.5 - TRANSFERÊNCIA E REPETIÇÃO | 42 |
| 3.6 – A SATISFAÇÃO ALÉM DO PRINCÍPIO DO PRAZER | 52 |
| 4.0 - CONCLUSÃO | 65 |
| BIBLIOGRAFIA | 71 |

RESUMO

ROSA, Ana Beatriz Magalhães. Sintoma e Satisfação em Freud. Orientadora: Ana Beatriz Freire, Rio de Janeiro. PPGTP/IP/ UFRJ, 2010. Dissertação.

O presente trabalho visa a situar a satisfação obtida através do sintoma por meio da articulação dos conceitos contidos na primeira e na segunda tópicas freudianas, analisando a obra de Freud desde os momentos iniciais da construção teórica da satisfação no sintoma situada nos limites do princípio do prazer, passando por seus questionamentos – em função dos entraves terapêuticos com que se depara – até o momento em que reconhece a não dominância do princípio do prazer no que concerne os processos psíquicos e lança uma nova luz sobre esta satisfação do sintoma ao conceber uma satisfação que vai além dos limites do princípio do prazer e que está associada à compulsão à repetição e à pulsão de morte, representando um ponto irreduzível do sintoma.

Palavras-chave: psicanálise; sintoma; satisfação; pulsão; compulsão à repetição.

RÉSUMÉ

Cette dissertation vise à situer la satisfaction obtenue à partir du symptôme par l'articulation des concepts trouvés dans la première et dans la seconde topiques freudiennes, en analysant l'oeuvre de Freud depuis le début de la construction théorique de la satisfaction dans le symptôme située dans les limites du principe du plaisir, en passant par ses mises en questions – en fonction des entraves thérapeutiques auxquelles il fait face – jusqu'au moment où il reconnaît la non suprématie du principe du plaisir en ce qui concerne les processus psychiques, et qu'il jette une lumière nouvelle sur cette satisfaction du symptôme lorsqu'il conçoit une satisfaction qui va au-delà des limites du principe du plaisir – satisfaction qui est associée à la compulsion à la répétition et à la pulsion de mort – et qui représente un point irréductible du symptôme.

Mots-clés: psychanalyse; symptôme; satisfaction; pulsion; compulsion à la répétition.

1.0 - INTRODUÇÃO

O início da psicanálise tem como marco o interesse de Freud pelos fenômenos histéricos, mas o desenvolvimento do método psicanalítico propriamente dito só foi possível porque Freud foi capaz de ultrapassar a visão da medicina de sua época sobre esses fenômenos. Enquanto a medicina se resume à descrição dos sintomas, a psicanálise busca a relação dos sintomas com a história e a experiência subjetiva de cada paciente. Assim, Freud, de modo diverso desse saber médico, atribuiu ao sintoma histérico um sentido, estabelecendo uma relação entre o sintoma e a subjetividade do paciente.

Através da regra máxima da associação livre, instaurou-se uma mudança radical: o paciente fala e o analista escuta, colocando o paciente, sujeito, frente à construção de um saber sobre seu sintoma.

A despeito dos progressos da ciência médica, a psicanálise hoje continua fiel à orientação traçada por Freud de não se acomodar ao tratamento recomendado as histéricas em sua época, e insiste em oferecer, no lugar dos medicamentos, o lugar da escuta. Contra o sintoma não adianta um maquilador, ansiolítico, antidepressivo ou qualquer outro *pharmakón*. Na medida em que os medicamentos aliviam os pacientes de sua angústia, muitas vezes impedem que estes se coloquem a trabalhar em uma análise em busca da verdade sobre seu sintoma.

Freud abandonou a hipnose justamente porque percebeu que esse tipo de tratamento agia como um cosmético, encobrindo e dissimulando algo na vida mental. A hipnose e a sugestão utilizadas por Freud nos primórdios do método psicanalítico não produziam resultados duradouros, uma vez que os sintomas desapareciam por efeito da sugestão do médico, mas

retornavam, pois sua “causa” não havia sido solucionada. Tanto o uso de medicamentos como o método hipnótico promovem uma desimplicação subjetiva por parte do paciente, que busca alívio para os sintomas sem que se tenha o trabalho ou esforço de rever sua posição subjetiva. Talvez possamos pensar o uso indiscriminado dos medicamentos na atualidade como uma nova forma de tamponar o sintoma e não permitir que algo do sujeito possa aparecer, assim como no método hipnótico.

Em nossa clínica atual é muito comum que o paciente chegue ao consultório trazendo um “rótulo” para sua doença: pânico, depressão, TOC, hiperatividade, etc., normalmente pedindo um remédio que possa aliviá-lo. Essa é uma posição frente ao sintoma que retira a responsabilidade do paciente frente sua doença, mantendo-o distante de se comprometer em buscar as causas de seu adoecimento e perceber que seus sintomas guardam uma verdade. O que diferencia um trabalho por meio da psicanálise é que esta não orientará sua prática no sentido da supressão do sintoma, e sim para o tratamento do mesmo.

Para tal, o analista não deve responder à demanda. Ele a acolhe, proporcionando um certo alívio da angústia, para que o paciente possa se pôr a trabalhar e, assim, fazer o seu percurso de entrada em análise. Não responder à demanda é uma posição fundamental na psicanálise. Somente quando privado de uma resposta é que o paciente se põe a trabalhar. Faz-se necessário que o analista não se dirija ao “eu” do paciente, pois o sujeito da psicanálise não é o sujeito do pensamento, da consciência, e sim o sujeito do inconsciente, do desejo. Neste sentido, a psicanálise se constitui como um lugar de interrogação, de implicação do sujeito naquilo que ele fala. É o convite feito ao paciente do livre exercício da palavra – ou seja, da regra fundamental da psicanálise – que abre esse sujeito à livre associação. Freud chega a esta regra instigado, principalmente, por suas pacientes histéricas que preferiam ser escutadas a que se lhes falasse.

Passados tantos anos dessas primeiras descobertas de Freud e do desenvolvimento do método analítico, este continua sendo um desafio que se inicia a cada caso, quando o analista se interroga sobre o que a psicanálise pode fazer por aquele paciente em sua singularidade.

A psicanálise não se resume a um conjunto de regras, a um manual que pode ser aplicado, mas possui uma especificidade que a diferencia de outras propostas de tratamento psíquico: não se trata de eliminar o sintoma, mas de acolhê-lo pelo que ele traz tanto de engano quanto de revelador. Tentar suprimi-lo é aumentar o seu poder de engano, uma vez que a dor surgirá em outro lugar.

O sintoma que leva alguém a procurar uma análise geralmente faz sofrer, causa sofrimento. Mas, o sofrimento que o sintoma se refere não é exatamente o mesmo que gerou sua constituição. Essa causa é inconsciente e o paciente a recalca por ser traumática. Em seu lugar, aparecem outras motivações que convergem para o sintoma, forma mais econômica do paciente enganar sua dor.

A proposta deste trabalho é tentar situar, na obra de Freud, o caráter paradoxal da satisfação aportada pelo sintoma, uma vez que ele, de um lado, representa satisfação e de outro sofrimento. Isto nos conduziu a recortar duas vertentes do sintoma. A primeira é a vertente do sintoma enquanto mensagem e que pode ser interpretado como o retorno do recalcado, tratando-se aqui do que é recalcado secundariamente e que corresponde ao inconsciente freudiano da primeira tópica. Aqui, já nos deparamos com um primeiro limite para as possibilidades de significação dos sintomas: o recalque primário. Este funda o aparelho psíquico e marca um limite à rememoração, marcando a não existência de um saber completo sobre si mesmo.

A outra vertente do sintoma diz respeito à satisfação que provém da pulsão, é o que produz sua fixidez. A questão da satisfação pulsional no sintoma é fundamental na clínica psicanalítica. É a vertente que se relaciona à existência de uma sexualidade infantil, com o caráter perverso da sexualidade e com a característica traumática própria da constituição subjetiva e do processo de sexuação.

Estes dois aspectos do sintoma nos remetem ao que há de paradoxal na satisfação aportada pelo sintoma, uma satisfação substitutiva que aparece na forma de sofrimento e que o próprio paciente não reconhece como satisfação.

O paciente procura uma análise porque sofre com seu sintoma, mas, muitas vezes, não sabe que está pedindo para que o ajudemos a continuar gozando do mesmo modo. Neste trabalho, temos como objetivo verificar que satisfação é esta proporcionada pelo sintoma e de que modo esta satisfação vai se problematizando ao longo da obra freudiana, chegando a ser tratada como o principal obstáculo ao tratamento analítico.

Para tanto, no primeiro capítulo, abordaremos os aspectos relacionados ao sintoma na primeira tópica, que contempla o caminho traçado por Freud para a investigação do sintoma histórico desde o trauma e sua relação com a sexualidade até a concepção do sintoma como uma satisfação substitutiva de uma satisfação sexual que foi impedida, a qual está em consonância com o princípio do prazer. A investigação freudiana sobre os sintomas e a etiologia das neuroses

conduzem Freud à sexualidade infantil e, finalmente, à sua teorização sobre a vida pulsional com todas as suas conseqüências para o psiquismo. A pulsão tem por finalidade obter satisfação e neste trabalho ficará evidenciado como esta busca pode situa-se além dos limites do que Freud inicialmente concebeu como prazer.

Para tal no segundo capítulo, no seio das questões colocadas pela segunda tópica freudiana, discutiremos a questão posta pela satisfação no sintoma além do princípio do prazer, articulando-a com a compulsão à repetição, a pulsão de morte e o masoquismo primordial. Neste momento das formulações freudianas sobre a satisfação pulsional envolvida no sintoma, nos deparamos com uma resistência ao tratamento que se coloca como um dos principais obstáculos para a “cura”, na medida que, a despeito dos esforços do analista e todo percurso efetuado pelo próprio paciente em análise, a satisfação obtida por meio do sintoma se impõe como um ponto irreduzível. Após este percurso realizado nos textos freudianos, através dos quais nos será possível acompanhar suas formulações a respeito do sintoma e da satisfação nos vários momentos de sua obra, realizaremos, por fim, uma conclusão esboçando as possibilidades e os limites do tratamento do sintoma por meio da psicanálise.

2.0 - O SINTOMA NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA

2.1 – APRESENTAÇÃO

De certo modo, podemos dizer que Freud edifica a psicanálise a partir da decifração dos sintomas histéricos. Diferentemente dos médicos de sua época, percebe que esses sintomas guardam um sentido, uma correlação com as experiências subjetivas dos pacientes, não sendo considerados por ele como mera simulação. Ao investigar os mecanismos envolvidos na formação dos sintomas histéricos, propõe que devam ser buscados no âmbito da vida psíquica. Desta forma, indica que essas afecções podem ser tratadas psicologicamente e apresenta a ideia da cura pela palavra. Inaugura, neste momento, o que posteriormente constituirá o método psicanalítico e, em particular, a psicanálise.

Freud, em seus textos iniciais, ao considerar os mecanismos psíquicos envolvidos na histeria, introduz a noção de que uma representação – uma ideia, uma lembrança – pode ser patogênica. Os sintomas formam-se a partir dessas lembranças que, apartadas da consciência, correspondem a traumas que não foram suficientemente ab-reagidos. Num primeiro momento, o trauma ocupa lugar central nas investigações de Freud sobre os mecanismos dos sintomas histéricos. Descobre, assim, que os sintomas têm uma conexão com a experiência vivida como traumática pelo paciente e que possui um sentido, ainda que desconhecido pelo paciente, uma vez que este trauma consiste em uma lembrança inconsciente. Freud, porém, vai além do sentido dos sintomas relacionado a uma experiência traumática. Constata que essas lembranças têm íntima relação com a sexualidade e que os sintomas funcionam como substitutos de uma satisfação sexual da qual o paciente foi privado.

Inicialmente, utiliza a hipnose e o método catártico, pois acredita que, tornando consciente a cena traumática e ab-reagindo o afeto ligado à mesma, os sintomas desapareceriam. No entanto, Freud depara-se com limitações desse método e observa que, apesar de os sintomas desaparecerem, a capacidade de formar novos sintomas permanece, indicando que algo além da dimensão de significação inconsciente estava envolvido em sua formação. Decide, então, abandonar a hipnose e adotar o método da associação livre, que torna-se o método definitivo da psicanálise. Ao adotar este novo método, depara-se com a resistência do paciente em recordar, o que o leva à formulação dos principais conceitos da psicanálise e, prosseguindo em suas investigações sobre a etiologia da histeria, ao reconhecimento do papel da sexualidade infantil na etiologia das neuroses.

Desse percurso realizado por Freud, depreende-se que o sintoma possui duas vertentes: uma, enquanto mensagem; e outra, pulsional, que está relacionada à sexualidade e é, de certa forma, responsável pela persistência do sintoma por oferecer ao paciente uma satisfação parcial e paradoxal, já que os sintomas são também causa de sofrimento para o paciente.

Trataremos neste capítulo dessas duas vertentes, em especial a da natureza da satisfação do sintoma com relação aos conceitos abordados por Freud na primeira tópica (antes de 1920), quando ele ainda concebe o aparelho psíquico regido pelo princípio do prazer, isto é, num funcionamento que busca a homeostase e a manutenção do menor nível de tensão. No entanto, pretendemos observar, nestes textos iniciais, o que antecipa suas formulações posteriores quanto a uma satisfação para além do prazer.

2.2 - UM BREVE HISTÓRICO SOBRE O SINTOMA EM FREUD

Como citado na apresentação deste capítulo, o surgimento da clínica psicanalítica tem como referência o interesse de Freud pelas histéricas, que apresentam toda uma sintomatologia – tais como cegueiras, paralisias e ataques – que colocam em questão o saber da medicina daquela época. Em *Algumas notas sobre os estudos* (1893/1996) constatamos que, inicialmente, Freud baseia-se nos métodos até então recomendados pelos médicos para os casos de histeria – tais como a hidroterapia, a eletroterapia, as massagens e a cura pelo repouso – mas, ao perceber a

ineficácia de tais recomendações, seus pensamentos voltam-se para a investigação dos mecanismos envolvidos na formação dos sintomas. O esclarecimento da etiologia da histeria possibilita as principais descobertas da psicanálise, assim como o desenvolvimento paulatino do método analítico.

A concepção freudiana de sintoma é um dos marcos iniciais da psicanálise por ultrapassar a visão psiquiátrica da época, que trata os sintomas de forma superficial, normalmente atribuindo a etiologia da histeria somente a fatores hereditários e biológicos e desprezando as experiências psíquicas dos pacientes. Freud interroga o saber médico que atribui aos sintomas histéricos um lugar de simulação e mentira. Percebe, a partir das falas das pacientes, que esses sintomas guardam uma relação de causalidade com a experiência subjetiva das mesmas. Verifica que o sintoma está articulado a uma realidade psíquica, embora o paciente a desconheça, e é neste ponto que nega claramente a ideia da histeria como mentira e simulação, acreditando na veracidade do sintoma neurótico. Enquanto a medicina restringe-se à descrição dos sintomas, a psicanálise – na visão de Freud – busca a relação dos sintomas com a história e a experiência subjetiva de cada paciente com a descoberta de que é possível decifrá-los.

Em *Um estudo autobiográfico* (Freud, 1925[1924]/1996), encontramos um resumo das experiências de Freud no período anterior à fundação da Psicanálise propriamente dita. Inicialmente, utiliza a hipnose para a compreensão dos sintomas histéricos. Ao empregar o hipnotismo, amplia o campo da consciência de seus pacientes e pode chegar mais facilmente à origem de seus sintomas. Seu primeiro contato com esse método de investigação remonta ao período em que frequenta o curso de Charcot na Salpêtrière, em Paris (1885). Nessa ocasião, Freud tenta em vão comunicar a Charcot o caso clínico de Anna O., paciente de Breuer, um médico famoso em Viena. O tratamento havia terminado em junho de 1882 e, em novembro, Breuer relata a notável estória a Freud, que ficou muito impressionado.

Trata-se de uma jovem que caíra enferma enquanto servia de enfermeira para o pai, a quem estava ternamente ligada. Quando Breuer encarrega-se do caso, observa que a paciente apresenta um quadro variado de paralisias e contraturas, inibições e estados de confusão mental. Uma observação fortuita revela ao médico que a paciente pode ser aliviada desses estados nebulosos de consciência se for induzida a expressar em palavras a emoção pela qual se acha, no momento, dominada. Ele a leva a uma hipnose profunda e a faz falar, a cada vez, o que lhe oprime a mente.

Em estado de vigília, a moça é incapaz de fornecer as ligações entre seus sintomas e quaisquer experiências de sua vida. Na hipnose, ela de pronto descobre a ligação que faltava.

Breuer constata que todos os sintomas de sua paciente relacionam-se a fatos importantes que ela experimentara enquanto cuidava do pai, isto é, seus sintomas têm um significado e são resíduos ou reminiscências daquelas situações emocionais. Ele verifica que, na maioria dos casos, a paciente suprime algum pensamento ou impulso que tivera enquanto encontrava-se à cabeceira do pai enfermo e que, no lugar desta representação suprimida, como substituto da mesma, surgira depois um sintoma. Nesse caso, Breuer pode estabelecer que todos os sintomas de sua paciente, estão relacionados a este período de cuidados de enfermagem dedicados ao pai e podem ser por ele explicados. Assim, torna-se possível ganhar uma visão completa de um caso de neurose e todos os sintomas de Anna O. demonstram ter significado. Essa paciente nomeia este tipo de tratamento como *talking cure*, aos seus efeitos como *chimney-sweeping*, indicando que a catarse produz, por meio de escoamento, uma limpeza mental e um posterior efeito de alívio.

O caso da Srta Anna O., tratado com o método catártico utilizado por Breuer, é o primeiro caso de histeria a se tornar inteligível, tendo o médico conseguido elucidar todos os sintomas do estado histérico, desvendando a origem de cada um deles e, ao mesmo tempo, tendo descoberto o meio de possivelmente fazê-los desaparecer. Porém, como mencionado anteriormente, Charcot não se dispõe a ouvir Freud, não por contrapor-se a este, mas por não interessar-lhe penetrar na psicologia das neuroses. Essa experiência de Breuer com Anna O., da qual Freud toma conhecimento, o faz adotar uma postura diferente da de Charcot, dispondo-se a escutar os pacientes.

Durante algum tempo, Freud utiliza a hipnose para conseguir averiguar qual seria a conexão entre o sintoma e a experiência psíquica do paciente. Desse modo, é possível verificar que as lembranças dessas experiências, quando relatadas sob o efeito da hipnose, apresentam muita intensidade e atuam, com toda a força afetiva, como se fossem experiências atuais. Conclui que a doença instala-se porque a emoção dessas experiências foi reprimida e, por isto, ficou retida, estrangulada, embora, mesmo assim, continue operando no inconsciente, correspondendo a traumas que não foram suficientemente ab-reagidos. Freud constata que as lembranças que tornam-se determinantes de fenômenos histéricos são aquelas que persistem por longo tempo com surpreendente vigor e com todo seu colorido afetivo – o que o leva a

conjecturar que as histéricas sofrem de reminiscências (FREUD, 1893/1996, p.45). Verifica que, por trás dos fenômenos histéricos, há uma experiência subjetiva marcante, análoga a uma experiência traumática.

Ao retornar a Viena em 1886, Freud aprofunda seu conhecimento do método catártico de Breuer e passa a utilizá-lo regularmente junto à hipnose. Breuer denomina seu método “catártico” (do grego *kátharsis* = purgação) por, durante o tratamento, ocorrer uma purgação ou descarga do afeto originalmente ligado à experiência traumática. A função da hipnose seria a de remeter o paciente a seu passado de modo que ele mesmo pudesse encontrar esse fato. Como decorrência, ocorreria uma “ab-reação”, uma liberação da carga de afeto represada, e os sintomas tenderiam a desaparecer.

Em seus primeiros textos sobre a histeria escritos em parceria com Breuer – *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar* (1893) e, posteriormente, *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) – Freud prescreve o método catártico para o tratamento dos sintomas histéricos. Nesse momento, o método terapêutico consiste em tornar consciente a ideia inconsciente introduzindo-a na consciência ou cancelando-a por sugestão médica.

Pode-se constatar – através de tais observações de Freud – que, por meio da catarse, ocorre um escoamento da energia contida, represada em função do conflito psíquico, trazendo alívio para o paciente. No entanto, a capacidade de formar novos sintomas não desaparece. Nesse momento, o tratamento é sintomático, não ocorrendo uma retificação mas apenas a eliminação dos sintomas. Freud continua a perguntar-se sobre esta capacidade de formar novos sintomas e busca uma terapia não apenas sintomática, mas causal.

Na hipótese inicial de Freud sobre os mecanismos psíquicos dos sintomas histéricos – período que compreende os textos produzidos em parceria com Breuer e que são conhecidos principalmente pelos *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1893[1895]/1996) – o trauma ocupa lugar central e sua explicação para conceber uma representação como traumática inclui que esta esteja carregada de afeto, um afeto que fica estrangulado devido à incapacidade do sujeito de reagir à situação. Esta incapacidade de reação seria a causa dessas lembranças não serem esquecidas e de permanecerem no inconsciente sem sofrer ação de desgaste, mesmo com o passar do tempo. Com o método catártico, Freud antecipa que a fala pode substituir uma ação e, com seu auxílio, um afeto pode ser ab-reagido, como se o sujeito tivesse então a oportunidade de reagir

adequadamente a uma situação passada. Apesar da linguagem, neste momento o acento está colocado na ideia de que o afeto perca a intensidade e de que a lembrança desgaste-se, ou seja, ao consumir a reação não ocorrida, não se cura a histeria mas seus sintomas, assinala Freud em *Psicoterapia da histeria* (Freud, 1893/1996).

Logo no início de suas investigações sobre a histeria, Freud, de acordo com Breuer, atribui ao trauma psíquico o fator determinante para o aparecimento da doença. Nessa ocasião, a sexualidade ainda não ocupa em sua teoria o lugar de destaque que posteriormente viria a ocupar. Aos poucos, porém, confirma o que já lhe chamara a atenção desde os tempos em que assistira às demonstrações de Charcot na Salpêtrière: não é qualquer excitação que está por trás dos fenômenos da histeria, mas uma excitação de natureza sexual, o que, na ocasião, não é reconhecido nos meios médicos como algo importante.

Na medida em que avança em suas investigações, Freud constata que a experiência traumática está relacionada a alguma vivência sexual e, mais tarde, insiste na importância das forças pulsionais e no importante papel desempenhado pela sexualidade nas neuroses, o que examinaremos adiante.

O caso de Anna O. também introduz uma novidade que posteriormente assumirá papel fundamental na psicanálise: as afeições dirigidas à pessoa do médico pela paciente, o que Freud nomeará posteriormente de transferência. Ainda que, neste momento, a transferência não ocupe o lugar que veio posteriormente a tomar, esta é verificada no decorrer do tratamento da jovem Anna O. e constitui um certo impedimento ao mesmo, uma vez que Breuer ainda não sabe da origem desses sentimentos que surgem com o tratamento, nem como lidar com eles. Nessa época – *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1893/1996) – nem Freud nem Breuer reconheciam o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. Não somente no caso de Anna O., mas também em outros casos clínicos relatados em *Estudos sobre a histeria* (1893/1996), a sexualidade não se apresenta de forma relevante na determinação da histeria. Freud justifica tal fato afirmando estar, nessa época, mais preocupado em lançar luz sobre a origem dos sintomas, sem estabelecer a natureza da histeria. É com o avanço de suas investigações que Freud passa a atribuir à sexualidade um lugar de destaque e Breuer, embora não se contraponha à Freud, não reconhece a importância da mesma, preferindo explicações de caráter fisiológico – estados hipnóides – para sustentar a origem da histeria.

Freud, em *Um estudo autobiográfico* (Freud, 1924[1925]/1996), observa que Breuer omitiu-lhe algo de extrema importância na época em que lhe relatou o caso de Anna O. e que, apesar da recuperação da paciente, na fase final do tratamento permaneceu um véu de obscuridade, pois Breuer se afastou do caso repentinamente. Algumas páginas adiante, Freud revela que, posteriormente, ao analisar novamente o caso e interpretá-lo de forma correta, chegou à conclusão de que, ao final do tratamento catártico, a moça subitamente desenvolvera uma condição de “amor transferencial” e que Breuer não havia feito a ligação disto com a sua doença, afastando-se desalentado (Freud, 1924[1925]/1996, p.33).

Mais adiante verificaremos que, na transferência, comparece justamente que o que, da ordem do sexual, não é possível ser colocado em palavras é aí colocado em ato pelo paciente.

Sem dúvida, o uso da hipnose proporciona a Freud o contato com todas essas questões que em muito o ajudam a esclarecer a formação dos sintomas histéricos; mas, é somente ao abandoná-la que ele pode tirar as conclusões mais importantes para o desenvolvimento do método psicanalítico, pois o hipnotismo camuflava a resistência e não possibilitava o acesso às forças em jogo na formação dos sintomas. Além do mais, sob hipnose, o paciente é poupado de um trabalho psíquico necessário ao tratamento e Freud percebe que este trabalho de elaboração deve ser efetuado pelo próprio paciente, uma vez que, sob a sugestão do médico, o tratamento fica muito dependente da relação deste com o paciente. Freud abandona o uso da hipnose por não conseguir hipnotizar boa parte de seus pacientes, por considerar o método enfadonho e, principalmente, por suspeitar de seu efeito de cura em alguns casos.

Entretanto, ao abandonar a hipnose, Freud depara-se com uma imensa dificuldade dos pacientes em recordarem as lembranças relacionadas ao aparecimento dos sintomas. Se era de extrema importância correlacionar as lembranças às circunstâncias do aparecimento do sintoma para que se pusesse em curso o tratamento, Freud deveria encontrar outra forma de os pacientes recordarem.

Decide adotar outro recurso com a intenção de lidar com a resistência e passa a usar a sugestão direta, sem o uso da hipnose, fazendo uma ligeira pressão na testa dos pacientes e incentivando-os a buscar a lembrança “esquecida”. Começa, então, a empreender um trabalho através do uso da palavra, visando trazer à consciência o conjunto das lembranças que fazem parte do núcleo patogênico ligado à experiência traumática. Freud pergunta-se, então, sobre a natureza desta força que impede os pacientes de recordarem as lembranças relacionadas ao

aparecimento dos sintomas (Freud, 1893/1996, p. 283), pergunta clínica que o acompanhará durante toda a sua obra.

O abandono da hipnose – e o encontro com a resistência dos pacientes em recordarem suas lembranças relacionadas ao aparecimento dos sintomas – leva Freud à dedução de que esta força psíquica deve ser a mesma que desempenhara um papel na geração do sintoma histérico e que, na época, impedira que a representação patogênica se tornasse consciente. Quanto à característica dessas representações patogênicas expulsas da consciência, Freud percebe que trata-se sempre de ideias aflitivas, capazes de despertar vergonha, autocensura e dor psíquica, da espécie que a pessoa preferiria não ter experimentado.

Como consequência dessas formulações, em *A psicoterapia da histeria* (Freud, 1893-1895/1996), emerge a ideia de uma defesa que parte do eu contra representações intoleráveis para este, e que, por isto, este as exclui para outro lugar além do eu. A representação inconciliável convoca uma força de repulsão do lado do eu cujo fim é a defesa frente a esta representação. Neste mesmo texto, Freud afirma que o “não saber” do paciente histérico é, de fato, em maior ou menor medida, um “não querer saber” consciente. Define, então, a tarefa do analista em superar o que nomeia de resistência à associação.

Ao oferecer as histéricas a oportunidade de falar, Freud observa que há nisto um efeito terapêutico, pois os sintomas tendem a desaparecer, não fazendo-se mais necessária uma forma tão espetacular para serem apresentados. Diferentemente da medicina, a psicanálise atribui ao sintoma uma mensagem e, por meio da escuta, o analista verifica quais os significantes que sustentam o sintoma. Estas experiências já apresentam os primórdios da clínica sob transferência e da utilização da associação livre, que viria a se tornar o método regular utilizado por Freud.

Desse modo, Freud constata que, mesmo prescindindo do hipnotismo, é possível que o paciente forneça as informações necessárias para fazer a conexão entre a cena patogênica e os sintomas. Confirma, então, que as recordações esquecidas não se haviam perdido, estavam prontas para ressurgir, embora alguma força as detivesse, obrigando-as a permanecer inconscientes. A este fenômeno clínico Freud nomeia resistência, noção que, posteriormente, viria a ocupar um lugar de destaque em sua teoria, pois, ao mesmo tempo em que aparece como algo a ser superado, é algo que também pode ser investigado. O conceito de resistência também vem a sofrer, ao longo de sua obra, várias reformulações. Freud sempre se interroga sobre sua origem e a possibilidade de superá-la.

Tal noção o auxilia a alicerçar sua concepção dos processos psíquicos da histeria e do seu novo método de tratamento. Verifica que, para o restabelecimento do paciente, é indispensável suprimir tais resistências e tornar conscientes as ideias patogênicas inconscientes a fim de tornar possível a elaboração por parte do paciente e não, simplesmente, produzir a ab-reação do afeto. Este é o momento de passagem do método catártico para o psicanalítico, tendo início sua independência com relação a Breuer.

Podemos verificar, através deste breve histórico sobre o sintoma, que Freud faz uma descoberta importante neste primeiro momento, a saber, que o sintoma está relacionado a uma experiência traumática e que é possível buscar as representações que estão associadas a este trauma. Depreende-se daí que o sintoma tem valor de mensagem, apresentando-se como um enigma a ser decifrado. Freud, porém, depara-se com um limite nas possibilidades de rememoração do paciente e, em *A psicoterapia da histeria* (Freud, 1893-1895/1996), reconhece a existência de um núcleo patógeno que o paciente desconhece e do qual não pode produzir associações.

Constata que os aspectos mais importantes não se encontram na superfície e sim que, com mais freqüência, emerge uma representação que, dentro de uma cadeia associativa, é um elo entre a representação de partida e a buscada, isto é, a patógena; ou emerge uma representação que, dentro da cadeia associativa, constitui o ponto de partida de uma nova série de recordações cujo fim situa-se na representação patógena. Ainda neste texto, Freud propõe uma correlação destas recordações com um arquivo, nos seguintes termos:

Descrevi esses grupamentos de lembranças semelhantes, em coleções dispostas em sequências lineares (como um arquivo de documentos, um maço de papéis, etc.), como constituindo “temas”. Esses temas exibem um segundo tipo de arranjo. Cada um deles está – não sei expressá-lo de outra forma – concêntricamente estratificado em torno do núcleo patógeno (Freud, 1893/1996, p.300).

Segue dizendo que cada camada corresponde a um nível de resistência e que o grau de resistência aumenta na proporção em que as camadas aproximam-se do núcleo, sendo que este contém lembranças que o paciente renega até mesmo ao reproduzi-las. Destas ramificações das lembranças, Freud também conclui que um sintoma é determinado de vários modos, ou seja, é sobredeterminado. Veremos mais adiante como este núcleo de lembranças que o paciente não pode associar articula-se com o trauma, e como isto que não pode ser lembrado é colocado em

ato na relação do paciente com o médico, o que inicialmente Freud nomeia de “enlace falso” (Freud,1893-1895/1996).

Assim, podemos perceber que, desde as primeiras formulações sobre o sintoma, apresenta-se a Freud um limite à rememoração, algo que não é possível fazer-se representar por palavras, que está relacionado ao trauma, mas a que o analista tem acesso por meio da transferência. Em *Recordar, repetir e elaborar* (Freud, 1916/1996), Freud denomina *agieren* o que o paciente não consegue rememorar e que coloca em ato na transferência; em sua relação com o médico, o paciente atua o que, da sexualidade, não pode ser colocado em palavras. Freud considera tal atuação uma forma de rememoração e ainda acredita que, através do manejo da transferência, seja possível vencer os obstáculos colocados pelo paciente em análise. Voltaremos mais adiante a este texto, ao interrogarmos os limites de superação destes obstáculos e de que forma esta compulsão a repetir, que aparece na transferência, fará com que Freud – em 1920 – conceba uma dimensão que determina o sujeito e situa-se além das possibilidades de rememoração.

Se a sexualidade é desconsiderada no meio médico como um fator importante na causa da histeria, para surpresa de Freud, ao avançar em sua investigação na etiologia dos sintomas histéricos, depara-se com o fato de que, em todos os casos por ele analisados, existe uma correlação entre os sintomas e a sexualidade, o que o leva a afirmar que: “qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual” (Freud, 1896/1996,p.196).

Assim, além do sentido do sintoma, Freud verifica que este guarda outro aspecto, relacionado à vida sexual dos pacientes, responsável por sua persistência e cujo tratamento não é recoberto pela decifração. Este aspecto, que diz respeito à vertente pulsional do sintoma, interessa-nos sobremaneira e, ao acompanhar as investigações de Freud, poderemos averiguar que lugar este virá a ter em sua obra. Desde o início, encontramos na cura pela palavra um limite, algo que não se pode nomear e que inicialmente Freud articula com o trauma.

2.3 - PRIMEIRA ABORDAGEM DO SINTOMA: TRAUMA E SEXUALIDADE

Como vimos na seção anterior, no primeiro momento das formulações freudianas sobre a formação do sintoma histérico, o trauma ocupa lugar central em sua determinação. Em *Estudos*

sobre a histeria (Freud, 1893-1895/1996), escrito em parceria com Breuer, Freud sustenta que o trauma está relacionado a algum acontecimento cujo afeto ligado ao mesmo não foi ab-reagido, restando como energia excedente no aparelho psíquico e que, regido pelo princípio de constância, este excedente encontraria no corpo uma saída.

O princípio de constância, que antecipa o princípio do prazer, diz respeito ao modo de funcionamento do aparelho psíquico que, segundo a lei de constância, teria como fim manter, dentro do aparelho, o menor nível de tensão possível. Em consonância com este princípio, o aumento no nível de tensão é experimentado como desprazer e haveria uma tendência no psiquismo a livrar-se deste excesso de energia. Essa energia excedente seria, então, convertida nos sintomas histéricos, enquanto a ideia permaneceria recalçada.

Ainda que o conceito de trauma se modifique – posto que, na ocasião, o trauma ainda represente um acontecimento “real” – é a partir desta noção que as questões relativas à sexualidade ganham lugar na etiologia da neurose, na medida em que o trauma articula-se ao sexual, mais exatamente às experiências sexuais que Freud localiza na infância.

Até o texto *Psicoterapia da histeria* (Freud, 1893/1996), último texto que compreende os *Estudos sobre a histeria*, Freud pergunta-se sobre o mecanismo da formação dos sintomas e sua terapia está centrada na eliminação dos mesmos por meio do método catártico, constituindo, como ele próprio nomeia, uma terapia sintomática. Nos textos que Freud escreve logo após este período¹, observamos que ele realiza um giro e passa a perguntar-se sobre a etiologia das neuroses. Intenta passar de uma terapia sintomática para uma causal e, embora não tenha êxito, abrirá muitas questões que vão permitir-lhe conceituar melhor o lugar da “causa” em psicanálise.

Embora já assumindo uma autoria independente de Breuer, Freud parte do mesmo princípio que ele de que os sintomas derivam seu determinismo de certas experiências vividas pelos pacientes, as quais possuem eficácia traumática como símbolos mnêmicos das quais os sintomas são produzidos em sua vida psíquica. Se, anteriormente, no período que compreende os textos dos *Estudos* (1893-1895/1996), Freud já havia verificado que não é qualquer experiência que se encontra por trás dos sintomas histéricos, quando passa a buscar a causa da histeria afirma – em *A etiologia da histeria* (1896/1996) – que, para uma vivência ter eficácia patogênica,

¹ *As neuropsicoses de defesa* (Freud, 1894/1996), *Rascunho K* (Freud, 1896/1996), *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (Freud, 1896/1996) e, por fim, *A etiologia da histeria* (Freud, 1896/1996), seguido de *A sexualidade na etiologia das neuroses* (Freud, 1898/1996).

precisa atender a duas condições: ser insuportável ao eu para provocar nele um esforço defensivo e ter um cunho sexual.

Primeiramente, em *A etiologia da histeria* (1896/1996), Freud situa essas cenas sexuais traumáticas na puberdade mas, posteriormente, afirma não ter encontrado nestas experiências a força necessária para que justificassem o fato de serem traumáticas. Essa insuficiência das experiências sexuais da puberdade, para explicar a eficácia traumática desses eventos, levam-no a prosseguir em suas investigações e a continuar procurando experiências que retrocedessem ainda mais a explicação para determinados sintomas de seus pacientes. Ao fazer isso, Freud chega ao período da primeira infância e aí localiza o que vai chamar de experiência sexual traumática. Experiências que, na opinião do autor, nesta ocasião, ocorrem no próprio corpo e envolvem “contato sexual”, consistindo de várias vivências de experiências sexuais prematuras, anteriores à maturação sexual e a certa resposta que o sujeito pode dar a elas. Passa, então, nesta época, a localizar nas experiências sexuais infantis essas vivências capazes de ter efeito traumático e de tornarem-se fonte de produção dos sintomas.

Ao tentar fazer uma primeira formulação dos processos envolvidos na formação das diferentes neuroses, Freud escreve *As neuropsicoses de defesa* (1894), pontuando, neste momento, uma diferença entre a histeria e a neurose obsessiva. Na primeira, localiza uma experiência sexual precoce que o sujeito viveu como desagradável e, na segunda, algo experimentado como excesso de prazer. Embora Freud venha, mais tarde, a afirmar que na raiz da neurose obsessiva está uma experiência correlata à da histeria, ou seja, de passividade e pouco prazer, o mais importante aqui é que ele percebe, na compulsão do sintoma obsessivo, algo que impõe-se ao sujeito e que ele atribui a uma fonte independente de desprazer, antecipando com isto um além do princípio de constância.

Ainda que Freud não possa formular teoricamente, neste momento, qual seria esta fonte independente de desprazer, a clínica, de alguma forma, o leva a levantar hipóteses que sugerem um além da dimensão de satisfação do sintoma dentro dos limites do princípio do prazer. Esta fonte independente de desprazer está relacionada à satisfação paradoxal envolvida na compulsão do sintoma, tema que examinaremos com mais detalhe no segundo capítulo deste trabalho.

Voltando à questão da relação entre o trauma e a sexualidade, Freud (1896/1996) afirma que o sintoma está sempre ligado a alguma experiência sexual e que é preciso chegar até esta cena para a eliminação do sintoma.

Poderíamos dizer que, neste momento, a sexualidade aparece como traumática, relacionada com um excesso, algo que não é possível para o *infans* simbolizar. O prazer excessivo, na neurose obsessiva, é experimentado como desprazer, pois rompe com a homeostase do princípio de constância. Este princípio consiste em manter o aparelho psíquico com o menor nível de tensão possível, logo, mesmo uma experiência que gere satisfação, pode ser experimentada como desprazer, uma vez que corresponde a um excesso para a homeostase do aparelho.

Freud segue explicando que estas experiências sexuais infantis constituem a precondição fundamental da histeria, que são, por assim dizer, a predisposição para esta, e que são elas que criam os sintomas histéricos, mas não o fazem de imediato, permanecendo inicialmente sem efeito e só exercendo uma função patogênica depois, ao serem despertadas após a puberdade, sob a forma de lembranças inconscientes. O importante assinala Freud (1896/1996, p. 195), é que, além das experiências, esteja presente também uma lembrança inconsciente desta cena, pois, só na medida em que estas lembranças são inconscientes, é que elas podem produzir e sustentar sintomas.

Entre a experiência sexual prematura traumática e sua repetição como lembrança se interpõe um tempo. A experiência sexual prematura só atinge o estatuto de traumática após o seu retorno como reprodução de uma lembrança inconsciente. Freud está aqui antecipando os dois tempos do trauma, indicando que, no momento em que a criança vive a experiência, ela ainda não é capaz de vivenciá-la como traumática; somente com o despertar destas lembranças na puberdade é que se constitui seu efeito traumático. Segundo Cosentino (1996), o estatuto desta recordação é paradoxal, na medida em que só produz seus efeitos *a posteriori* e não no tempo em que Freud situa sua ocorrência como uma vivência recente para o inconsciente.

No caso clínico de “Emma” – relatado em *Projeto para uma psicologia científica* (1895) – a paciente sofre de uma compulsão que não permite que entre em nenhuma loja desacompanhada. Neste caso, Freud fala de duas cenas. Há uma cena, que ele chama de cena I, que acontece com Emma aos doze anos de idade:

Ela entrou numa loja para comprar algo, viu dois vendedores rindo juntos (de um dos quais ainda se lembra), e saiu correndo, tomada de uma espécie de “afeto de susto”. Em relação a isso, achou que os dois estavam rindo das suas roupas e ainda recordava que um deles lhe tinha atraído sexualmente. (Freud, 1950[1895]/1996, p. 407)

Freud assinala que, tanto a relação desses fragmentos entre si como o efeito da experiência são inteligíveis, não explicando sua compulsão de não entrar em nenhuma loja sozinha. Não satisfeito, Freud prossegue em suas investigações e descobre uma segunda lembrança, de quando Emma tinha oito anos de idade. A menina havia ido duas vezes a uma mesma confeitaria comprar doces. Da primeira vez, o proprietário agarrou-lhe as partes genitais por cima da roupa. Apesar dessa experiência, ela voltou lá uma segunda vez; depois, parou de ir. Passa a reprovar-se por ter ido à loja uma segunda vez, como se tivesse querido provocar a investida.

Só é possível entender a cena I (a dos vendedores) ao combiná-la com a cena II (proprietário da confeitaria), ou seja, ao estabelecer um vínculo associativo entre ambas, vínculo que, segundo Freud, ela mesma indica: o riso. O riso dos vendedores a fez lembrar-se do sorriso do proprietário da confeitaria que acompanhou sua investida. O processo pode ser reconstituído desta forma: na loja, os dois empregados estavam rindo; este riso evocou (inconscientemente) a lembrança do proprietário. A situação apresenta ainda outra semelhança com a primeira:

Ela mais uma vez estava sozinha na loja. Juntamente com o dono da confeitaria, lembrou-se de que ele a agarrara por cima da roupa; de que, desde então, ela alcançara a puberdade. A lembrança despertou o que não era capaz na ocasião, uma liberação sexual, que se transformou em angústia. Devido a esta angústia, ela temeu que os vendedores pudessem repetir o atentado e saiu correndo (Freud, 1950[1895]/1996, p. 408).

Ou seja, temos a cena I (empregados) e, por trás, a cena II (proprietário). A primeira só pode ser explicada pelo efeito retroativo, lógico, por conexão associativa com a segunda. A cena II, poderíamos dizer, em sua conexão associativa com a cena I, duplica a atualidade de sua operação.

A lembrança que estava recalcada torna-se traumática, por assim dizer, por “ação retardada”, e ela só vem à tona em face de alguma outra situação ou conflito que atualize a sexualidade para o sujeito e que, então, reative a situação traumática infantil. Neste ponto, desencadeia-se um sintoma atual que, depois do encadeamento associativo, terá relação com essas lembranças inconscientes relacionadas a essa vivência traumática. O inconsciente atualiza-se unicamente no momento em que algo interroga o sujeito, algo sobre o qual não se sabe e que, por isso, é aflitivo.

Freud, em *A etiologia da histeria* (1896/1996), observa uma questão curiosa: quando os pacientes reproduzem essa cena relacionada à experiência traumática, dizem não ter a sensação de recordá-la. Elas aparecem como uma realidade que é sentida como penosa, que o paciente confessa com vergonha e que, via de regra, tenta ocultar. Isto está antecipando, em Freud, as fantasias que escapam ao reprimido e que, mesmo depois dos pacientes as terem revivido mais uma vez de maneira tão convincente, ainda tentam negar-lhes crédito. Freud acrescenta, ainda neste mesmo texto, que esta cena seria a peça que falta para completar um quebra-cabeça, uma lacuna que não faz parte da associação do sintoma e nem do esquecido, algo que o paciente não experimenta como algo realmente vivido. Retomemos as palavras de Freud na *Carta 61* – endereçada à Fliess em maio de 1897 – para interrogar de que modo a fantasia relaciona-se à cena traumática:

Tudo remonta à reprodução de cenas, a algumas das quais se pode chegar diretamente, enquanto a outras, só por meios de fantasias erigidas à frente delas. As fantasias derivam de coisas que foram ouvidas, mas só compreendidas posteriormente, e todo seu material, naturalmente, é verídico. São estruturas protetoras, sublimações dos fatos, embelezamentos deles e, ao mesmo tempo, servem como auto absolvição (Freud, 1897/1996, p. 296).

Em anexo a esta carta, Freud escreve o *Rascunho L*, em que propõe que as fantasias psíquicas funcionariam como parapeitos psíquicos edificados para bloquear o acesso direto às recordações. Nesta concepção da fantasia como parapeito, já nos é possível situar um esboço da concepção de uma cena como modo de dar tratamento ao que foi experimentado como excesso ou como traumático. Nestas experiências infantis que são vivenciadas como traumáticas por serem excessivas e despertarem desprazer, há a presença de uma satisfação. Está, desde então, colocada a questão da satisfação como paradoxal, o que, neste momento da teorização de Freud, é entendido como um prazer que, por ser excessivo, é experimentado como desprazer.

Além disto, nesta passagem, podemos perceber a importância atribuída por Freud ao que foi ouvido, ao que se escuta e, também, que as fantasias são construídas num tempo posterior – *a posteriori* – ao acontecimento traumático, indicando, com a metáfora de parapeito psíquico, sua função protetora em relação ao sexual. Neste momento, o trauma, responsável pela formação dos sintomas, está intimamente ligado à sexualidade e esta começa, então, a ocupar lugar de destaque na teoria freudiana.

2.4 - A SEXUALIDADE E A FORMAÇÃO DOS SINTOMAS

A sexualidade vai, aos poucos, ganhando importância na teoria freudiana, à medida em que Freud avança em suas investigações e constata, com muita regularidade, que os sintomas têm relação com a vida sexual dos pacientes. O exame psicanalítico mostra que as representações patogênicas estão relacionadas aos componentes eróticos, o que leva Freud a concluir que as perturbações de ordem sexual têm a maior importância entre as influências que levam uma pessoa a adoecer (Freud, 1898/1996). A partir deste momento, Freud abandona o trauma e passa a dar maior peso aos fatores pulsionais na etiologia das neuroses. Após pesquisar exaustivamente e analisar detalhadamente cada caso, Freud afirma que, em todos eles, são encontradas causas para o adoecimento relacionadas à vida sexual dos pacientes.

Em 1909, em *Cinco lições de psicanálise*, ao fazer uma síntese das ideias por ele desenvolvidas até então, Freud coloca que os sintomas são formados a partir do conflito psíquico entre a existência de moções plenas de desejos sexuais em contraposição às aspirações morais da pessoa. Forma-se, assim, um conflito cujo desfecho é o recalque da ideia de natureza aflitiva capaz de provocar vergonha, autocensura e sofrimento psíquico. Na raiz dessas ideias, está sempre presente algo da ordem da sexualidade que, apesar de afastada da consciência (recalcada), continua exercendo sua influência e forçando sua entrada na mesma.

Neste momento, cabe fazer um parêntese para abordar o conceito de recalque utilizado por Freud e que nos auxiliará no que se refere ao posicionamento da sexualidade na formação dos sintomas.

Ao abandonar a hipnose e deparar-se com a resistência, foi possível a Freud concluir que esta força (a resistência), que se opõe a que o esquecido volte à consciência, é a mesma que teria agido anteriormente, expulsando da consciência os eventos patogênicos correspondentes. A este processo ele dá o nome de “recalque”.

O motivo do recalque é, portanto, a incompatibilidade entre a ideia e o eu do paciente; as aspirações individuais, morais, são as forças repressivas. Tanto a aceitação do desejo incompatível quanto a continuidade do conflito despertariam desprazer para o eu e o recalque

serviria justamente para evitá-lo. Contudo, o desejo reprimido continuaria a atuar no inconsciente. Diz Freud:

Mas o impulso desejoso continua a existir no inconsciente à espreita de oportunidade para se revelar, concebe a formação de um substituto do reprimido, disfarçado e irreconhecível, para lançar à consciência, substituto ao qual logo se liga a mesma sensação de desprazer que se julgava evitada pela repressão. Esta substituição da ideia reprimida - o sintoma - é protegida contra as forças defensivas do ego e, em lugar do breve conflito, começa então um sofrimento interminável (FREUD, 1909[1910], p. 58).

Freud observa que, com muita frequência, a análise dos sintomas conduz a alguma frustração da vida sexual de seus pacientes e que a formação dos sintomas funciona como substituto desta satisfação sexual frustrada. Os sintomas seriam esta forma de substituição do desejo incompatível para o eu, uma solução de compromisso entre o eu e o recalcado que revela-se sob a forma de sofrimento e esconde a satisfação nele contida. Como podemos observar, desde os primeiros escritos de Freud sobre a formação dos sintomas, o paradoxo da satisfação obtida pelo mesmo já está colocada, uma vez que, através do sintoma, é possível alcançar uma satisfação sexual substitutiva embora, ao mesmo tempo, o sintoma seja fonte de sofrimento para o paciente. O sintoma, até aqui, é uma satisfação substitutiva de uma satisfação sexual que foi impedida e encontra-se recalcada. Veremos, mais adiante, que Freud reformula esta noção de satisfação impedida que se realiza no sintoma, ao introduzir o conceito de uma satisfação além do prazer (1920), articulando-a com a compulsão à repetição e com a busca de uma satisfação que nunca é alcançada.

Freud (1909) nota, ainda, que o esclarecimento completo de um caso só é possível quando retrocede aos acontecimentos mais remotos da infância do paciente; somente com o retorno destes acontecimentos à consciência seria possível afastar os sintomas. Até este momento, Freud ainda acredita que seria possível eliminar todos os sintomas, desde que fosse possível vencer as barreiras impostas pelas resistências e tornar consciente a lembrança da mais tenra infância relacionada com a doença. Para entender a origem dos sintomas, ele é conduzido não só à vida sexual dos pacientes, mas também às experiências localizadas na infância, revelando a sexualidade infantil, o Complexo de Édipo e, aos poucos, o reconhecimento das fantasias relacionadas a estas experiências.

Em sua correspondência com Fliess, na *Carta 69* (Freud, 1897/1996), Freud comunica que se havia enganado quanto ao fato de ter atribuído, principalmente aos pais, a responsabilidade

pelo abuso sexual dos filhos e de ter pautado nestas supostas experiências suas explicações para as causas da histeria. Nesta carta, relata a possibilidade de estas experiências referirem-se, na verdade, a fantasias sexuais que teriam os pais como tema. Freud leva alguns anos para tornar pública esta sua suspeita e o faz em 1905 ao escrever os *Três Ensaios sobre a sexualidade*. Ao considerar, a partir de então, a importância das fantasias sexuais, conclui que os sintomas neuróticos não estão relacionados a fatos reais e sim a fantasias impregnadas de desejos e que, no tocante à neurose, a realidade psíquica é mais importante que a realidade material.

Embora a ideia da existência de uma sexualidade infantil fosse rejeitada pela sociedade da época, a psicanálise não só sustenta a presença da sexualidade na infância, como também a persistência de muitas das características da sexualidade infantil na vida sexual do adulto. Assim, a sexualidade infantil passa a ser a característica definidora da sexualidade humana, deixando de ser considerada apenas como um fenômeno da infância em oposição à sexualidade adulta, supostamente madura e completa. A sexualidade humana é sempre parcial, não plena e marcada pela incompletude, tendo grande influência na formação da neurose.

Em *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905), Freud subverte o saber existente na época sobre as chamadas aberrações sexuais. Indica que não há aberrações sexuais, ou melhor, que a sexualidade humana é, em si mesma, aberrante e perversa, regida pelo princípio do prazer. Além disto, coloca a reprodução em segundo plano, o que a diferencia da sexualidade animal, que tem a reprodução e a manutenção da espécie como principal função.

A sexualidade infantil é considerada perverso-polimorfa na medida em que há uma expressão pulsional dispersa, cujo objetivo exclusivo é a obtenção de prazer. Este prazer pode ser atingido pela transferência do mesmo papel desempenhado pelos genitais para outros órgãos e áreas do corpo. A vida sexual de uma criança é, de fato, inteiramente constituída das atividades de determinado número de pulsões parciais que, independentes umas das outras, buscam a obtenção de prazer, tanto no corpo quanto em um objeto externo. Verifica-se, ainda, que as inclinações à perversão têm sua origem na infância, que as crianças têm uma predisposição a todas elas e, então, que a sexualidade pervertida é a própria sexualidade infantil, cindida em seus impulsos parciais.

Ao ressituar a perversão como a extensão da atividade sexual para as regiões do corpo que não se destinam especificamente à reprodução, Freud faz a ressalva de que nenhuma pessoa renuncia totalmente a algo de perverso ao seu objetivo sexual. O grau de perversão permitido por

cada pessoa varia de acordo com a resistência oferecida pelas “forças psíquicas”, sobretudo a vergonha e a repugnância. Estas forças psíquicas serão responsáveis pela transformação destes impulsos em sintomas neuróticos, de modo que podemos considerar a neurose como o negativo das perversões e os sintomas como substitutos da atividade sexual do neurótico.

Ao seguir estas considerações de Freud sobre a sexualidade, podemos observar que as barreiras levantadas contra estes sentimentos “pervertidos” não se acham desde sempre presentes; para Freud, estas barreiras seriam construídas pela educação e constituiriam o que ele nomeia de sentimentos morais de nojo e repugnância, resultantes da passagem da criança pela operação estrutural do Édipo – estrutural na medida em que, através da interdição do incesto operada pelo pai, permite à criança situar-se quanto à sua posição sexuada e em relação a seus investimentos pulsionais.

A primeira escolha objetual do ser humano é regularmente incestuosa, sendo que, somente mais tarde, a resistência contra estes impulsos incestuosos se manifesta. À primeira escolha de objeto de amor da criança vincula-se tudo aquilo que denominamos “Complexo de Édipo”, ao qual se atribui tanta importância no que diz respeito à explicação psicanalítica das neuroses, pois este constitui um fator importante na vida psíquica da criança em que estão relacionadas determinadas atitudes para com os pais e irmãos que irão funcionar como protótipos para suas futuras relações.

A relação entre a criança e os pais não é, como a observação direta de uma criança e posteriormente o exame psicanalítico do adulto evidencia, livre de elementos de excitação sexual. Verifica-se que os sentimentos originados destas relações entre pais, filhos e irmãos não são exclusivamente de natureza positiva; ao contrário, também são negativos, marcados por hostilidade e rivalidade.

Segundo Freud (1905), no que concerne à dissolução do complexo de Édipo, em condições ideais, as catexias de objeto seriam abandonadas e substituídas por identificações. A autoridade dos pais seria introjetada no eu formando o núcleo do supereu, que assume a severidade do pai, dá continuidade à proibição do incesto e defende, assim, o eu do retorno da catexia libidinal. Estas escolhas objetais serão de certa forma atualizadas na puberdade, período em que as pulsões sexuais fazem suas exigências com toda a sua força e em que os antigos objetos incestuosos são retomados e mais uma vez catexizados pela libido. A tarefa principal imposta na puberdade ao indivíduo é a de desvincular-se de seus pais; para o filho, esta tarefa consiste em desligar seus

desejos libidinais de sua mãe e empregá-los na escolha de outro objeto amoroso e, ainda, o de reconciliar-se com seu pai caso tenha permanecido em oposição a este.

Estas tarefas são impostas a todas as pessoas e, segundo Freud, muito regularmente, a análise permite-nos observar que elas não conseguem enfrentá-las da maneira ideal. Assim, os neuróticos são aquelas pessoas que, em relação a esta tarefa, não conseguem chegar a nenhuma solução: o filho permanece por toda a vida subjugado à autoridade do pai e incapaz de transferir sua libido a um objeto externo. O complexo, assim formado, é destinado ao recalque, embora continue a agir no inconsciente com intensidade e persistência, tornando-se posteriormente o complexo nuclear da neurose.

Portanto, a sexualidade adulta não emerge como algo pronto, mas passa por um longo percurso que começa na infância, cujas experiências merecem uma consideração especial na determinação das mais importantes conseqüências justamente por ocorrerem numa época precoce e, por esta razão, serem capazes de ter efeitos traumáticos. A sexualidade infantil pode ter valor de trauma por ser extremada e prematura na medida em que a criança encontra-se despreparada para administrar a tensão que aflora em seu corpo. Esta tensão é intensa demais para uma criança que nasce sem suas próprias defesas e totalmente dependente de que um outro, através de uma ação específica, venha diminuir esta tensão. Assim, a sexualidade infantil pode ser considerada traumática por ser excessiva e tornar-se fonte dos sintomas futuros.

A importância destas considerações pode ser confirmada pelo que a análise dos sonhos na psicanálise possibilitou constatar: o material das vivências esquecidas da infância tem acesso aos sonhos, assim como a vida mental das crianças com todas as suas características e sua escolha incestuosa do objeto de amor persistem no inconsciente. Confirma-se o fato de que o que é inconsciente é também o que é infantil. O inconsciente é um dos reinos da mente com seus próprios impulsos plenos de desejos, seu modo próprio de expressão e seus mecanismos específicos (Freud, 1915[1916], p. 212).

São especificamente estes impulsos de natureza incestuosa que entram em conflito com o eu e a consciência moral das pessoas sendo, então, afastados da consciência por meio do recalque para retornar através dos sintomas de maneira deformada.

Deste modo, a relação entre sexualidade e neurose, assim como o significado sexual dos sintomas, só poderá ser validado se incluirmos na satisfação obtida por meio dos sintomas a mesma satisfação que encontramos na sexualidade infantil, reconhecendo-a como verdadeira e

como parte constituinte da vida sexual do adulto. Se aceitarmos esta hipótese, já poderemos antever o quanto será difícil fazer o paciente abrir mão desta satisfação proporcionada pelo sintoma.

2.5 - A SATISFAÇÃO NO SINTOMA COMO PROBLEMA

Até o momento, pudemos constatar que o sintoma está relacionado com o recalque – na verdade, relacionado ao fracasso do recalque – e, deste ponto de vista, Freud define o sintoma como uma formação substitutiva. O sintoma vem substituir aquela representação de caráter sexual que é inconciliável ao eu. O sintoma, então, é o substituto de uma satisfação sexual que foi impedida. Esta satisfação substitutiva do sintoma possui duas particularidades: é paradoxal e parcial. São estes aspectos da satisfação que pretendemos analisar a partir de agora.

A sexualidade humana traz a marca do desvio e o conceito de pulsão distingue-se definitivamente do conceito de instinto. Assim, Freud marca o diferencial entre a sexualidade animal e a humana, entre natureza e cultura, localizando a sexualidade humana fora dos padrões instintivos. Enquanto na sexualidade animal reina o instinto com um objeto adequado e fixo para a satisfação, na sexualidade humana os padrões não se encontram pré-fixados hereditariamente, ou seja, os objetos da satisfação são variáveis.

Em *Pulsão e seus destinos* (1915), Freud define pulsão (*trieb*) como algo situado na fronteira entre o mental e o somático, uma fonte de estimulação interna ao organismo, mas externa ao aparelho psíquico, exercendo sobre este uma pressão constante. Esta pressão exercida sobre o aparelho psíquico implica, para este, trabalho, uma vez que o princípio de funcionamento deste aparelho baseia-se em mantê-lo com o menor nível de excitação possível (princípio de constância) e – sendo a pulsão uma tensão interna e, ao mesmo tempo, externa ao aparelho psíquico – nenhuma ação de fuga prevalece sobre a mesma, tendo em vista que ela incide não a partir de fora, mas de dentro do próprio organismo.

Essa pressão constante, que é a própria essência da pulsão, diz respeito à soma de força que ela representa e exige satisfação. Freud afirma que, em todos os casos, a finalidade da pulsão é alcançar a satisfação e que esta satisfação seria alcançada cancelando-se o estado de estimulação

da fonte da pulsão. Como esta supressão ocasionaria sua extinção, deduz-se que esta satisfação só poderá ser parcial. Esta meta, diz Freud, permanece invariável para todas as pulsões, mas os caminhos que conduzem a ela podem ser diversos, havendo inclusive alvos intermediários que podem combinar-se ou mesmo permutar-se produzindo satisfações parciais.

A partir do que foi exposto, a primeira dúvida que surge é se há alguma satisfação que não seja parcial, pois no caso da pulsão ser uma força constante e da satisfação ser definida como eliminação do estado de estimulação na fonte, a satisfação completa da pulsão ocasionaria sua extinção. Assim, o alvo da pulsão – sua satisfação plena – é, na verdade, não ser atingido, exceto se repensarmos o próprio conceito de satisfação e distinguirmos a satisfação plena – impossível de ser atingida – de uma satisfação parcial, esta sim possível.

A este respeito, Cosentino (1996) afirma que as pulsões são parciais por não coincidirem com a finalidade biológica da sexualidade, a reprodução, e que, sendo parcial em relação ao biológico, a pulsão satisfaz-se por não alcançar sua meta. Perdida a reprodução como finalidade, a meta, em última instância, não é outra senão um ir e vir: ali a pulsão satisfaz-se em seu próprio trajeto.

A pulsão necessita de um objeto para obter satisfação, mas este é o que há de mais variável. Ele não consiste em um objeto fixo – como na satisfação do instinto – nem, tampouco, é nele que a pulsão encontra satisfação. A variabilidade do objeto pulsional lança luz sobre a plasticidade da pulsão. O fato de o objeto da pulsão ser o que há de mais variável não quer dizer que ele seja dispensável.

Ao sair da fonte e voltar para a zona erógena, a pulsão contorna, desenha, recorta o objeto vazio da pulsão. Este retorno da pulsão à fonte produz um movimento circular e esta circularidade do trajeto pulsional introduz um objeto vazio como meio de alcançar a satisfação; em outras palavras, a pulsão se satisfaz em seu percurso, em seu trajeto, mas é preciso circunscrever um objeto, objeto que é um vazio, podendo ser qualquer um, dado que originalmente está perdido. No entanto, é somente por intermédio dele que a satisfação, mesmo parcial, pode ser obtida.

A partir da leitura que Lacan (1959-60/1997) faz do texto freudiano, a busca da satisfação procuraria reeditar uma satisfação primeira, mítica, busca esta que repete-se infindavelmente através dos objetos que se oferecem como pretendentes a ocupar o lugar da Coisa (*Ding*) – irremediavelmente perdida pelo simples fato de que nunca foi tida. Esta primeira experiência de

satisfação coloca, de entrada, um objeto que está perdido e isto é o que possibilita que o sujeito possa desejar, pois lhe falta algo. Esta falta, que é estrutural, coloca em movimento o aparelho psíquico e implica, de saída, uma ruptura, uma não complementaridade entre o sujeito e o objeto da satisfação humana.

Este problema – a falta de complementaridade entre o sujeito e o objeto da satisfação – foi trazido à luz por Lacan (1959-60/1997) na análise que faz da experiência de satisfação, no capítulo VII de *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1901-1902/1966). Há uma questão essencial na experiência de satisfação, pois verifica-se que Freud ali estabelece uma diferença entre a satisfação da necessidade e a realização do desejo.

De acordo com Freud (1900/1996), originalmente, o aparelho psíquico esforça-se para manter o menor nível de tensão possível. Conseqüentemente, sua primeira estrutura segue o modelo do arco reflexo, de modo que qualquer excitação sensorial que incida nele pode ser prontamente descarregada por uma via motora. As exigências da vida, contudo, interferem nessa função simples e é também a elas que o aparelho deve o ímpeto para seu desenvolvimento posterior. As exigências da vida (*Not des Lebens*) confrontam-no, primeiramente, sob as formas das grandes necessidades somáticas.

As excitações produzidas pelas urgências da vida buscam descarga no movimento. O bebê faminto grita ou dá pontapés, inerte. Mas a situação permanece inalterada, pois a excitação proveniente de um estímulo endógeno, de modo diverso do estímulo externo, não se deve a uma força que produza um impacto momentâneo, mas a uma força que está continuamente em ação. Só pode haver mudança quando, de uma maneira ou de outra (no caso do bebê, através do auxílio externo), chega-se a uma “vivência de satisfação” que coloque fim ao estímulo interno. Um componente essencial dessa vivência de satisfação é aquilo que Freud (1900/1996) nomeia “ação específica”, ato através do qual uma imagem mnêmica fica associada, daí por diante, ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade (Freud, 1900/1996, p. 594).

Em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que essa urgência for despertada, surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção e evocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original. Assim, esta primeira experiência de satisfação mítica corresponderia à fundação do aparelho psíquico e ao aparecimento do desejo na busca de repetir uma hipotética satisfação primeira que, na verdade, nunca existiu.

Segundo Freud (1900/1996, p. 595), nada nos impede de pensar que tenha havido um estado primitivo do aparelho psíquico em que o caminho mais curto para a realização do desejo era realmente percorrido, ou seja, em que o desejo terminava em alucinação do objeto. Logo, o objetivo dessa primeira atividade psíquica era produzir uma “identidade perceptiva”, isto é, uma repetição da percepção vinculada à satisfação da necessidade. Porém, essa atividade malogra, uma vez que na realidade a satisfação não sobrevém e a exigência de satisfação perdura, falência que exigirá uma retificação desta primeira lei forjada sob a identidade de percepção, em decorrência da qual é colocado em ação o princípio de realidade.

Freud assinala, em *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1895/1996), que o desamparo impõe uma dependência do bebê a um próximo que funcionaria como uma alteridade capaz de possibilitar a eliminação do estado de tensão gerado pelo estímulo interno. Como decorrência da interferência deste próximo, a experiência de satisfação torna-se complexa, pois introduz a função da comunicação que surge em decorrência da interpretação do próximo, que toma o choro do bebê como apelo. Com Lacan (1959-60/1997), podemos dizer que, deste modo, acrescenta-se ao desamparo a mediação do outro, estabelecendo outras dimensões: a da demanda e a do desejo.

Nesta mesma direção, a diferença que Freud (1900/1996) introduz – na seção C, de *A interpretação dos sonhos* – entre a satisfação da necessidade e a realização do desejo implica que não existe complementariedade do ponto de vista do sujeito e do seu objeto. O objeto buscado nunca é encontrado, instaurando a compulsão à repetição, na tentativa de reencontrá-lo (Lacan, 1959-60/1997).

O objeto, a partir disto, situa-se de outra forma: constitui-se como objeto perdido e, como tal, não corresponde à satisfação da necessidade, introduzindo uma outra forma de “satisfação”. A identidade de percepção, marco desta nova “satisfação” – a realização do desejo – não corresponde à convergência entre organismo e ambiente e é ineficaz do ponto de vista adaptativo. Não só não corresponde como também a contrária, na medida em que não realiza a ação específica necessária ao escoamento da tensão gerada pelas urgências da vida.

Este arranjo adaptativamente ineficaz é marcado pela repetição, pela busca de uma percepção primeira que tem como referência uma mítica primeira vez, um mítico primeiro encontro entre sujeito e objeto de “satisfação”. Cabe ressaltar que este encontro só se dá no plano da alucinação, como ressalta Freud (1900/1996), e isto implicará no que, mais adiante,

problematizar-se-á em termos de possibilidades de satisfação via objeto, tendo em vista que a percepção está perdida e que não é possível reencontrá-la.

O objeto, uma vez que produzido este desvio da satisfação da necessidade para a realização do desejo, aparece como perdido. Ele não é o complemento do sujeito, não há um sujeito que vai ao encontro de um objeto e que se conjugue com ele.

Retomando o que foi dito, partimos de um princípio de constância que almeja a homeostase. Com a experiência de satisfação introduz-se, como estrutural, a perda do objeto e a impossibilidade de homeostase do organismo. Emerge o princípio do prazer. A realização alucinatória do desejo, guiada pelo princípio do prazer, quebra o estado de repouso psíquico que foi perturbado pelas exigências dos estímulos internos e impõe o prazer de desejar. Organiza-se, assim, como comentamos, uma outra maneira, distinta, de satisfação. A realização do desejo separa o sujeito da via da satisfação, uma vez que a força pulsante – a excitação advinda das urgências da vida – não corresponde a uma força que atinge-nos de forma momentânea, mas sim de forma contínua ao encontrar, via realização do desejo, com um “objeto” alucinatório, já que esse objeto está estruturalmente perdido.

Em *Pulsão e seus destinos* (Freud,1915/1996), Freud assinala que o objeto da pulsão é aquele através do qual a pulsão atinge sua finalidade, ou seja, sustenta seu percurso. Assim, cada objeto apropriado pela pulsão revela, ao mesmo tempo, que não é nele ou por ele que ela encontrará satisfação, embora uma satisfação parcial seja obtida. Apesar do objeto da pulsão ser inespecífico, não é, contudo, qualquer objeto e sim aquele que liga-se a ela pela sua peculiar aptidão para possibilitar-lhe a satisfação (Freud, 1915 /1996, p. 128). Este objeto é que há de mais variável: não está ligado a ela originalmente, só sendo-lhe destinado por ser peculiarmente adequado a tornar possível a satisfação como ganho de prazer (*Lustgewinn*) .

Na língua alemã, *lust* é uma palavra que possui vários sentidos: quer dizer satisfação, mas, também, vontade, desejo. Na infância, o contato de qualquer zona erógena provoca um sentimento de prazer; contudo, desperta também uma excitação sexual e engendra, junto com o prazer da satisfação, um certo monte de tensão sexual. Segundo Cosentino (2002), a satisfação engendra-se ao mesmo tempo que a tensão sexual que reclama por mais satisfação. Aqui, segundo Freud (1905), está o problema: há sempre mais exigência de satisfação. E, na diferença entre o que se obtêm e o que se exige, sustenta-se a pulsão.

Veremos adiante, em *Mais além do princípio do prazer* (1920), que a pulsão não cessa de aspirar à sua satisfação. Todas as formas substitutivas e reativas e todas as sublimações, contudo, são insuficientes para cancelar sua tensão constante. A diferença entre prazer e satisfação encontrada, obtida e a pretendida engendra o fator pulsionante que não admite aferrar-se a nenhuma das situações estabelecidas, exceto almejar, sempre, algo mais.

Retornando à questão da satisfação envolvida no sintoma, observamos que esta satisfação está relacionada a uma satisfação pulsional infantil. O sintoma é um produto do recalque, um retorno do recalçado, um substituto de algo que foi afastado por ação do recalque e cuja intenção é obter a satisfação da qual o paciente privou-se. Até a torção que opera-se com a introdução do conceito de pulsão de morte, em 1920, a satisfação visada no sintoma era considerada uma satisfação que fora impedida pelo recalque – e o sintoma uma formação de compromisso entre o recalque e o eu. Assim, Freud (1916-1917/ 1996) afirma que o sintoma é uma satisfação do desejo, uma forma substitutiva de satisfação do desejo sexual infantil recalçado. Mas há também o gozo no sintoma, sua fixidez, algo que não está referido apenas ao desejo e que só poderá ser concebido quando Freud admitir que nem todo funcionamento psíquico está recoberto pelo princípio do prazer.

Como formação do inconsciente, o sintoma aproxima-se dos atos falhos, dos chistes e, principalmente, dos sonhos, com os quais guarda bastante similaridade no que diz respeito aos mecanismos utilizados: condensação e deslocamento. Assim como os sonhos, uma parte do sintoma corresponde à realização de um desejo inconsciente, mas, diferentemente dos sonhos, os sintomas trazem consigo a marca da repetição, da fixidez e do sofrimento.

De algum modo, o sintoma repete esta forma infantil de satisfação deformada pela censura que surge no conflito, via de regra, transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. (Freud, 1916[1917], p. 368).

Ainda que neste momento Freud situe a satisfação do sintoma segundo o princípio do prazer, trata-se de um prazer não reconhecido, como tal, pelo eu. A modalidade de satisfação que o sintoma põe em jogo está relacionada a algum tipo de sofrimento e implica certa queixa, a qual leva o paciente a uma análise e permite colocar esta queixa em transferência.

De algum modo, na tese apresentada na primeira tópica, o sintoma repetiria uma forma infantil de satisfação deformada pela censura, aparecendo, então, sob a forma de sofrimento.

Nestes casos, o paciente não se reconhece em seu sintoma e queixa-se dele. Esta transformação da satisfação em algo vivenciado como sofrimento é resultante do conflito psíquico sob pressão, do qual o sintoma veio a formar-se. Aquilo que, para o indivíduo, era experimentado como satisfação numa determinada época, pode passar a originar posteriormente sentimentos de resistência, repugnância e a representar desprazer para o eu (Freud, 1916[1917], p. 367).

Os mecanismos envolvidos na formação dos sintomas, conforme dissemos anteriormente, estão de acordo com as leis do sistema inconsciente, estando, portanto, sujeitos aos processos que ali são possíveis, sobretudo condensação e deslocamento. Neste sentido, um sintoma, tal como um sonho, representa algo como já tendo sido satisfeito: uma satisfação à maneira infantil.

Mediante uma condensação extrema, porém, esta satisfação pode ser comprimida em uma só sensação ou inervação, e, por meio de um deslocamento extremo, ela pode se restringir a apenas um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal. Não é de causar surpresa se também nós, muitas vezes, temos dificuldade em reconhecer num sintoma a satisfação libidinal, de cuja presença suspeitamos e que invariavelmente se confirma (Freud, 1916[1917], p. 369).

Através deste percurso realizado em Freud, localizamos a função do sintoma como satisfação substitutiva, parcial e paradoxal. É paradoxal porque o sujeito sofre, padece de seu sintoma, queixa-se. Esta forma de satisfação não está relacionada com o bem estar. Esta fixidez – conforme veremos no item seguinte – explicada na primeira tópica como uma modalidade de prazer que não pode ser experimentada, como tal, pelo eu – ganhará novos contornos a partir da verificação de que existem atos psíquicos que não estão subordinados às leis do prazer.

A partir da leitura de textos da segunda tópica freudiana – particularmente de *Mais além do princípio do prazer* (1920) e *O Problema econômico do masoquismo* (1924) – veremos que a questão tratada por Freud, através da problematização da experiência primeira de satisfação e de sua relação com a pulsão, coloca em jogo, no sintoma, não mais apenas uma satisfação substitutiva, mas a busca de uma satisfação que nunca ocorreu. Esta satisfação que nunca ocorreu está relacionada com a primeira experiência de satisfação referida à experiência primordial de perda do objeto que instaura a compulsão à repetição. Pretendemos analisar, no próximo capítulo, como articulam-se repetição e sintoma com o intuito de localizar a satisfação proporcionada pelo sintoma frente à concepção de uma satisfação além do princípio do prazer.

3.0 - O SINTOMA NA SEGUNDA TÓPICA

3.1 - APRESENTAÇÃO

No capítulo anterior, situamos o sintoma na primeira tópica freudiana, em que Freud confere ao princípio do prazer o domínio dos processos mentais. Até 1920, o princípio do prazer não se revela como problema maior para a metapsicologia. A questão resume-se à seguinte lógica: o aparelho psíquico é regido por um princípio que busca a homeostase; a elevação da tensão é vivida como desprazer e seu rebaixamento, como prazer. De acordo com este princípio, o prazer é alcançado sempre que haja um equilíbrio energético entre estes dois pólos: aumento e diminuição de tensão.

Dentro desta perspectiva, podemos situar o sintoma como uma tentativa de manter este equilíbrio energético, uma vez que – ao promover uma satisfação substitutiva para uma satisfação pulsional que havia sido impedida pela ação do recalque – o sintoma constitui-se em uma possibilidade de escoamento da energia excedente no aparelho psíquico e traz alívio para o paciente.

No entanto, apesar de o paciente obter satisfação com seu sintoma, este também é causa de sofrimento, uma vez que se, por um lado, o sintoma atende aos objetivos de um sistema (id), por outro, desagrada ao eu. O sintoma é uma forma de dar “tratamento” ao pulsional, mas é uma forma dispendiosa para o sujeito. Assim, Freud define os sintomas como atos prejudiciais ou, pelo menos, inúteis à vida do sujeito, que deles queixa-se como indesejados e causadores de

desprazer e sofrimento. O principal dano que os sintomas podem causar reside no dispêndio psíquico que acarreta um gasto de energia necessário para lutar contra eles. Este dispêndio pode chegar ao ponto de paralisar a vida do sujeito, impedindo-o de executar tarefas importantes, tais como trabalhar e relacionar-se com outras pessoas (Freud, 1916, p. 361). Mas, apesar de todo o dispêndio de energia, Freud constata que, muitas vezes, os pacientes aferram-se a seus sintomas e possuem enorme dificuldade em deles abrir mão.

Até o momento, as investigações freudianas sobre a formação dos sintomas demonstram que, apesar de serem causa de sofrimento para o sujeito, também estão relacionados a alguma forma de satisfação, mais especificamente a uma satisfação sexual. Deste modo, podemos extrair destas investigações sobre o sintoma uma satisfação paradoxal e parcial ainda incluída, porém, no funcionamento psíquico regido pelo princípio do prazer.

A princípio, Freud julga que, ao decodificar o sentido dos sintomas, estes possam desaparecer; porém, em sua experiência clínica, depara-se com situações em que suas formulações teóricas mostram-se insuficientes. Até então, acreditara que o princípio regulador do psiquismo era o princípio do prazer, que atuaria no sentido de manter o aparelho psíquico com o menor nível de tensão ao evitar o desprazer.

No entanto, ao defrontar-se com situações que constituem entraves terapêuticos – tais como a reação terapêutica negativa, as neuroses traumáticas e as compulsões – percebe que, para alguns de seus pacientes, esta lógica não funciona. Estas situações o levam a concluir que, no psiquismo, não opera unicamente a dimensão do prazer, vislumbrando, então, a existência de uma satisfação de outra ordem, além do prazer, relacionada à compulsão à repetição. No terceiro capítulo de *Além do princípio de prazer* (1920/1996), diz Freud:

Se levarmos em consideração observações como essas baseadas no comportamento, na transferência e nas histórias da vida de homens e mulheres, não só encontraremos coragem para supor que existe realmente na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer, como também ficaremos inclinados a relacionar com essa compulsão os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas e o impulso que leva as crianças a brincar. (Freud, 1920/1996, p. 33).

É somente em 1920 que a dominância do princípio do prazer é colocada em xeque, pois, com a inclusão da pulsão de morte e da compulsão à repetição, este princípio entra no rol dos conceitos paradoxais com os quais lida a psicanálise. Nesta dimensão situaremos a função da

satisfação do sintoma na segunda tópica freudiana: a busca de uma satisfação instaurada pela compulsão à repetição que, na verdade, nunca foi alcançada ou existiu, que é mítica.

Em função disto, neste capítulo, nos dedicaremos ao que é abordado na segunda tópica freudiana e analisaremos a satisfação presente no sintoma como algo situado além do princípio do prazer e relacionado à compulsão à repetição, ao masoquismo primário e à pulsão de morte.

3.2 - ANTECEDENTES DO PRINCÍPIO DO PRAZER

Freud afirma, em *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905/1996), que as psiconeuroses repousam nas forças pulsionais de caráter sexual e que estas forças constituem a única fonte energética constante a sustentar os sintomas.

Até então (1905), o sintoma está situado como um substituto, através da repressão, de algo interceptado, em que o sentido é desconhecido para o paciente. Por sua vez, a análise demonstra que os sintomas são retornos de processos inconscientes. Por meio da análise, o sintoma, como formação substitutiva, possibilita que o reprimido se revele ao fazer surgir um sentido inesperado com um efeito de verdade para o sujeito.

Freud (1916-1917/1996) constata que os pacientes encontram-se fixados a um determinado fragmento do seu passado – provavelmente a uma época em que encontravam satisfação libidinal – e que não estavam dispostos a abrir mão desta satisfação. Assim, o tratamento complica-se, pois se agrega uma questão a mais, ou seja, percebe-se que o sintoma funciona como a satisfação sexual dos pacientes, satisfação esta que lhes falta na vida. Porém, cabe ressaltar que esta falta é estrutural, tendo em vista que ela está desde sempre perdida.

Os sintomas aparecem, então, como uma intenção parcial de substituir, como prática sexual, esta mítica satisfação perdida, o que possibilita Freud sustentar a tese de que os sintomas neuróticos são, na verdade, uma satisfação substitutiva.

Mas, além de parcial, esta satisfação tem uma característica paradoxal por ser também fonte de desprazer para o paciente. No *Rascunho K* (Freud, 1896/1996), Freud antevê que, na compulsão dos sintomas obsessivos, há algo da ordem de um constrangimento que está não somente relacionado ao retorno do reprimido, mas também a um modo estranho de satisfação.

Atribui este caráter forçoso dos sintomas obsessivos a uma fonte independente de desprazer e aponta para um modo de satisfação na compulsão que inquieta o sujeito. Este modo de satisfação não se relaciona ao bem estar, nem está de acordo com o princípio do prazer. Observamos que, desde então, anuncia-se a Freud algo que o leva a questionar se não haveria, apesar do princípio de constância, uma fonte independente de desprazer, o que poria em xeque a regulação homeostática do aparelho psíquico pelo princípio do prazer. A este respeito, comenta:

Em minha opinião, a produção de desprazer na vida sexual deve ter uma fonte independente: uma vez que esteja presente esta fonte, ela pode despertar sensações de repulsa, reforçar a moralidade, e assim por diante. Persisto no modelo da neurose de angústia em adultos, na qual, uma quantidade proveniente da vida sexual causa, de modo parecido, um distúrbio na esfera psíquica, embora habitualmente pudesse ter um outro uso no processo habitual (Freud, 1896/1996, p. 269).

Ou seja, há algo que não é solucionado com a pretendida homeostase, algo que está relacionado a este trauma, a este gozo e a esta angústia, algo que leva o sujeito mais além de seu bem estar mais imediato e que antecipa o que Freud virá a conceituar como a vertente não decifrável do sintoma, a fixidez do sintoma.

No capítulo anterior, havíamos partido inicialmente do trauma como a fonte da qual decorreriam os sintomas, o trauma sexual. O sexual é o traumático como tal e, além do mais, o é de maneira dupla, pois o excesso de prazer da primeira experiência na neurose obsessiva e o pouco prazer na histeria não se inscrevem em nenhuma fonte de saber, permanecem fora das possibilidades de rememoração, estabelecem-se como um excesso em relação ao saber da cadeia associativa e recortam a outra vertente do trauma, a do núcleo de gozo não elaborável do sintoma que relaciona-se à resistência do mesmo.

Assim, a questão da satisfação pulsional vai além do sentido dos sintomas, de sua significação; diz respeito à pulsão e à sexualidade. Há uma satisfação no padecer que não esgota-se na interpretação e está relacionada à compulsão à repetição.

Esta modalidade de satisfação situada fora do princípio homeostático do prazer é analisada por Freud a partir de três eixos: o sonho de angústia, o jogo infantil e a repetição na transferência. Estas experiências relativizam o prazer, na medida em que representam situações que parecem contrariar a hipótese quantitativa do princípio do prazer de que o aumento de tensão gera desprazer. Segundo Vidal (1990):

São os paradoxos e os limites do prazer que Freud reexamina nos capítulos iniciais de *Além do princípio do prazer* (1920). Entre duas muralhas do desprazer, o princípio do prazer transcorre como lei. Por um lado, uma inibição do princípio que implica em protelação e renúncia às possibilidades de satisfação em prol de uma outra mais duradoura, ainda que comportando uma cota de desprazer. É o modo de implicação do inconsciente no campo de uma satisfação não guiada exclusivamente pelo prazer e a serviço da realidade (Vidal, 1990, p. 23).

Nas primeiras páginas de *Além do princípio do prazer* (1920), Freud faz uma primeira ressalva em relação ao princípio do prazer – não se trata de uma dominância, mas de uma tendência:

É incorreto falar na dominância do princípio do prazer sobre o curso dos processos mentais. Se tal dominância existisse, a imensa maioria de nossos processos mentais teria de ser acompanhado pelo prazer ou conduzir a ele, ao passo que a experiência geral contradiz completamente uma conclusão deste tipo (Freud, 1920/1996, p.19).

Conduzido pela investigação da repetição, Freud começa, então, a estabelecer um mais além, “a repetição traz consigo uma produção de um prazer de outro tipo, uma produção mais direta”. E: “[...] há tendências além do princípio do prazer, ou seja, tendências mais primitivas do que ele e dele independentes”. Este prazer de “outro tipo” é um prazer vivido como desprazer. Aquilo que é gerado nesse mais além – que, como veremos, é resultado de uma nova tendência imposta pela pulsão de morte e concretizada pela repetição – diz respeito, na realidade, a um desprazer no eu, pois traz à luz as atividades pulsionais recalçadas. Ainda que estas experiências possam não contradizer o princípio do prazer – uma vez que estabelecem desprazer para um sistema e satisfação para outro – apontam para um “tipo” de satisfação diferente do prazer e que, em termos lacanianos, poderíamos chamar de gozo. São estas experiências que contradizem o princípio do prazer, o que passaremos a examinar.

3.3 O SONHO DA NEUROSE TRAUMÁTICA

Os sonhos “traumáticos”, que ocorrem em pacientes que sofreram acidentes, são específicos de um tipo de neurose e têm uma notável incidência devido à guerra na época em que

Freud escreve *Além do princípio do prazer* (1920). São frequentes as neuroses ligadas a acidentes mecânicos que não causaram lesões graves, mas produziram distúrbios psíquicos. A grande quantidade deste tipo de neurose chama a atenção de Freud e o faz retomar este tema, o da neurose traumática, já trabalhado em seus primeiros *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1893/1996), ao abordar uma categoria especial de histeria nomeada por Charcot de “traumática”. Este tipo de histeria seria, segundo Charcot, provocada por um trauma mecânico, resultado de acidentes de trabalho ou ferroviários, muito comuns naquela época. Freud e Breuer estendem o conceito de trauma a toda forma de histeria postulando, porém, que todo sintoma histérico é produzido a partir de uma ocasião psíquica traumática. Assim, um acidente mecânico, por si só, não produziria um sintoma histérico, a não ser que provocasse um trauma psíquico.

Freud encontra dois fatores determinantes no aparecimento da neurose traumática: o susto e a ausência de ferimento grave. No segundo capítulo de *Além do Princípio do Prazer* (1920), propõe diferenciar o susto do medo e da angústia. O susto caracteriza-se por uma forma de reação ao perigo em que não há preparação para ele. Neste sentido, o susto distingue-se da angústia – que consiste em uma expectativa do perigo, embora ele seja indeterminado – e do medo, em que o perigo está circunscrito em um objeto como, por exemplo, na fobia.

O sonho da neurose traumática possui a particularidade de “trazer o paciente de volta à situação de seu acidente, numa situação da qual ele acorda em outro susto” (Freud, 1920, p. 24). Este tipo de sonho, que desperta a angústia, o leva a rever a teoria dos sonhos (1933[1932]/1996), pois, do ponto de vista teórico, contraria o propósito da realização do desejo e de guardião do sono. Este sonho específico demonstra que nem todo sonho é uma realização do desejo, mas uma *tentativa* de realização do desejo (Freud, 1933/1996, p. 37). Sob determinadas circunstâncias, o sonho – o sonho de angústia, os sonhos de neurose traumática – só podem impor seu propósito de maneira muito incompleta ou mesmo não concretizá-lo. Neste tipo de sonho, parece prevalecer a necessidade de o paciente voltar ao acidente e o que se produz de diferente é um novo susto. De que se trata, então? Trata-se, acrescenta Freud, da fixação inconsciente a um trauma que parece estar entre os principais impedimentos da função do sono (Freud, 1933/1996, p. 38).

Este sonho típico mostra-nos que algo, que permanece inassimilável para o sujeito, insiste em repetir e que, ao mesmo tempo, este inassimilável persevera como o que não pode ser visto. Retornando a *Além do princípio do prazer* (1920/1996) – diante deste embaraço que se coloca

frente a sua teoria dos sonhos como realização do desejo e ainda sem condições de conceber um funcionamento além do prazer – Freud prossegue e analisa outra experiência que parece contrariar o princípio do prazer: o jogo infantil. Somente algumas páginas adiante no texto, Freud nos diz que, embora este tipo de sonho seja uma exceção à teoria dos sonhos como realização do desejo, podemos supor que eles estão ajudando a executar outra tarefa, a qual deve ser realizada antes que a dominância do princípio do prazer possa mesmo começar a operar (Freud, 1920, p. 42). Mais adiante, pretendemos desenvolver com maior profundidade que tarefa seria esta, cabendo-nos, neste momento, apenas salientar que Freud começa a apontar para o fato de que, antes mesmo de obedecer ao princípio do prazer e à realização do desejo, estes sonhos demonstram que estariam obedecendo a algo mais elementar, à compulsão à repetição, constatando com isto uma situação em que não há predominância do princípio do prazer.

Seguindo esta análise dos sonhos “traumáticos”, Freud analisa o jogo infantil como outra experiência na qual pode constatar a insistente repetição de uma situação desagradável. Veremos que conclusões ele tira desta experiência.

3.4 - A BRINCADEIRA INFANTIL

Freud inicia a análise da brincadeira infantil ressaltando o motivo *econômico* envolvido nesta atividade, ou seja, a consideração da produção de prazer envolvida no brincar. Assim, adverte-nos sobre o que lhe interessa nessa atividade que se apresenta de forma tão prosaica e que, no entanto, pode ser submetida à mesma questão econômica levantada em relação ao sonho da neurose de acidente.

Chama a atenção de Freud que, independentemente das experiências envolvidas nas brincadeiras serem agradáveis ou não, as crianças possuem um apego à repetição, o que o leva a indagar-se sobre a existência de um princípio econômico independente do princípio do prazer.

Freud utiliza-se da observação de seu próprio neto, com quem residiu por algumas semanas. Trata-se da brincadeira desta criança de 18 meses de idade, que Freud nomeou posteriormente como o jogo do *Fort-Da*. Esta brincadeira consistia em um desenrolar e retornar de um carretel, acompanhados da uma determinada emissão vocal, a qual Freud interpreta como

“ir embora” (“o-o-ó”) e “voltar, ali” (“da”). O menino fazia desaparecer e depois aparecer o carretel. Freud observa que, no mais das vezes, assistia-se apenas ao primeiro ato da brincadeira, ato incansavelmente repetido como um jogo em si mesmo, embora não houvesse dúvida de que o prazer maior ligava-se ao segundo ato.

Freud interpreta que esta seria uma maneira do bebê recompensar-se por ter renunciado à presença de sua mãe, sem protestar. A pergunta que Freud se faz é: como se poderia harmonizar a repetição desta experiência com o princípio do prazer, tendo em vista que a ausência da mãe não teria sido vivenciada pela criança como algo agradável? Neste momento, ele volta a lembrarnos que o primeiro ato da brincadeira, que representava a partida da mãe, era repetido com *frequência incomparavelmente maior* como um jogo em si mesmo e não representava o anúncio do agradável retorno da mãe, como poderíamos presumir. O jogo do *Fort-Da*, apesar de ser a repetição de uma situação dolorosa (a partida da mãe), é acompanhado de satisfação.

Segundo Cosentino (1996), esta renúncia pulsional (a partida da mãe) é paradoxal porque seu impulso destaca-se e insiste no primeiro ato do jogo (o desaparecimento do objeto) que está situado além do prazer incluído no princípio do prazer, pois uma situação desagradável é acompanhada de satisfação. Na concepção de Vidal, “a criança terá feito uma renúncia à satisfação não sem obter, por outra via, um ganho de prazer, *Lustgewinn*, equiparável à função de mais-de-gozar e situável, a partir de então, como produto de discurso” (Vidal, 1990, p. 27).

Esta repetição, no jogo, de uma experiência desagradável deve-se unicamente ao fato de a repetição estar conectada a um ganho de satisfação de outra natureza, que provém de outra fonte. Isto nos faz recordar o comentário de Freud acerca da “fonte independente de desprazer”, suposta por ele no *Rascunho K* (1896/1996, p. 269). É interessante marcar que, mesmo em seus textos iniciais, Freud observa, a partir de sua clínica, a presença de uma satisfação enigmática nos sintomas da neurose obsessiva e que, após 1920, estes poderão ser considerados à luz de um novo princípio mental. No texto de 1896, esta “fonte independente” se anuncia na compulsão, a qual obedece aos sintomas da neurose obsessiva, como demonstramos no capítulo anterior.

Em *Além do princípio do prazer* (1920/1996), como destaca Cosentino (1996, p. 210), vemos que a repetição aparece como algo mais elementar, mais pulsional que o propósito de ganhar prazer ou evitar desprazer. A repetição no brincar parece apontar para esta tarefa anterior à instauração do princípio do prazer.

Assim, se, por um lado, o brincar contradiz, por outro, afirma o princípio do prazer. Neste caso, o prazer encontra-se na própria atividade de domínio, ainda que o representado em si mesmo seja doloroso. Ao prazer da posição ativa, do domínio, acrescenta-se aqui o prazer da simbolização. A ausência da mãe presentifica seu desejo para a criança, o que lhe causa angústia. A criança responde a esta angústia brincando, tentando obter prazer através da representação. Dominar parece estar associado a fazer ligação, sujeitar estímulos que, se permanecessem livres, teriam efeito de trauma. Na visão de Vidal:

O jogo possibilita uma renúncia à satisfação pulsional e traz uma recompensa: a de perder e recuperar a mãe com os objetos ao seu alcance. Em termos metapsicológicos, com a repetição do ato, o sujeito tende a efetuar o enlace de uma compulsão à repetição primária com o ganho de prazer inerente aos processos inconscientes. Que conseqüências tem este ato da criança em relação ao domínio do princípio do prazer? Haveria lugar para a suposição de uma atividade mais originária no aparelho: a de ligar a energia excessiva de modo a torná-la eficaz ao funcionamento do inconsciente (Vidal, 1990, p. 25).

Mais adiante voltaremos a esta hipótese de uma tarefa mais elementar que o princípio do prazer – a de ligar as excitações livres – e veremos qual a relação dessa tarefa com a compulsão à repetição.

Tendo analisado estes dois pontos: os sonhos “traumáticos” e o brincar, Freud passa ao exame da compulsão à repetição na esfera da transferência.

3.5 - TRANSFERÊNCIA E REPETIÇÃO

Freud já havia apontado a compulsão à repetição na esfera da transferência em seus textos sobre a técnica (1914), quando assinala que o sujeito repete, sob transferência, aquilo que ele tem de pior: inibições, traços patológicos e sintomas. Por isso, antes de prosseguirmos no percurso de Freud em *Além do princípio do prazer* (1920/1996), faremos um retorno a estes artigos – sobretudo a *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1996) e *Observações sobre o amor transferencial* (1914/1996) – com a intenção de verificar como se apresenta inicialmente a Freud a compulsão a repetir por meio do fenômeno da transferência.

Em *Recordar, repetir e elaborar* (Freud, 1914/1996), surge a primeira introdução ao tema da compulsão à repetição. Neste texto, Freud assinala que “a transferência é, ela própria, apenas um fragmento de repetição e que a repetição é a transferência do passado esquecido, não apenas para a figura do médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual” (Freud, 1914/1996, p. 166). Acrescenta, ainda, que o que o paciente não recorda ele coloca em ato na transferência, repete sem saber que está repetindo, mas esta é a forma que ele possui de lembrar e é o que possibilita ao analista ter acesso ao reprimido. A partir de então, Freud desdobra a sua escuta e tem a atenção voltada para este novo mecanismo, que passa a ser o referencial privilegiado da prática clínica. Neste momento de suas formulações, a compulsão à repetição tem por função trazer algo de volta, algo que ele pensava poder ser interpretado. No entanto, como veremos mais adiante, ao longo de suas formulações Freud percebe que não adianta comunicar ao paciente aquilo que o analista está “escutando” na transferência; faz-se necessário um trabalho de elaboração por parte do paciente. Ele constata que o paciente coloca em ato o que não surge pela via da rememoração e é isso o que caracteriza o fenômeno da transferência. Quanto maior a resistência, maior a chance de o paciente substituir a lembrança pela ação e, segundo Freud, certamente o paciente começará o tratamento por uma repetição deste tipo. O paciente repete tudo o que já avançou a partir das fontes do recalado para sua consciência, fruto do trabalho de análise: suas inibições e seus sintomas. Este *agieren* obedece, segundo Freud, a uma compulsão à repetição e constitui outra maneira do paciente “lembrar-se” do recalado. Neste momento de sua teorização, a repetição é um modo de recordar, ou seja, ainda não representa algo que impõe-se ao sujeito, um constrangimento, como será posteriormente concebido (a partir de 1920).

Freud nos adverte que os sintomas do paciente não cessam com o início da análise e que devemos tratar sua doença não como um acontecimento passado, mas com sua força atual. A análise propriamente dita só começa quando alguma manobra do analista é exigida frente a esta atuação, sendo um dos objetivos da análise trazer o que está em ato para o campo da palavra.

Mas, do que se trata neste *agieren* transferencial e sua conjugação com a repetição? Primeiramente, Freud (1900/1996) pensa a transferência como transferência de sentido: uma idéia vem no lugar de outra. Exemplifica essa transferência de sentido no mecanismo do sonho, sendo, deste modo, a transferência determinada pelo funcionamento simbólico. Diz respeito a um mecanismo da neurose, não sendo exclusiva do tratamento analítico. Logo, por um lado, a transferência para a pessoa do analista se inscreveria nesse registro e por outro lado, tudo o que

acontece de inédito, atual no campo transferencial aponta para outra ordem, ainda que tenha conexão com a atualização de situações passadas.

Em *Psicoterapia da histeria* (1896/1996), já havia aparecido esta conexão entre o conceito de transferência e a repetição, pois ali Freud funda a transferência em uma “falsa ligação” ao supor a reedição de um conteúdo do passado para a pessoa do analista. Merece destaque esta compulsão a associar com a figura do médico, pois este funciona como uma espécie de pólo de atração para determinados conteúdos de pensamento. No entanto, não é qualquer conteúdo que será associado à figura do médico; são pensamentos aflitivos ou um desejo proibido que dificilmente seriam confessados. Podemos deduzir que há um campo determinado onde aparece essa compulsão e este campo é o da relação amorosa.

Neste texto, Freud fornece um exemplo clínico para ilustrar a transferência. Trata-se de uma paciente histérica que está às voltas com um sintoma a respeito do qual ela não consegue relacionar nada importante. Ao final de uma sessão, surge o desejo não confessado de que Freud a beije. Ela se aterroriza e, no dia seguinte, torna-se imprestável para o trabalho analítico. Finalmente, Freud consegue que ela diga o que a está perturbando. Ao confessar o que tinha imaginado em relação a ele, lembra-se de que, na ocasião do aparecimento do sintoma, experimentou um desejo semelhante em relação a outro homem.

Freud diz, então, que ocorreu aí uma transferência quando o desejo que revelaria o sentido oculto do sintoma não aparece como lembrança, mas transporta-se para o presente devido a uma compulsão a associar com a figura do médico. É esta a transferência que Freud chama de “falsa ligação”.

Em *Dinâmica da transferência* (1912/1996), Freud retoma estas idéias utilizando a metáfora dos “clichês”: estes seriam protótipos que determinam para cada pessoa seu jeito de amar e de satisfazer sua pulsão. Escreve Freud que o paciente inclui o médico em uma de suas “séries psíquicas” e que é deste lugar atribuído, pela transferência, ao analista, que ele tira o poder de sua ação. Só que, ao mesmo tempo em que a transferência funciona como motor do tratamento, Freud reconhece que ela pode tornar-se a arma mais poderosa da resistência. A transferência é definida aqui como uma das formas de resistência, ou seja, um obstáculo ao tratamento e deve ser tratada como um novo sintoma. É tarefa do analista remover o obstáculo (a resistência), tornando-o consciente e, para isso, ele deve enfrentar todos os tipos de embaraços que decorrem da intimidade da relação terapêutica. Tal paradoxo coloca-se ao longo de toda a

obra do Freud: a transferência enquanto condição essencial para a análise é também uma resistência ao tratamento.

Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1996), Freud desenvolve a idéia de que, ali onde o paciente não consegue rememorar, substitui a recordação pelo *agieren* na transferência, sendo rememoração e transferência duas formas distintas de atualizar o passado. A repetição na transferência apresenta-se como uma outra forma de lembrar, mas a repetição na transferência é também alusão a algo (um objeto, uma satisfação) que não se consegue mais.

Outra forma de abordagem do conceito de transferência encontra-se em *A interpretação dos sonhos* (1905/1996)². No item C, ao discutir o papel representado pelos restos diurnos no sonho, Freud conclui que um desejo inconsciente que não pode penetrar no pré-consciente transfere sua intensidade para uma idéia que já pertença ao pré-consciente, ficando “coberto” por ela. Os restos diurnos são, portanto, usados para fazer passar uma intensidade de desejo recalcado em que é mantida apenas a condição de pertencerem ao pré-consciente, mas não o significado que possuíam. “Os restos diurnos oferecem ao inconsciente algo indispensável, ou seja, o ponto de ligação necessário para uma transferência” (Freud, 1905/1996, p. 591-593).

No item E, Freud diz que uma sequência de pensamento normal, ou seja, não aflitivo, só é submetido ao recalque se “um desejo inconsciente, originado na infância e num estado de recalque, for transferido para ela” (Freud, 1905, p. 624).

Entendemos que nestas passagens sobre os restos diurnos, Freud refere-se à transferência de sentido, de utilização pelo desejo de formas alheias a ele, das quais se apodera e que carrega, infiltra e dota de nova significação. Do mesmo modo, a transferência de sentido para a figura do médico, como veremos ocorrer no amor transferencial, representa um meio substitutivo para a satisfação de moções pulsionais inconscientes.

Havíamos sinalizado que, em *Dinâmica da transferência*, Freud aponta que o analista, através da transferência, seria incluído em uma das séries psíquicas formadas pelos clichês, recebendo assim investimento libidinal. A condição suficiente para que haja tal investimento é uma determinada disponibilidade da libido resultante de um estado de insatisfação amorosa. Este texto destaca o analista como objeto de investimento libidinal, suporte das fantasias e, portanto, da repetição dos clichês.

² Ítens C (*Realização de desejos*) e E (*Os processos primário e secundário – recalque*) do capítulo VII.

Em *Observações sobre o amor transferencial*, de 1915, Freud observa quão delicada é a questão do amor na vida das pessoas e como é difícil lidar com ela no tratamento psicanalítico. Neste momento, ele já conta com as elaborações de seu texto *Introdução ao narcisismo* (1915/1996), das quais destacamos, de forma bastante resumida, o eu como objeto de investimento libidinal e a dimensão imaginária do amor. A psicanálise considera o amor de transferência, sob a forma de uma produção inconsciente, uma nova forma de sintoma dirigida ao analista. E, como sintoma, Freud chama a atenção para a satisfação que o paciente extrai do tratamento, levando-o a afirmar que este deve se dar em abstinência, como veremos mais adiante.

Freud escreve que a transferência evoca um fragmento de vida real e instaura uma doença artificial que substitui a neurose ordinária. (FREUD, 1914/1996,p.170) Aqui não se trata mais de conceber a transferência como uma “falsa ligação” como ele pensava na época dos “ Estudos sobre a histeria” (1893/1996) . Isso fica evidente quando Freud aborda o amor transferencial e coloca que este não é menos autêntico que outros estados amorosos, pois apesar do amor transferencial constar da reedição de amores infantis, este seria o caráter essencial de todo enamoramento. O analista é objeto de amor, um objeto idealizado (super valorizado) que, como podemos ler no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (FREUD, 1915/1996,p.107):“pode ser empregado para satisfação substitutiva onde a satisfação narcísica encontrou reais entraves”. O objeto amoroso está comprometido com a satisfação pulsional, sob a forma de satisfação narcísica. Por isso Freud vai insistir tanto em afirmar que o tratamento deve ocorrer na abstinência, ou seja, mantendo insatisfeita a exigência de satisfação amorosa demandada pelo paciente. Essa é a principal regra do manejo da transferência, pois ela incide diretamente sobre a forma de satisfação pulsional que persiste, a despeito dos prejuízos que ela possa trazer ao sujeito. O analista não recusa este amor, mas também não satisfaz as exigências amorosas, assim como, não busca sua própria satisfação nesta relação.

O que há de importante no amor transferencial é que, ao mesmo tempo que ele é necessário, também se apresenta como resistência ao tratamento. Esta resistência indica que no amor retorna algo do recalcado que não pode ser dito e a repetição testemunha que toda relação amorosa busca retomar uma satisfação perdida, por mais estranhos que pareçam os caminhos que ela percorra. É através deste amor dirigido ao analista que ele tem acesso ao reprimido, à história das escolhas objetais do paciente, que se repete na transferência.

De acordo com Freud (1914/1996), somente no terreno da transferência o que não é possível de ser colocado em palavras é colocado em ato pelo paciente, e diante de uma manobra do analista pode ser trazido para o campo da palavra. Isto exige do paciente um trabalho, um tempo de elaboração. A análise então só começa quando o inconsciente é colocado em ato na transferência e é no seu manejo que reside o principal instrumento para transformar a compulsão do paciente a repetir num motivo para recordar.

Admitimo-la à transferência como um playground no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a instintos patogênicos, que se acha oculto na mente do paciente. Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose por uma 'neurose de transferência', da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico (Freud, 1914, p. 169).

Observa-se aqui a transformação do sintoma em neurose de transferência, dirigido ao analista e que o possibilita realizar sua intervenção. A partir do que o paciente coloca em ato na transferência e da resposta que o analista dá a essa atuação, ou seja, o manejo da transferência, aparece a possibilidade do paciente elaborar algo que se apresentava, inicialmente, apenas em ato. Isto é o que define a especificidade da psicanálise em relação às psicoterapias: a direção do tratamento está no manejo da situação transferencial e não apenas na interpretação do material recalcado reproduzido na transferência.

Segundo essas considerações a respeito da transferência, verificamos que só é possível tratar os sintomas quando se estabelece uma neurose de transferência, ou seja, quando a doença do paciente se situa no campo transferencial. Para tal, é necessário que o paciente dirija para o analista um desejo de saber, um endereçamento. Neste texto, Freud faz uma positivação da resistência, no sentido de que ela não deve ser eliminada, e sim estar presente para colocar o paciente em trabalho. Daí podemos concluir que não existe análise sem resistência. A elaboração desta resistência não teria como objetivo principal eliminá-la, mas atravessá-la. Freud aponta para algo que é impossível de rememorar, mas que, ao mesmo tempo, indica que um esforço deve ser feito nesse sentido, não se tratando de um limite a superar, mas de uma exigência do próprio método.

A elaboração, nesse sentido, não é trabalhar para eliminar a resistência, mas trabalhar, apesar e por causa da resistência. Afirma ainda que, é somente quando a resistência está em seu auge que se pode, juntamente com o paciente, descobrir as moções pulsionais recalçadas que a

alimentam e de cuja existência o paciente pode se convencer ao viver essa experiência. Ele insiste na importância dessa aquisição de um saber pela experiência vivida em oposição à artificialidade da “experiência de laboratório” à qual ele atribui o método hipnótico. Volta à questão das comunicações que o analista faz ao paciente, reafirmando que nenhuma mudança se produz a partir deste saber. É preciso que o paciente elabore, insiste, a partir da experiência. É esta resistência de ordem pulsional, resistência do isso, que torna necessário o trabalho dito de perlaboração.

Veremos, mais adiante, que, na medida em que avança em sua clínica, Freud é confrontado com os limites e com as possibilidades desse recobrimento do fator pulsional. No entanto, mesmo reconhecendo essas limitações, ele não se exime nem de examinar, nem de reformular sua teoria, considerando cada vez mais a radicalidade deste fator pulsional, tema que nos interessa sobremaneira nesta pesquisa e que ele desenvolve melhor a partir de 1920.

Mesmo imbuído do objetivo de trabalhar apesar da resistência e de propor que o tratamento se dê pela via da elaboração, nem sempre o *agieren* constitui motivo para o paciente rememorar e o terreno da transferência permanece submetido à resistência. Assim, Freud é levado a interrogar, a um só tempo, a transferência e a resistência. Percebe que, de fato, se a resistência à análise revela que o paciente pode não se satisfazer com seu prazer é porque esse prazer depende de um mais além, ao qual continua submetido. A descoberta freudiana de um além do princípio do prazer, a descoberta da pulsão de morte, acompanha a implementação de uma série de conceitos que revelam a Freud que o paciente pode agir contra si mesmo, ao menos contra aquilo que parece ser seu interesse imediato.

Freud se depara com obstáculos durante a análise de alguns pacientes que o fazem conjecturar que, em parte, o paciente não deseja ficar curado e que, na verdade, ele resiste ao tratamento. Em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (Freud, 1919[1918]/1996), expressa uma mudança de posição frente ao tratamento psicanalítico. Neste texto, afirma com muita veemência que a atividade do analista deve se opor de forma bastante enérgica a satisfações substitutivas prematuras, pois o paciente procura as suas satisfações substitutivas sobretudo no próprio tratamento, em seu relacionamento transferencial com o médico, devendo a análise seguir em estado de privação, de abstinência. O próprio tratamento, como apontamos acima, torna-se uma nova forma de satisfação substitutiva através da relação transferencial com o analista. Freud lembra-nos que foi uma frustração que tornou o paciente doente e que seus

sintomas servem-lhe de satisfações substitutivas. Observa que, à medida em que o paciente melhora, diminui a força pulsional que o impele para a recuperação. Ele sinaliza que esta força é essencial para o nosso trabalho e que devemos, por mais cruel que possa parecer, cuidar para que o sofrimento do paciente não termine prematuramente. Sobre esta questão, Freud escreve:

Se, devido ao fato de que os sintomas foram afastados e perderam seu valor, seu sofrimento se atenua, devemos restabelecê-lo alhures, sob a forma de alguma privação apreciável; de outro modo, corremos o perigo de jamais conseguir senão melhoras insignificantes e transitórias (Freud, 1919, p.176).

Freud, adiante no mesmo texto, diz que o paciente parcialmente recuperado pode aproveitar parte de sua libido agora disponível para empregá-las em busca de satisfações substitutivas nas mais diversas atividades, preferências e hábitos, no lugar de empregá-la em seu tratamento. Observamos como é freqüente que nossos pacientes, diante de uma pequena melhora ou alívio com o início da análise, manifestem o desejo de interromper o tratamento, alegando que já estão “bem”.

Porém, acrescenta Freud, antecipando questões que desenvolverá mais adiante, o paciente “meio” recuperado pode empreender-se em caminhos menos inofensivos que satisfazem particularmente o sentimento de culpa (necessidade de punição), o que faz com que muitos pacientes se apeguem tão rapidamente às suas neuroses.

Segundo Cosentino (1992), Freud deixa em aberto neste texto de 1919, *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, a reação terapêutica negativa e o masoquismo primário, ou seja, aquilo que se satisfaz de maneira muito acirrada ao sintoma e que o levará a analisar os obstáculos que impedem a cura no tratamento analítico.

Retomando o texto *Além do princípio do prazer* (1920/1996), no terceiro capítulo, Freud volta a examinar a compulsão à repetição na transferência. Já em *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1996), ele havia se perguntado sobre o que leva o sujeito a insistir em certos traços ou comportamentos desfavoráveis. Perguntava-se como isso se relaciona com a economia psíquica. Mas, é somente em *Além do princípio do prazer* que Freud nos apresenta uma hipótese teórica para esta questão.

Até *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1996), Freud parece acreditar que vencidas as resistências, o caminho para a reconstituição da história do sujeito estaria livre. Em *Além do princípio do prazer*, ele está muito mais cético quanto à possibilidade de que o analista possa

impedir a repetição, apressando-se em apontar as resistências. O que antes parecia dizer respeito a uma escolha da forma de retorno do recalado – em vez da rememoração a atuação na transferência – passa a ser considerado um constrangimento (*Zwang*), pois o paciente é “obrigado a repetir o recalado como se fosse uma experiência do presente” (Freud, 1920/1996, p. 29).

Em seguida, Freud introduz uma diferença importante no que diz respeito à resistência. Escreve que, para compreendermos a “compulsão à repetição” que surge durante o tratamento psicanalítico dos neuróticos, temos de nos livrar da noção equivocada de que aquilo que estamos lidando, em nossa luta contra as resistências, seja uma resistência por parte do reprimido; na verdade, esta resistência provém do Eu. Neste momento, Freud nos apresenta que a resistência com a qual o tratamento tem que lidar não provém do recalado, mas do Eu. Neste ponto, ele faz traz uma diferença entre o inconsciente e o reprimido, admitindo que as resistências que provêm do Eu podem ser inconscientes em seu sentido dinâmico, o que não é a mesma coisa que dizer que fazem parte do reprimido inconsciente. Algumas representações ligadas ao Eu podem torna-se inconscientes, como os motivos para a resistência, sem que façam parte integrante do recalado.

Freud chama a atenção para o fato de que o reprimido não faz outra coisa senão se esforçar para irromper a pressão que sobre ele pesa e abrir caminho à consciência ou a uma descarga por meio de alguma ação real. Dito isto, conclui-se que a compulsão à repetição deve ser atribuída ao reprimido inconsciente enquanto que as resistências originam-se no Eu.

Por sua vez, a compulsão a repetir na análise supõe um afrouxamento da força que mantém o recalado e isso é resultado do próprio trabalho da análise. A resistência do Eu frente ao reprimido atende ao princípio do prazer, na medida em que este encontro com o recalado causaria desprazer no Eu e, na tentativa de evitar este encontro – o desprazer – ele prefere o sintoma. O fato de o recalado, ou de seu retorno, trazer desprazer ao Eu não é suficiente para contradizer o princípio do prazer, pois, desde *A interpretação dos sonhos* (1900/1996), Freud havia demonstrado que o que causa desprazer em uma instância pode causar prazer em outra. O que há de novo e de notável na compulsão a repetir na transferência é que ela traz de volta vivências do passado que não contêm nenhuma possibilidade de prazer, mesmo para as moções pulsionais anteriormente recaladas.

Para explicar isso, Freud vai dizer que as experiências repetidas na transferência dizem respeito àquelas que causaram feridas narcísicas: a perda do amor ou os fracassos vividos pela criança no abandono do narcisismo primário. Segundo ele, tudo o que remete às cicatrizes narcísicas é sentido como desprazer, mesmo na forma de lembranças ou no sonho.

Questiona-se, então, porque essas experiências retornam como novas, causando um desprazer ainda maior sob a pressão de uma compulsão a repetir. Que economia é essa que não economiza em desprazer?

Do mesmo modo que os sonhos da neurose de acidente produzem um novo susto experimentado com desprazer, também a repetição na esfera transferencial traz novas experiências que fazem aparecer a ferida narcísica e causam desprazer. O fracasso do narcisismo, retornando nas novas experiências, contabiliza um desprazer maior. Afinal, pergunta Freud, o que está em jogo na compulsão? A resposta que fornece para esta questão é a de que ela se constitui em uma atividade natural das pulsões destinadas a trazer satisfação, mas como nenhuma lição foi aprendida da antiga experiência de que essas atividades, ao contrário, conduziram apenas ao desprazer, elas são então repetidas sob a pressão de uma compulsão (Freud, 1920/1996, p. 32).

Com esta resposta, Freud aponta que as pulsões buscam satisfação, independente de qualquer experiência anterior de desprazer. No nível da pulsão, não há aprendizagem. A pulsão não trabalha para o equilíbrio psíquico ou para a boa adaptação, como supõe o princípio do prazer, e sim pela sua própria satisfação. Ela é, na verdade, o contrário do conhecimento suposto do instinto, como Freud já havia assinalado em *Pulsão e seus destinos* (1915/1996). Portanto, na pulsão, não está em jogo uma aprendizagem ou um saber aprendido, mas tão somente a busca pela satisfação.

A repetição tem, portanto, um predicado pulsional e apresenta-se na forma de uma compulsão. Entretanto, a repetição de fracassos amorosos não é privilégio dos neuróticos em análise. Estende-se amplamente na vida das pessoas, dando a impressão de que suas vidas estão marcadas por um destino maligno. Segundo Freud, aí se expressa a mesma compulsão, embora essas pessoas nunca tenham dado sinais de que lidam com um conflito neurótico pela produção de sintomas. Chama-lhe mais a atenção os casos em que “esta perpétua recorrência da mesma coisa” (Freud, 1920/1996) se dá também nos casos em que o sujeito parece ter uma experiência passiva, sobre a qual não possui influência, mas nos quais se depara com uma repetição da

mesma fatalidade. É o caso, por exemplo, da mulher que casa sucessivamente com três maridos e cada um deles cai doente e demanda seus cuidados até a morte.

Freud admite, então, a existência de uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer, que está presente na transferência e também na história de homens e mulheres. Deste modo, o sonho da neurose traumática e o impulso a brincar que, considerados separadamente, não constituíam evidência suficiente da presença no psiquismo de algo além do princípio do prazer, estariam agora também relacionados à essa compulsão.

Contudo, Freud argumenta que não seria fácil encontrarmos nos eixos acima analisados – o brincar, a transferência e os sonhos – motivos puros da compulsão à repetição que não tenham alguma relação com o princípio do prazer. Ele ressalva apenas o sonho da neurose traumática, pois, nestes casos, ele não consegue explicar quais forças, em acordo com o princípio do prazer, poderiam justificar sua ocorrência. Freud, então, termina o capítulo admitindo que resta ainda como inexplicado algo que não se submete ao princípio do prazer e que insiste em retornar. Baseado nisso, ele supõe a existência de algo que parece mais primitivo, mais elementar e mais pulsional do que o princípio do prazer para justificar a hipótese de uma compulsão à repetição.

Mas, continua Freud, se uma compulsão à repetição opera realmente na mente, resta saber algo sobre ela, aprender a que função corresponde, sob que condições pode surgir e qual é sua relação com o princípio do prazer, ao qual até o momento ele atribuiu dominância sobre os processos de excitação na vida mental.

No próximo item, procuraremos nos debruçar sobre estas questões elaboradas por Freud na busca da origem da compulsão à repetição que se situa além do princípio do prazer.

3.6 – A SATISFAÇÃO ALÉM DO PRINCÍPIO DO PRAZER

Como o próprio Freud cita no início do capítulo IV de *Além do princípio do prazer* (1920/1996), o que se segue para fundamentar a origem da compulsão à repetição – e que será abordado neste item – é especulação. Contudo, a despeito deste fato, o que veremos a seguir tem sua importância simplesmente por ser uma tentativa de acompanhar uma idéia de forma sistemática, somente pela curiosidade de ver até onde ela nos levará. Neste caso, esta parte do

trabalho é um convite para irmos além do “mundo” razoavelmente conhecido, baseado no princípio do prazer e verificarmos aonde Freud chega ao conceber uma satisfação que se situa nesse além.

Segundo Lúcia Grossi Santos (2002), para responder a que função corresponde a compulsão à repetição e como esta se articula com o princípio do prazer, Freud dedica-se à gênese do aparelho psíquico. Trata-se de investigar um funcionamento mais originário, como anunciado na apresentação deste capítulo, para o qual aponta o predicado pulsional da repetição.

Ele parte do princípio de que a consciência não é o atributo mais universal dos processos mentais, e sim uma função especial deles. Ela consiste na função de um sistema que produz percepções a partir da excitação externa, além dos sentimentos de prazer e desprazer que sinalizam o aumento e a diminuição de excitação no interior. Freud acrescenta que a consciência possui a especificidade de não reter os traços mnêmicos produzidos pela percepção. Descreve o aparelho psíquico como uma vesícula viva, cuja característica mais geral seria a excitabilidade, e supõe que ela morreria se não tivesse um escudo protetor, pois seria invadida por um excesso de estímulos. Como resultado do impacto incessante de estímulos externos sobre a vesícula, sua superfície se modificaria, formando uma crosta que acabaria por ficar inteiramente “calcinada”. A idéia de Freud é que a superfície que entra em contato direto com o meio externo deixa de ter estrutura de matéria viva e “torna-se até certo ponto inorgânica”, funcionando assim como um envoltório protetor contra estímulos. “Através de sua morte, a camada exterior salvou todas as camadas mais profundas de um destino semelhante” (Freud, 1920/1996, p. 38).

Freud nos diz que essa função de proteção é mais importante para o organismo vivo do que a de receber estímulos. Os órgãos do sentido estariam equipados para a proteção contra estímulos e funcionariam como tentáculos enviados ao mundo externo para experimentá-lo.

Assim, a consciência estaria situada nessa camada que se tornou “calcinada”, mas por meio dos órgãos do sentido que funcionam como tentáculos, sua função continua a ser de receber estímulos, ainda que de forma amortecida, deixando passar a excitação que deixa marcas na camada mais profunda.

No entanto, apesar da vesícula estar provida deste escudo protetor contra os estímulos provenientes do mundo externo, ela também recebe estímulos de dentro do organismo. Freud afirma que a diferença entre as condições que regem a recepção de excitações nos dois casos, de fora ou do interior do organismo, têm efeito decisivo sobre o funcionamento do aparelho mental.

No sentido do interior, não há escudo protetor, as excitações provindas das camadas mais profundas estendem-se para o sistema diretamente e em quantidade não reduzida até o ponto em que algumas de suas características dão origem a sentimentos da série prazer-desprazer. Para lidar com este sentimento de desprazer causado pelo excesso de excitação proveniente do interior, o recurso utilizado pela vesícula seria a projeção, tratando o que vem de dentro como se viesse de fora, para que o escudo protetor possa atuar.

Entretanto, existem determinadas situações denominadas traumáticas, nas quais o escudo protetor que, como supõe Freud, funciona a favor do princípio do prazer, rompe-se, provocando a inundação do aparelho por grandes excitações. Esta invasão provoca um desequilíbrio no aparelho e coloca em movimento todas as medidas defensivas possíveis e, segundo Freud, o princípio do prazer é momentaneamente posto fora de ação. “Não há mais como evitar que o aparelho seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, surge outro problema, o de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar” (Freud, 1920/1996, p. 40).

A ligação é a transformação do processo primário em secundário mediante a qual a energia livremente móvel deve se tornar ligada. Freud considera a neurose traumática como conseqüência de uma grande ruptura que foi causada no escudo protetor contra os estímulos. O que se produz no trauma é o aumento brusco da energia que circula livremente. O susto indica a falta de preparação de angústia, o que evidencia a ausência de hiperinvestimento dos sistemas receptivos que são, segundo Freud, “a última linha de defesa do escudo protetor” (Freud, 1920/1996, p. 42).

A angústia seria, então, uma forma de preparo, de defesa e o sonho traumático que, como já foi dito, não está a serviço do princípio do prazer, demonstra a tentativa de desenvolver a angústia, cuja ausência resultou no trauma. Essa função é anterior ao princípio do prazer.

Segundo Santos (2002), é penoso para Freud constatar uma falha na tão bem acabada teoria do sonho como realização de desejo. No entanto, ele não recua em admitir que a compulsão à repetição presente nos sonhos traumáticos aponte para outra tarefa mais elementar, sem a qual não há possibilidade de se falar em realização de desejo e de dominância do princípio do prazer. Esta tarefa está relacionada ao domínio das excitações livres e para a qual a angústia constitui uma preparação; é um sinal do hiperinvestimento dos sistemas receptivos, o que significa um aumento da energia ligada.

Com isto, Freud aponta para uma tarefa anterior, ou melhor, mais premente que o princípio do prazer: o aparelho precisa, antes de tudo, concentrar-se para dominar o excesso de excitação que o invade. O trabalho de ligar é o mais primário e comporta uma paralisação do princípio do prazer. Como o sonho traumático exemplifica, caracteriza-se por uma situação de susto em que falta o alerta próprio da angústia. O princípio do prazer só é restabelecido após o processo de ligação.

Dando prosseguimento ao seu raciocínio, Freud inicia o quinto capítulo de *Além do princípio do prazer* (1920) falando da preponderância das pulsões como fator econômico, comparando-as às neuroses traumáticas. As pulsões equivalem ao trauma. As excitações internas que provêm das monções pulsionais não encontram pela frente um escudo protetor, provocando, com frequência, um excesso traumático ao aparelho. Da mesma forma que o trauma, as pulsões referem-se à quantidade livremente móvel, ou seja, ao processo primário. Assim como o excesso de estímulo vindo do exterior é capaz de provocar um trauma, a pulsão é capaz de fazer furo no aparelho e será com ela que este terá que lidar, pois nenhuma ação de fuga contra ela é eficaz, uma vez que ela incide de dentro e não de fora. Sobre o encadeamento do raciocínio freudiano, Santos diz:

É preciso entender aqui o encadeamento do raciocínio freudiano. Ele começa pela constatação de que a repetição no sonho do mesmo trauma indica a não sujeição do processo primário ao secundário. Argumenta que a pulsão, por não encontrar pela frente um escudo protetor, é potencialmente traumática. Conclui, então, que a compulsão à repetição tem um caráter pulsional. Por apresentar-se como uma força em oposição ao princípio do prazer, com frequência dá a impressão de que se encontra em ação uma força demoníaca (Santos, 2002, p.109).

Tanto no sonho, na transferência, como no jogo infantil aparece essa força demoníaca; no entanto, somente neste último ela é dominada, fazendo surgir o princípio do prazer. Freud relembra que, diferentemente do jogo, a compulsão à repetição na transferência dos acontecimentos da infância evidentemente despreza o princípio do prazer. Sobre a compulsão manifesta no tratamento, Freud comenta:

O paciente comporta-se de modo puramente infantil e assim nos mostra que os traços de memória reprimidos de suas experiências primevas não se encontram presentes nele em estado de sujeição, mostrando-se elas, na verdade, em certo sentido, incapazes de obedecer ao processo secundário (Freud, 1920, p. 47).

Para Freud, o fato dessas experiências primevas não estarem sujeitadas, isto é, ligadas, é o que justifica sua capacidade de formar, em conjunção com os restos diurnos, uma fantasia de desejo que surge no sonho. Essa mesma compulsão à repetição aparece como obstáculo ao tratamento, quando, ao fim da análise, tentamos induzir o paciente a desligar-se do analista, pois existe uma satisfação nesta repetição da qual o paciente não quer abrir mão. A pulsão reprimida nunca deixa de esforçar-se na busca de uma satisfação completa, o que consistiria “na repetição de uma experiência primária de satisfação” (Freud, 1920/1996, p. 52). A formação do sintoma seria um dos efeitos dessa pressão pulsional no sentido da satisfação. No entanto, não são suficientes para remover a tensão persistente da pulsão reprimida. Sendo a diferença entre o prazer da satisfação exigida e a alcançada, o fator impulsionador que não permite parada em nenhuma das posições alcançadas, resta à pulsão pressionar na direção em que o caminho está livre.

Concluindo que a pulsão é a força que sustenta a repetição, resta a Freud esclarecer qual a relação entre a pulsão e a compulsão à repetição, ou seja, por que a pulsão repete? Freud responde a esta pergunta da seguinte forma:

Parece, então que um instinto que é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma espécie de elasticidade orgânica, ou para dizê-lo de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica (Freud, 1920, p. 47).

Neste momento, Freud introduz a pulsão de morte como um impulso no sentido da conservação do estado anterior em que repousava a substância, tendo como tarefa conduzir a vida orgânica de volta ao estado inanimado. É a repetição que vai servir de fundamento para a explicação da pulsão de morte “[...] parecendo ser mais primitiva do que o intuito de obter prazer e evitar desprazer” (1920) e que se expressa pela compulsão à repetição. Com a hipótese da pulsão de morte, Freud encontra a resposta para justificar a compulsão à repetição. O que se repete é o mais arcaico, o estado inicial do qual o organismo se afastou por exigência de fatores externos: o inorgânico. Sua atuação, no entanto, é silenciosa e por isso de certo modo inacessível à observação, mostrando-se apenas a partir de sua associação com Eros. O par sadismo-masochismo servirá de base para a análise da fusão dessas duas pulsões, como veremos mais adiante.

Em contraposição a esta força estariam as pulsões de vida que, como o próprio nome sugere, esforçam-se para manter e prolongar a vida. Neste esforço em manter a vida, Eros encontra, através do sadismo, a forma de expulsar para fora do eu uma tendência mais primitiva que visa sua aniquilação. A pulsão de vida passa a incluir tanto as pulsões sexuais desinibidas quanto as inibidas, como também as pulsões de autoconservação (pulsões do eu) atribuídas ao ego.

No primeiro dualismo pulsional, apresentado por Freud em *A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise* (1910/1996), estas pulsões de autoconservação provenientes do ego estavam colocadas em contraposição às pulsões sexuais. Até 1914, antes de introduzir o narcisismo, Freud defende a idéia de que apenas as pulsões sexuais têm por energia a libido; as pulsões de autoconservação, ou do eu, seriam não-libidinais e visavam apenas a conservação do indivíduo. Na pulsão sexual incluem-se as pulsões parciais e a sexualidade infantil (perversa e polimorfa). Como vimos no capítulo anterior, os sintomas se formavam em decorrência de conflitos entre esses dois oponentes, uma vez que os objetivos das pulsões sexuais eram perturbados ou não admitidos pelos interesses das pulsões do eu. Com a introdução do narcisismo (1914), isto se problematiza, uma vez que o ego também passa a ser considerado como objeto de investimento libidinal. Mediante esta constatação, não havia como diferenciar a libido objetal da libido do ego, tanto num caso como no outro trata-se de libido, portanto, de pulsões sexuais. Apesar do narcisismo ameaçar a sustentação das hipóteses freudianas, este dualismo pulsional foi mantido até 1920 quando, com a introdução da pulsão de morte, estabelece-se um segundo dualismo pulsional: pulsões de vida x pulsão de morte. A partir de então, Freud se esforça para comprovar tanto a existência da pulsão de morte como para diferenciá-la da pulsão de vida.

Por outro lado, apesar de Freud considerar, num sentido estrito da palavra, ambas as pulsões como conservadoras – visto que estariam se esforçando para restabelecer um estado de coisas que foi perturbado pelo surgimento da vida – Eros, a pulsão de vida, seria responsável pela continuação da vida, enquanto a pulsão de morte se esforça no sentido de retornar ao inorgânico (Freud, 1923/1996, p.53).

Freud pressupõe que as pulsões se fundem, se misturam e se ligam uma à outra. As pulsões de vida, representadas pelas pulsões sexuais, são ruidosas e fáceis de observar, enquanto que a de morte é silenciosa, encontrando sua visibilidade apenas em sua porção que se volta para

fora e que é reconhecida no sadismo. O sadismo e o masoquismo representam o exemplo da mistura dessas duas classes de pulsões. Para a satisfação da pulsão sexual, algo da pulsão de destruição, de domínio, é colocado em ação. É Eros que se apropria da pulsão de morte para colocar em prática seus objetivos.

No entanto, existem situações em que a pulsão de morte permanece dissociada de Eros, elas não possuem a mesma plasticidade, só admitindo atenuações ou gradações em sua tendência uniforme. No masoquismo, por exemplo, se colocarmos de lado seu componente erótico, encontramos uma tendência que tem por objetivo a pura destruição. Na clínica, também observamos situações extremas em que apenas a pulsão de morte está operando, como nas compulsões alimentares ou na toxicomania.

Segundo Santos (2002), é por meio da análise do sadismo que Freud constata a presença no Eu de outras forças além das sexuais. Ele observa que a função de domínio e destruição recai sobre o mesmo objeto de investimento libidinal. Se o Eu é o primeiro objeto de investimento da libido, por que não seria também o objeto primordial da pulsão de morte? Deste modo, Freud está propondo a idéia de um masoquismo primário, hipótese que será amplamente desenvolvida no texto de 1924, *O problema econômico do masoquismo*.

Enfim, no sétimo e último capítulo de *Além do princípio do prazer*, Freud retorna ao que já havia enunciado no início do texto e redefine o princípio do prazer, concebendo-o como uma tendência que opera a serviço de uma função: conservar uma quantidade de excitação constante evitando o desprazer. Só que esta tendência só é alcançada por aproximação, caso contrário, consistiria, em última instância, na liberação completa da excitação, extinguindo o aparelho. Surge então um paradoxo, pois, em outras palavras, o princípio do prazer buscaria retornar ao estado inorgânico e estaria a serviço da pulsão de morte. Aqui temos a impressão de que princípio do prazer e o além do princípio do prazer se misturam de tal forma que parecem ser da mesma ordem, buscando o mesmo fim: remover a tensão. Só mais adiante, ao diferenciar o princípio do prazer do princípio do Nirvana, Freud aproximará este último à pulsão de morte, enquanto o princípio do prazer representará as exigências da libido. Neste capítulo, Freud relaciona o princípio do prazer à defesa, pois ele estaria de guarda contra os perigos externos, porém aparece como vigia particularmente do aumento dos estímulos endógenos.

Diante disto, podemos concluir que este texto de 1920 não diz respeito à destituição do princípio do prazer, mas de estabelecê-lo segundo outro ponto de vista. De acordo com Vidal :

Tratar-se-ia de escrever o princípio com seu além; o que não supõe completá-lo daquilo sempre excluído, senão operar com o além a torção topológica que resulte numa passagem de estrutura. A preposição **jenseits**, cuja regência é o genitivo, pode ser traduzida como "no outro lado, na outra margem" e também "além de", na acepção de "para lá de". Mais do que indicar ultrapassagem, **jenseits** aponta para algo fora do domínio, e necessário para a demarcação (Vidal, 1990, p. 22).

Dado este passo além, os textos que seguem a teorização freudiana pós 1920 representam um momento em que as hipóteses de pulsão de morte e de um funcionamento além do princípio do prazer já se encontram incorporadas a suas elaborações e servem para comprovar e demonstrar a existência desta pulsão que possui caráter tão peculiar. Questões levantadas no final de *Além do princípio do prazer* serão mais bem explicadas em *O problema econômico do masoquismo*, de 1924.

Freud inicia este texto de 1924 afirmando que, do ponto de vista econômico, torna-se enigmática a existência de uma tendência masoquista na vida pulsional. Ele interroga a coexistência do princípio do prazer e esta tendência pulsional que tem o sofrimento e o desprazer como alvo. Uma vez que os processos mentais são governados pelo princípio do prazer – que tem como objetivo evitar o desprazer e buscar o prazer – a existência do masoquismo é incompreensível. O masoquismo apresenta-se como um fenômeno em que o princípio do prazer está fora de ação, ajudando-nos a compreender a satisfação além do prazer. Freud apresenta o problema da seguinte forma: “Se o sofrimento e o desprazer podem não ser simplesmente advertências, mas, em realidade, objetivos, o princípio do prazer é paralisado – é como se o vigia de nossa vida mental fosse colocado fora de ação por uma droga” (Freud, 1924/1996, p. 177). Freud coloca em cena no masoquismo aquela forma de funcionamento mais elementar que procurava na compulsão à repetição e admite que nestas situações o princípio do prazer está fora de ação.

Ele retoma então à questão dos princípios econômicos e propõe uma diferenciação entre o “princípio de Nirvana” e o “princípio do prazer” (1924/1996). O “princípio de Nirvana” estaria a serviço da pulsão de morte e teria sofrido nos organismos vivos uma modificação através da qual se tornou o “princípio do prazer”. A força responsável por essa modificação é atribuída por ele às pulsões de vida, à libido que, lado a lado com a pulsão de morte, apoderou-se de uma cota na regulação dos processos da vida. O princípio do prazer, por sua vez, também é transformado, por influência do meio externo, em princípio da realidade.

Para Freud, nenhum dos três princípios é colocado fora de ação pelo outro, ou seja, um não exclui o outro. O objetivo deles é o mesmo: a diminuição da tensão interna do aparelho. O que os distingue é a forma de funcionamento e, a partir deste momento, ele irá problematizar o conceito de prazer que antes estava relacionado apenas à diminuição de tensão. O princípio de Nirvana estaria relacionado à redução quantitativa da carga de estímulo e seu pleno estabelecimento coincidiria com a ausência de funcionamento, pois em última instância o que ele visa é reduzir a tensão a zero. Já no princípio do prazer, Freud introduz sua relação com os aspectos qualitativos dos estímulos ao ritmo das elevações e quedas na quantidade dos mesmos. Freud constata que o princípio do prazer tolera algum aumento de tensão, como é o caso do estado de excitação sexual, em que o aumento de tensão é sentido como prazeroso. A respeito dessa diferenciação, Santos comenta:

Agora que o princípio do prazer não representa mais o funcionamento primário, ele também vai estar relacionado à tolerância de tensão (a ligação de energia livremente móvel) e a regulação temporal (o ritmo) nos aumentos e diminuições de tensão (Santos, 2002, p. 116).

Esta autora acrescenta que, sem este ritmo colocado pelo princípio do prazer, o aparelho funciona numa perigosa “arritmia”, chegando muito perto de uma impossibilidade de funcionar. Por isso, Freud afirma que o princípio do prazer é o vigia de nossa vida. Se a idéia de ritmo pode evocar o sentido de uma repetição cíclica, esta autora adverte que este não é o sentido da repetição freudiana que, ao contrário, testemunha muito mais a arritmia, o desregramento, a busca de retorno ao que não era. O masoquismo constitui a expressão deste desregramento e uma grande ameaça à vida, algo muito além da homeostase pretendida pelo princípio do prazer. Nesses termos, a compulsão a repetir é tributária da pulsão de morte, mesmo que a ela se acrescente a obtenção de prazer, como no jogo ou na transferência.

Assim, tanto a compulsão a repetir na transferência ou no jogo quanto o masoquismo representam experiências nas quais encontramos um forte acento na dor ou no sofrimento, o que nos faz perguntar sobre a natureza destes desejos. Estas experiências constituem a prova de que o funcionamento psíquico não é totalmente recoberto pelo princípio do prazer e explicam que o paciente pode se satisfazer com seus sintomas, por mais estranho ou mesmo perigoso que isto possa ser. Os casos de compulsão alimentar ou por drogas são exemplos clássicos de excesso na

busca desregrada da satisfação, que nunca alcançada, coloca o sujeito na direção da própria morte.

O masoquismo sempre se apresentou como questão para Freud, questão que reaparece em momentos diferentes de sua obra, mas que vai ganhar uma versão mais satisfatória a partir da introdução do conceito de pulsão de morte. Antes de ser postulado como originário, o masoquismo era tido como secundário ao sadismo. Neste momento de sua teorização, pós 1920, o masoquismo passa a ser pensado sobre novas bases, uma vez que a sua economia questiona a hegemonia do princípio do prazer como lei que dominasse integralmente os processos psíquicos.

No texto de 1924, Freud apresenta o masoquismo sob três configurações: o erógeno, o feminino e o moral. Dentre elas iremos nos ater ao masoquismo moral por ser aquele que se relaciona com a reação terapêutica negativa, tema que nos interessa por nos remeter à fixidez do sintoma.

O masoquismo moral é aquele que condena o sujeito a se comportar na vida de modo que ela lhe cause danos, fracassos e inflija penas e sofrimentos. Foi em sua prática analítica que Freud observou que, em alguns pacientes, o masoquismo moral trabalha de tal forma que o paciente reage a cada resolução de um sintoma neurótico pela agravação de seu sofrimento, no lugar de uma melhora; enfim, ele deve mostrar o que Freud chama uma “reação terapêutica negativa” (Freud, 1923/1996, p. 62). Segundo Freud, este masoquismo se afasta dos anseios de Eros, sendo o próprio sofrimento o que interessa, não lhe importando se este sofrimento é imposto pela pessoa amada ou por qualquer outra e podendo, inclusive, ser causado por poderes ou circunstâncias impessoais: “o verdadeiro masoquista sempre oferece a face onde quer que tenha oportunidade de receber um golpe” (Freud, 1924/1996, p. 183), o importante é que o paciente garanta, com o sofrimento, a satisfação dos sentimentos inconscientes de culpa.

Este tipo de masoquismo, que se apresenta na análise como reação terapêutica negativa, significa que o sujeito mantém uma oposição ao trabalho analítico, ou seja, um repúdio à “cura”. Nestes casos, o paciente não pode abrir mão do sofrimento que lhe impõe sua neurose, pois este está a serviço da finalidade masoquista.

O sofrimento que a neurose traz consigo é exatamente o que a torna valiosa para a tendência masoquista. Freud acrescenta que, em alguns casos, uma grave neurose pode ser, inclusive, substituída por uma doença orgânica perigosa ou um casamento infeliz, indicando que

houve substituição de um sofrimento por outro e que o que importava era manter um determinado grau de sofrimento.

A satisfação do sentimento de culpa inconsciente constitui o lucro que auferi a doença, algo de uma satisfação a mais, e representa um obstáculo ao tratamento ainda mais enigmático que as resistências do Eu, pois, devido a seu caráter fortemente pulsional, apresenta-se como o maior perigo ao êxito do tratamento. Essa necessidade de punição constitui um dos piores inimigos do esforço terapêutico e, apesar dos progressos na compreensão das razões inconscientes do sintoma, o tratamento pode fracassar.

Apenas com o objetivo de indicar a sua origem, ponto que certamente mereceria uma discussão mais ampla que extrapola os limites deste trabalho, indicamos que o masoquismo moral está estreitamente relacionado aos imperativos do supereu e a suas exigências desmedidas. Na relação eu-supereu impõe-se uma satisfação pelo castigo e sofrimento. A necessidade de punição corresponde a uma tensão entre o eu e o supereu; o supereu (que é nossa consciência moral) pune o eu retomando por essa via o papel anteriormente desempenhado pelos pais para a criança, com suas interdições e exigências. Por vezes, no entanto, ele pode ser mais exigente, mais severo, mais feroz do que realmente foram as pessoas encarregadas de sua educação. Esta severidade nada mais é do que a agressividade que a criança não expressa e que retorna como masoquismo secundário; no entanto, uma parte desta agressividade é tomada pelo supereu, que passa a se comportar de forma sádica em relação ao eu. Diante do supereu, o eu deve mostrar-se masoquista e prestar-se complacentemente aos castigos e torturas impingidos por aquela instância.

Por se tratar de um sentimento “inconsciente” de culpa, nestes casos o paciente recusa-se a fazer a ligação entre seu sofrimento e um sentimento de culpa, melhor dizendo, entre seu sofrimento e uma necessidade de punição. Segundo Vidal, esta culpa reflete o que aconteceu ao neurótico com seu desejo. O termo “moral”, segundo este autor, deveria alertar-nos de que o combate compromete uma dimensão ética. “O neurótico é aquele que cede sobre seu desejo mantendo-se aferrado à comodidade que seu fantasma lhe brinda. Covardia moral de quem se resguarda da castração e goza com sua impotência” (Vidal,1990, p. 141).

Freud nos adverte a distinguir a reação terapêutica negativa de uma atitude de desafio para com o analista ou de fixação das diversas formas de ganhos, os chamados ganhos secundários da doença. Ele acentua o caráter inconsciente do masoquismo: há um eu que

demanda castigo. Não só de ideal se compõe o mandato do supereu; retorna nele a causa de desejo rejeitada. Essa demanda remete à relação com o pai poderoso, relacionada ao fantasma de espancamento e da relação sexual passiva com ele. Isto é o que Freud aponta como o “sentido oculto” do masoquismo moral; a ressexualização da moralidade leva à regressão, da moral ao complexo de Édipo que, segundo Freud: “[...] não é vantajoso nem para a moralidade nem para a pessoa interessada” (1924/1996, p. 187).

Paralelamente, a instância moral se instala no supereu e se manifesta como um sadismo ao qual o eu se submete. Paradoxalmente, o masoquismo moral pode enfraquecer o sentido moral e levar o indivíduo a infrações e delitos que visam tanto à punição da consciência moral sádica quanto ao do destino como representante do pai, podendo até ocasionar danos à sua existência real.

Em um segundo tempo, o sadismo pode voltar-se contra a própria pessoa se ela não consegue direcionar para fora grande parte de seus componentes pulsionais destrutivos. É o que se chama masoquismo secundário. O retorno desta pulsão de destruição intensifica o sadismo do supereu em relação ao eu. Há, então, uma complementaridade entre o sadismo do supereu e o masoquismo do eu, da qual resulta um sentimento de culpabilidade e a exacerbação da consciência moral, tanto mais exigente quanto maior for a renúncia à agressividade.

Por proceder da pulsão de morte, por corresponder à parte da pulsão de destruição não projetada para fora e, ainda, por integrar um componente erótico, o masoquismo moral representa o enigma da destruição do indivíduo por si mesmo poder ser uma satisfação libidinal. Será esta a conclusão que Freud apresenta ao final de seu texto de 1924, em suas palavras: “No entanto, de vez que, por outro lado, ele tem a significação de um componente erótico, a própria destruição de si mesmo pelo indivíduo não pode se realizar sem uma satisfação libidinal” (Freud, 1924/1996, p. 188).

Será neste limite do indecifrável, neste encontro com algo inexorável, a pulsão de morte, que podemos situar a reação terapêutica negativa. Situação em que o paciente não resolve seu sofrimento e encontra-se, sem saber, fixado ao gozo masoquista. Este ponto duro que, por não ser decifrável, vai contra a terapêutica do deciframento. Há aí algo que sempre repete e que insiste a ser significante: a morte. Freud constata que o masoquismo primordial é decorrente da pulsão de morte que permaneceu dentro do organismo libidinalmente presa, que mostra com isso que a vida não quer sarar. A vida só pensa em morrer. Esta conclusão radical, a qual Freud chega

com a análise do masoquismo, aponta para a posição ética que ele toma frente ao que constata sobre as possibilidades da “natureza” humana. No entanto, apesar de sua constatação, Freud não recua frente a este encontro com o que, em termos lacanianos, podemos chamar de gozo, e que vai tomar uma dimensão ainda maior em sua teorização a partir de *Mal-estar na civilização*, de 1929, quando examinará a destrutividade pura, sem estar relacionada a Eros. Não cabe aos objetivos deste trabalho aprofundar as questões que são desenvolvidas por Freud neste texto de 1929; gostaríamos apenas de apontar que a questão da pulsão de morte, do masoquismo, é cada vez mais colocada por Freud como o grande obstáculo do processo analítico.

Para os fins de nossa pesquisa, interessa observar que Freud encontra a radicalidade de uma satisfação que se situa além dos limites antes por ele definidos no princípio do prazer, mas que, mesmo assim, ele não recua frente ao gozo, mesmo que este passo exija dele abrir mão do ideal e posicionar-se eticamente frente ao preconceito moral que governa o campo da realidade.

4.0 – CONCLUSÃO

O propósito deste trabalho foi o de situar a satisfação obtida através do sintoma ao longo da primeira e da segunda tópicas, de modo a que pudéssemos acompanhar o percurso realizado por Freud desde a concepção do sintoma como o substituto de uma satisfação impedida até o momento em que ele muda de posição em relação a esta satisfação, concebendo um ponto irredutível no sintoma, ao constatar a existência de algo situado além do princípio do prazer. Através do percurso realizado, verificamos que, na primeira tópica, Freud concebe o sintoma como um substituto de uma satisfação sexual que não havia sido permitida. Esta satisfação, no entanto, apresenta-se disfarçada sob a forma de sofrimento que o próprio sintoma impõe ao paciente.

Em razão de seus estudos com Charcot em Paris, e principalmente de sua parceria com Breuer, Freud descobre que o sintoma está relacionado a uma experiência traumática vivida pelo paciente e verifica que, em função disso, é possível buscar as representações que estão associadas a este trauma. Isto confere ao sintoma um valor de mensagem, como um enigma a ser decifrado.

Entretanto, à medida que avança em suas investigações sobre a etiologia da histeria, Freud (Freud, 1896/1996) constata que esta experiência traumática está relacionada a alguma vivência sexual e passa a considerar a sexualidade como o fator preponderante na formação dos sintomas e na etiologia das neuroses. Daí em diante, Freud se distancia de sua parceria com Breuer e passa a assumir, sozinho, a autoria de uma teoria marcada pela importância atribuída ao sexual.

Deste percurso realizado por Freud, depreende-se que o sintoma possui duas vertentes: uma, enquanto mensagem e outra, pulsional, que se relaciona com a sexualidade e é de certa forma responsável pela persistência do sintoma, uma vez que oferece ao paciente uma satisfação. No entanto, neste momento, o conflito pulsional ainda é concebido como fruto de um conflito psíquico entre o eu e as pulsões sexuais – desejos que foram afastados da consciência por meio do recalque por não estarem de acordo com as aspirações morais da pessoa – e que, através da formação do sintoma, encontram um meio de obter satisfação. Por esta razão, os sintomas representam uma solução de compromisso entre o eu e o recalcado que se revela sob a forma de sofrimento e esconde a satisfação nele contida.

Observa-se, então, um paradoxo na satisfação obtida por meio do sintoma: se, por um lado, ele possibilita ao paciente alcançar uma satisfação sexual substitutiva, por outro, o sintoma também é fonte de sofrimento, pois não está de acordo com as aspirações do eu. Cabe ressaltar que, nos termos estabelecidos pela primeira tópica freudiana, esta satisfação obtida por meio do sintoma relaciona-se com a sexualidade infantil e traz de volta algo que foi afastado da consciência por provocar sentimentos desprazerosos no eu.

Assim, na primeira tópica, Freud (1916-1917/1996) situa a satisfação envolvida no sintoma como algo relacionado a uma satisfação pulsional e referido à sexualidade infantil, em que o sintoma é um produto do recalque, um retorno do recalcado, uma formação substitutiva cuja intenção é obter uma satisfação da qual o paciente, em algum momento de sua vida, se privou. Assim como os sonhos, os atos falhos e o chiste, os sintomas são formações do inconsciente. Entretanto, o que o diferencia destas outras formações é seu caráter de fixidez e persistência.

Ainda que a satisfação no sintoma esteja referida – neste momento de sua teorização – integralmente ao prazer como princípio, é possível localizar no texto freudiano indicações que, *a posteriori*, podem ser lidas como sugestivas da presença de outra modalidade de satisfação. Em alguns momentos, ao se referir a certas modalidades de gozo no sintoma, ou seja, à sua fixidez, Freud parece já indicar algo que não está referido apenas ao desejo, cujo funcionamento psíquico não estaria, portanto, recoberto pelo princípio do prazer. Em uma leitura retroativa do texto freudiano, nota-se que esta satisfação que não se apresenta de acordo com o princípio do prazer, aparece em seus textos iniciais como “fonte independente de desprazer” (Freud, 1896/1996); já marcada na compulsão, à qual obedece aos sintomas da neurose obsessiva e que está conectada com o excesso de prazer obtido na experiência sexual precoce, a qual o sujeito viveu como algo

desagradável. Embora, neste momento, Freud não disponha de embasamento teórico para conceituar esta fonte, ele aponta para a relação entre o excesso de prazer e este tipo de satisfação que lhe aparece como enigmática, onde o que é excessivo é experimentado com desprazer, mas mesmo assim guarda uma satisfação.

Na lógica criada por Freud na primeira tópica, o sintoma é concebido como uma tentativa de manter o equilíbrio energético, uma vez que, ao promover uma satisfação substitutiva para uma satisfação pulsional que havia sido impedida pela ação do recalque, ele se constitui em uma possibilidade de escoamento da energia excedente no aparelho psíquico, trazendo alívio para o paciente. Todavia, para alguns casos, esta lógica não funciona, ou resta enigmática tendo em vista alguns fenômenos manifestos na experiência clínica e que constituem entraves à cura – tais como a reação terapêutica negativa, as neuroses traumáticas e as compulsões. Estas situações indicam que não só a dimensão do prazer opera, mas também uma satisfação de outra ordem.

Logo, constata-se que na clínica existem casos que não se solucionam com a regulação homeostática do aparelho psíquico pelo princípio do prazer, pois há algo que está relacionado ao trauma, ao excesso, ao gozo e à angústia, algo que leva o sujeito mais além de seu bem estar mais imediato e que antecipa o que Freud depois irá conceituar como a vertente não decifrável do sintoma: sua fixidez.

Esta modalidade de satisfação, que se situa fora do princípio homeostático do prazer, foi analisada por Freud (1920/1996) a partir de três eixos: o sonho de angústia, o jogo infantil e a repetição na transferência, pois essas experiências interrogam a proposição do prazer como princípio único a reger os atos mentais, na medida em que representam situações que parecem contrariar a hipótese quantitativa do princípio do prazer de que o aumento de tensão gera desprazer colocando em questão a economia do aparelho psíquico. As neuroses traumáticas impeliram Freud a pensar a obscura tendência inconsciente a “voltar ao trauma” como satisfação vinculada à compulsão de repetição.

A repetição, então, aparecerá como algo mais elementar, mais pulsional que o propósito de obter prazer ou evitar desprazer. Levado pela investigação da repetição, Freud começa então a inferir um mais além, pois constata que ela traz consigo a produção de uma satisfação de outra ordem. É a repetição que vai servir de fundamento para a explicação da pulsão de morte, concebida como uma tarefa mais primitiva que a regulação pelo prazer expressa na compulsão à repetição. Com a hipótese da pulsão de morte, Freud encontra a resposta para justificar a

compulsão à repetição. Verifica, ainda, que existem tendências situadas além do princípio do prazer mais primitivas do que ele e que dele independem.

Em função disso, na segunda tópica introduz-se o além do princípio do prazer, admitindo-se uma satisfação que se situa além dos limites dos sentimentos de prazer e de desprazer. A satisfação no sintoma articulada à satisfação que foi impedida por ação do recalque torna-se mais complexa e passa a ser pensada como uma satisfação a mais, articulada à compulsão à repetição, mas que nunca é alcançada

Em *Mais além do princípio do prazer* (1920), Freud evidencia que a pulsão não cessa de aspirar à sua satisfação. A partir da leitura que Lacan (1959-60/1997) faz do texto freudiano, a busca da satisfação procuraria reeditar uma satisfação primeira, mítica, busca esta que se repete infindavelmente através dos objetos que se oferecem como pretendentes a ocupar o lugar da Coisa (*Ding*) – irremediavelmente perdida pelo simples fato de que nunca foi tida. Esta primeira experiência de satisfação coloca, de entrada, um objeto que está perdido e isto é o que possibilita que o sujeito possa desejar, pois lhe falta algo. Esta falta, que é estrutural, coloca em movimento o aparelho psíquico e implica de saída uma ruptura, uma não complementaridade entre o sujeito e o objeto da satisfação humana.

O objetivo da pulsão, escreve Freud (1915/1996), é sempre a satisfação. Todas as formas substitutivas, reativas e todas as sublimações, contudo, são insuficientes para cancelar sua tensão constante. A diferença entre prazer e a satisfação encontrada, a obtida e a pretendida, engendra o fator pulsionante que não admite aferrar-se a nenhuma das situações estabelecidas, senão almejar, sempre, algo mais.

Ao contrário do que se esperaria, Freud conclui que a maioria dos processos psíquicos não é acompanhada apenas de prazer, levando-o a retificar a “dominância” do princípio do prazer e a considerá-lo como uma tendência que permanece enquanto tal, mesmo que seu objetivo não seja alcançado.

A questão do trauma é retomada por Freud na segunda tópica, mas, nesse momento, ele o relaciona em termos quantitativos: há um excesso de excitação que invade o aparelho psíquico sem que este possa proteger-se. Freud considera como traumático o que é impossível de ser simbolizado, o que não pode ser ligado, um excesso de quantidade. Esse excesso sem sentido é o que produz desprazer, angústia. Neste momento – segunda tópica – o sintoma-mensagem

desloca-se, mas há algo nele que resiste e incide, que situa-se para além da rememoração, onde reside a reação terapêutica negativa.

Na satisfação do padecer o paciente encontra uma satisfação diferente daquela engendrada pelo prazer tal como formulado por Freud na primeira tópica, pois trata-se de uma satisfação que está relacionada ao masoquismo primordial e à pulsão de morte.

O analista não espera ver desaparecer o sintoma da mesma forma que outros métodos terapêuticos, em primeiro lugar por saber que o sintoma é, por sua vez, um signo de retorno do recalcado e uma satisfação substitutiva da pulsão. Podemos considerar o sintoma como uma forma de dar tratamento ao pulsional, uma vez que ele também constitui um arranjo necessário ao psiquismo, dado que a satisfação total é impossível. Seu simples desaparecimento não seria o anúncio de um final feliz e a “reação terapêutica negativa” nos fornece a exata dimensão do que queremos transmitir, pois representa o agravamento do mal-estar do paciente frente ao desaparecimento de seus sintomas. Logo, nem sempre é o desaparecimento dos sintomas o que traz, de fato, alívio para o paciente, mas a expectativa do psicanalista em atingir o sintoma mediante a interpretação ou algum outro tipo de intervenção a fim de transformá-lo, levá-lo, deslocá-lo, torná-lo mais suportável.

Neste percurso realizado na obra freudiana nos foi possível observar que Freud não propõe a supressão dos sintomas como objetivo da análise, ele, na verdade, caminha para a idéia de que o sintoma é um arranjo necessário sem o qual o aparelho psíquico não se edifica. Porém, o sintoma neurótico faz sofrer demais e é apenas isso, este excesso, que justifica a intervenção do analista. É intenção da psicanálise que o sujeito possa fazer algo de produtivo e criativo com seu sintoma.

Se o sintoma é uma satisfação substitutiva de uma satisfação impossível, isto cria a possibilidade de abrir caminho para novas substituições não cristalizadas na inércia de uma satisfação repetitiva e compulsiva, um caminho desejante de criação sintomática e o abandono de sintomas cristalizados improdutivos. Diferentemente de uma psicoterapia, a direção de um trabalho analítico não visa ao apaziguamento do conflito, a uma síntese – isso o neurótico já tenta fazer com seu sintoma ou inibição. Ao contrário, a psicanálise tem como objetivo sustentar a divisão subjetiva, pois esta está relacionada à castração. Em última instância, poderíamos dizer que o propósito de uma análise seria o de remover os recursos que o sujeito utiliza para se

defender da castração. Logo, o tratamento analítico, apesar de não visar à supressão do sintoma, visa a que o paciente possa se posicionar de forma diferente frente ao mesmo, frente à castração.

BIBLIOGRAFIA

- 1-CONSENTINO, J. *Construccion de los Conceptos Freudianos*. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- 2-_____. *Lo Real em Freud: sueño, sintoma, transferencia*. Buenos Aires: Manantial, 1992.
- 3-FREUD, S. As Neuropsicoses de Defesa (1894), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 4-_____. Carta à Fliess, n 61, Rascunho L. (1897), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 5-_____. Os caminhos da formação dos sintomas (1916-1917), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 6-_____. Os instintos e as suas vicissitudes (1915), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 7-_____. Estudos sobre a histeria (1893-1895), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 8-_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 9-_____. Além do princípio do prazer (1920), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

10-_____. A dinâmica da transferência (1912), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

11-_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

12-_____. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

13-_____. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915[1914]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

14-_____. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II) (1914), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

15-_____. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911) In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

16-_____. Cinco lições de psicanálise (1910), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

17-_____. Inibições, Sintomas e Angústia (1926), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

18-_____. Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: Uma Conferência (1893), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

19-_____. Observações Adicionais Sobre as Neuropsicoses de Defesa (1896), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

20-_____. A Etiologia da Histeria (1896), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

21-_____. A Sexualidade na Etiologia das Neuroses (1898), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

22-_____. Rascunho K. As Neuroses de Defesa (1896), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

23-_____. Esboços para a “Comunicação Preliminar” de 1893 (1940-41[1892]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

24-_____. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893[1892-1899]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

25-_____. Projeto Para Uma Psicologia Científica (1950 [1895]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

26-_____. A Interpretação dos Sonhos (1901), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

27-_____.Fragmento da Análise de um Caso de Histeria (1905[1901]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

28-_____.O Problema Econômico do Masoquismo (1924), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

29-_____. Um Estudo Autobiográfico (1925[1924]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

30-_____. Mal-estar na civilização (1930[1929]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

31-_____. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

32-_____. Repressão (1915), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

33-_____. O inconsciente (1915), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

34-_____. Dois verbetes de enciclopédia (1923[1922]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

35-_____.Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: XXXII-Ansiedade e vida instintual (1933[1932]), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- 36-_____. O ego e o id (1923), In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 37- GARCIA-ROZA, L. A. *Introdução à metapsicologia freudiana: Sobre as Afasias (1891), O Projeto de 1895* 6.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004, v. 1.
- 38-_____. *Introdução à metapsicologia freudiana: Artigos de metapsicologia, 1914-1917*. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, v. 3.
- 39- GONTIJO, E. Reação terapêutica negativa. In: *Pulsão e gozo*. Publicação da escola Letra Freudiana. Rio de Janeiro, 1990.
- 40- LACAN, J. (1957-58) *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.
- 41- _____. (1959-60) *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- 42-_____. (1964) *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- 43- SANTOS, L. *O conceito de repetição em Freud*. Belo Horizonte: Fumec Ed., 2002.
- 44- TOLIPAN, E. (1990) Os paradoxos do prazer. In: *Pulsão e gozo*. Publicação da escola Letra Freudiana. Rio de Janeiro, 1990.
- 45- VIDAL, E. A torção de 1920. In: *Pulsão e gozo*. Publicação da escola Letra Freudiana. Rio de Janeiro, 1990.
- 46- _____. Masoquismo originário: ser de objeto e semblante. In: *Pulsão e gozo*. Publicação da escola Letra Freudiana. Rio de Janeiro, 1990.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)