

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

HISTERIA E NEUROSE OBSESSIVA: UM PERCURSO NA OBRA FREUDIANA

**FLORIANÓPOLIS
2007**

PAULO HENRIQUE DE ANDRADE PINTO

HISTERIA E NEUROSE OBSESSIVA: UM PERCURSO NA OBRA FREUDIANA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa

**FLORIANÓPOLIS
2007**

TERMO DE APROVAÇÃO

PAULO HENRIQUE DE ANDRADE PINTO

HISTERIA E NEUROSE OBSESSIVA: UM PERCURSO NA OBRA FREUDIANA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Carlos Augusto Monguilhott Remor
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof.^a Dr.^a Maria do Rosário Stotz
Departamento de Psicologia, UNISUL

Prof. Dr. Sérgio Scotti
Departamento de Psicologia, UFSC

Florianópolis, 01 de junho de 2007

Aos meus pais: fontes inesgotáveis
de amor incondicional, segurança e
sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, o professor Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa, por suas intervenções precisas e pertinentes, por ser um companheiro de viagem, amenizando, assim, a solidão desta jornada, por confiar em meu potencial e lapidá-lo durante este trajeto. Enfim, agradeço-lhe calorosamente por permitir a realização de um sonho.

Agradeço aos membros da banca, os professores Carlos Augusto Remor e Sérgio Scotti, pela disponibilidade e contribuições ainda no período do projeto. As recomendações e sugestões feitas foram extremamente valiosas e enriqueceram sobremaneira este trabalho.

Agradeço eternamente, com menção especial e honrosa, a professora Dr.^a Maria do Rosário Stotz, também presente na banca, pelo incentivo, ensinamentos e pela confiança que depositou em mim desde o tempo de graduação. Obrigado pela sua amizade e pela transmissão de algo que não consigo adjetivar.

[...] como um camaleão, o pesquisador honesto deve mudar suas cores de acordo com as cores cambiantes do chão em que pisa (Frazer citado por Freud em *Totem e Tabu*, 1976, p.134).

RESUMO

A psicanálise nasceu a partir do interesse de Freud pela histeria; mas o desenvolvimento e a construção do edifício teórico psicanalítico deu-se igualmente através de seu trabalho clínico com a neurose obsessiva. Ambas as neuroses foram abordadas metodologicamente por Freud sempre numa relação de complementaridade e oposição: é no confronto entre ambas que elas se tornam compreensíveis. Buscando averiguar em que medida a neurose histérica “lança luz” na compreensão da neurose obsessiva, e vice-versa, este trabalho de dissertação faz um retorno aos textos freudianos com o objetivo de ali examinar minuciosamente este procedimento metodológico na compreensão mesma dessas duas entidades clínicas e, de um modo geral, na abordagem de importantes questões teóricas da disciplina psicanalítica. No estudo dessas contraposições entre as duas entidades clínicas, distinguiram-se os três momentos-chave na obra freudiana: teoria do trauma e teoria da sedução; sexualidade, primeira teoria das pulsões e primeira tópica; segunda teoria das pulsões e segunda tópica.

Palavras-chave: histeria; neurose obsessiva; psicanálise freudiana

ABSTRACT

Psychoanalysis was born from Freud's interest in hysteria; but the development and construction of the psychoanalytic theoretical edifice was equally made through Freud's clinical work with the obsessive neurosis. Both neuroses were methodologically explored by Freud, always in a complementary and oppositional relationship: it's in the clash between them that they become comprehensible. Aiming to appreciate the measure by which the hysterical neurosis "casts light" on the comprehension of the obsessive neurosis, and vice-versa, this dissertation returns to the Freudian texts with the objective of thoroughly examining this methodological procedure in the comprehension itself of these clinical entities and, in general, the approach of important theoretical questions of the psychoanalytic discipline. In the study of the counter positions between the two clinical entities, the three distinct key-moments of the Freudian work: trauma theory and seduction theory; sexuality, the first theory of drive and the first topography; the second theory of drive and the second topography.

Keywords: hysteria; obsessive neurosis; Freudian psychoanalysis.

SUMÁRIO

| | |
|--|-------------|
| RESUMO..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| INTRODUÇÃO..... | 01 |
| Capítulo 1: A história como preâmbulo..... | 19 |
| 1.1: Breve histórico da histeria..... | 20 |
| 1.2: Breve histórico da neurose obsessiva..... | 25 |
| Capítulo 2: Os primeiros desenvolvimentos da histeria e da neurose obsessiva: trauma e teoria da sedução..... | 29 |
| 2.1: A questão do trauma..... | 30 |
| 2.2: A teoria da sedução..... | 37 |
| Capítulo 3: Uma virada teórica na histeria e na neurose obsessiva: sexualidade, primeira teoria das pulsões, primeira tópica..... | 43 |
| 3.1: A histeria como neurose paradigmática..... | 45 |
| 3.2: A neurose obsessiva como paradigma..... | 58 |
| 3.3: A histeria e a neurose obsessiva nos trabalhos metapsicológicos..... | 77 |
| 3.4: As conferências introdutórias sobre psicanálise..... | 83 |
| Capítulo 4: Últimas contraposições entre as neuroses histérica e obsessiva: segunda teoria das pulsões e segunda tópica..... | 87 |
| 4.1: Psicologia das massas e análise do eu..... | 89 |
| 4.2: O eu e o isso..... | 91 |
| 4.3: Inibições, sintomas e angústia..... | 97 |
| 4.4: A questão da angústia e seus derivados nas neuroses de transferência..... | 99 |
| 4.5: A questão da regressão na histeria..... | 101 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 105 |
| REFERÊNCIAS..... | 112 |

Introdução

Histeria e Neurose Obsessiva: Um percurso na obra freudiana

Embora nenhuma disciplina seja criada de uma hora para outra, e haja sempre “um começo, não de criação, mas de formação” (Lacan, 1960-1961 [1992], p.12), os *Estudos sobre a histeria*, de Breuer e Freud, publicados em 1895, são vistos como o livro inaugural da psicanálise (Roudinesco & Plon, 1998). Para Lacan (1960-1961 [1992]), a psicanálise é fruto “do encontro de um homem e uma mulher, de Joseph Breuer e Anna O. no caso inaugural dos *Studien über Hysterie*, onde nasce aquilo que já é a psicanálise [...]” (p.12). Também se tornou lugar-comum hoje em dia dizer que a psicanálise nasceu do encontro de Freud com suas pacientes históricas.

A histeria encontra-se de tal forma ligada à gênese da doutrina psicanalítica que, pode-se dizer, o termo se tornou freudiano. Sendo a doença *princeps* que possibilitou a existência da clínica psicanalítica (Roudinesco & Plon, 1998), a neurose histérica permanece tão indissociável da psicanálise que, a partir das contribuições de Lacan, alguns autores consideram que a terapêutica psicanalítica é regida por um princípio fundamental: para se tratar e curar qualquer neurose é preciso criar artificialmente uma neurose histérica. Deste modo, o tratamento analítico não seria outra coisa senão a criação desta neurose artificial e sua resolução final (Nasio, 1991).

Ora, se a psicanálise nasce a partir dos estudos sobre a neurose histérica, o seu desenvolvimento também se dá a partir dos estudos dessa outra neurose, também nascida da investigação freudiana, chamada neurose obsessiva. Freud foi igualmente o primeiro a conferir-lhe um estatuto teórico-clínico, situando-a no registro da neurose e, fazendo dela, junto com a histeria, o segundo grande componente, conforme o termo lacaniano, da estrutura neurótica humana (Roudinesco & Plon, 1998). Foi em 1896, no artigo intitulado “A hereditariedade e a etiologia das neuroses”, que Freud tornou pública sua inovação nosográfica, declarando que em função de suas pesquisas sobre o inconsciente, lhe havia sido necessário situar junto à histeria a neurose obsessiva (Ribeiro, 2003).

Fui obrigado a começar meu trabalho por uma inovação nosográfica. Acho razoável justapor à histeria a neurose obsessiva (*Zwangsneurose*) como uma perturbação auto-suficiente e independente, embora a maior parte das autoridades incluía as obsessões entre as síndromes constitutivas da degeneração mental ou as confundia com a neurastenia. De minha parte, examinando o mecanismo psíquico das obsessões, aprendi que elas estão em conexão com a histeria de modo mais íntimo do que se podia supor (Freud, 1896a [1976], p.168).¹

¹ Nas referências às obras freudianas aparecerão em primeiro lugar a data da primeira publicação e, em seguida, a data da publicação da *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*.

Seguindo o percurso freudiano, os psicanalistas não deixaram de considerar a neurose histérica e a neurose obsessiva como as duas principais vertentes do campo das neuroses, o que não impede que, como entidades clínicas independentes, elas possam combinar-se neste ou naquele quadro clínico (Laplanche & Pontalis, 1998). Freud (1909 [1976]), em seu trabalho *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*, ao falar da linguagem na neurose obsessiva, afirma que esta seria apenas um dialeto da histeria, ou seja, uma variedade regional da mesma língua. Antes mesmo da publicação deste trabalho, ele já antecipara esta idéia em uma carta a Karl Abraham de janeiro de 1908, onde escreve, pela ordem, que o manejo técnico na neurose obsessiva é um pouco mais difícil que na histeria; que os meios de recalque são um pouco diferentes; e que se trata um outro dialeto, mas nada mais (Freud & Abraham, 1908 [1976]).

De fato, a neurose obsessiva é apresentada por Freud ao longo de sua obra sempre numa relação de complementaridade que a opõe à histeria. É no confronto entre ambas que as duas entidades clínicas se tornam compreensíveis (Penna, 1975). Logo no início de suas investigações sobre as neuroses, em seu artigo *As Neuropsicoses de Defesa* (1894), ele escreve que, após um estudo detalhado de pacientes obsessivos, pôde construir uma teoria psicológica das obsessões, e que suas observações destes pacientes resultaram em contribuições à teoria da histeria. Deste modo, já demonstrava a importância de se estudar as entidades clínicas em confronto umas com as outras - e este é seu procedimento em todo o artigo.

É a partir dessa idéia de complementaridade/oposição que esta pesquisa será desenvolvida. Trata-se de verificar na obra freudiana como se deu esse procedimento metodológico, ou seja, como Freud utilizou o confronto entre as duas entidades clínicas objetivando averiguar em que medida a neurose histérica “lança luz” na compreensão da neurose obsessiva e vice-versa. Sendo assim, este procedimento constitui-se como o primeiro eixo a ser seguido, como o primeiro ponto de delimitação deste trabalho. Por certo não será o único, os outros serão apresentados na medida em que se constrói a problematização.

O ponto de partida para tal estudo é um artigo inédito, já citado, de autoria de Sonia Penna, “Observações Introdutórias a uma metapsicologia da Neurose Obsessiva”, por ela utilizado no quadro de um curso universitário (“Evolução da Psicanálise”) do qual participou meu orientador (UFMG, Departamento de Psicologia, 1975). Neste trabalho, a professora aborda as duas entidades clínicas sempre numa relação de confronto entre elas. Parte da idéia da polaridade histeria-obsessão, que recobre a polaridade feminino-masculino, passividade-atividade e assim sucessivamente.

O artigo de Penna serve de “fio condutor”, de inspiração, de modelo de trabalho a ser seguido nesta dissertação. Dessa maneira, esta pesquisa visa desenvolver e esclarecer essas polaridades através de um retorno aos textos freudianos. Esta visão permanece em toda obra freudiana? Qual a etiologia específica de cada entidade clínica? Quais os mecanismos específicos de cada neurose? Como se diferenciam? Quais os pontos de junções e disjunções entre elas? Como as mudanças internas da própria teoria alteraram a concepção freudiana do tema a ser estudado?

Cabe aqui uma outra delimitação da proposta de trabalho. A obra freudiana é muito vasta e densa e, sendo assim, não seria possível percorrê-la inteiramente sem que outros eixos fossem traçados, sem o que a pesquisa se tornaria inexecutável. A solução para este problema foi fazer um recorte da obra e delimitar os momentos da obra freudiana que serão levados em consideração.

O que vemos, normalmente, na periodização da psicanálise freudiana e sua evolução é a “separação” da obra em função das rupturas e inovações conceituais. Divide-se a obra em: primeira e segunda tópica², nas duas teorias das pulsões, na primeira e na segunda teoria da angústia. Esta divisão faz um grande corte em torno de 1920, devido à pulsão de morte e *Além do princípio do prazer* (1920), e assim sucessivamente (Mezan, 1998).

Como explica Mezan (1998), a teoria freudiana é composta por uma *metapsicologia*, por uma *teoria do desenvolvimento*, por uma *psicopatologia* e por uma *teoria do processo analítico*. A metapsicologia diz respeito a um conjunto de hipóteses acerca do funcionamento do psiquismo humano; o âmago da metapsicologia é a teoria sobre o inconsciente. A teoria do desenvolvimento freudiana corresponde à seqüência das fases oral, anal, ao complexo de Édipo, enfim, a uma discussão sobre a maturação psíquica do sujeito. A psicopatologia em Freud está vinculada à teoria do desenvolvimento através das noções de fixação e de regressão. Existiria uma série de fixações e regressões às diferentes fases do desenvolvimento psíquico e, dependendo de onde se fixou a libido, uma psicopatologia se caracterizaria. Por fim, a teoria do processo analítico, na qual estão em jogo o funcionamento e os mecanismos que atuam durante uma análise. Os conceitos de transferência, resistência, interpretação, cura, entre outros, fazem parte da teoria do processo analítico.

² A noção de tópica diz respeito à “teoria ou ponto de vista que supõe uma diferenciação do aparelho psíquico em certo número de sistemas dotados de características ou funções diferentes e dispostos numa certa ordem uns em relação aos outros (...). Fala-se correntemente de duas tópicas freudianas, sendo a primeira aquela em que a distinção principal é feita entre Inconsciente, Pré-consciente e Consciente, e a segunda a que distingue três instâncias: o id, o ego e o superego [o *isso*, o *eu* e o *supereu*]” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.505).

A apresentação desta noção do que compõe a psicanálise freudiana é importante na medida em que inovações conceituais alteram as outras partes da teoria. É neste sentido que propomos fazer um recorte da obra freudiana, isto é, verificar o que muda na psicopatologia da histeria e da neurose obsessiva com o abandono da teoria da sedução³? Em que medida a segunda tópica altera a noção de histeria e neurose obsessiva? Este recorte é baseado na proposta de Philippe Julien (2002) para entender a nosografia freudiana conforme as três etapas que Freud cruzou. Este autor propõe um corte entre 1894 e 1905, onde as concepções freudianas mudariam a partir da teoria da sedução e o seu abandono. De 1905 a 1920, haveria uma outra mudança teórica sobre a psicopatologia em função da teoria da sexualidade e da primeira teoria das pulsões. Por fim, um corte entre 1920 a 1929 devido à segunda teoria das pulsões e da segunda tópica.

Esta proposta de recorte se constitui no segundo eixo a ser seguido neste trabalho, pois permite estabelecer um estudo entre a histeria e a neurose obsessiva na obra freudiana de modo mais abrangente e, também, levar em consideração os momentos-chave da teorização do pai da psicanálise. Deste modo, já temos até aqui os dois principais campos de investigação e delimitação de nossa jornada. Ainda nos resta delimitar um terceiro ponto, que também será importante para a execução do trabalho.

Este segundo ponto de delimitação não é certamente o único modo de se periodizar a obra freudiana. Por exemplo, Renato Mezan (1998) propõe uma alternativa fundamentando-se no livro de Paul Bercherie intitulado *A Gênese dos Conceitos Freudianos*. Esta proposição é interessante para se compreender o modo inextricável que Freud apreende as neuroses histérica e obsessiva. De que forma o desenvolvimento de sua “*Neurótica*”, como ele mesmo costumava denominar sua teoria das neuroses, está vinculado ao estudo das duas entidades clínicas.

De acordo com a proposta de Mezan (1998), que apresentamos a seguir, é possível periodizar a psicanálise a partir de quatro grandes modelos metapsicológicos. Nesta concepção, a divisão é realizada através da vinculação da obra freudiana aos

³ A primeira menção textual de Freud, onde ele propõe uma mudança em sua teoria, aparece em uma carta dirigida a Fliess - carta 69, datada de Viena em 21 de setembro de 1897. Nesta carta, escreve que: “Confiar-lhe-ei imediatamente o grande segredo que lentamente comecei a compreender nos últimos meses. Não acredito mais em minha neurótica [teoria das neuroses]”. No entanto, é só em seu artigo “Minhas Teses Sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses” (1906 [1905]) que Freud insinua explicitamente a sua mudança de opinião sobre este assunto. Assim, a concepção do mecanismo dos sintomas histéricos é alterada, pois, “[...] estes já não apareciam como derivados diretos das lembranças recalçadas das experiências infantis [...] Somente com a introdução do elemento das fantasias histéricas é que se tornam inteligíveis a textura da neurose e seu vínculo com a vida do enfermo” (Freud, 1906 [1905], p. 259).

desenvolvimentos pós-freudianos: Melanie Klein, Lacan, a escola das relações de objeto e a psicologia do ego. Esta hipótese parte do pressuposto de que o trabalho de cada uma dessas escolas de psicanálise se constitui, entre outras coisas, através do recorte na obra de Freud.

Os quatro grandes modelos metapsicológicos seriam sucessivamente baseados no estudo da histeria, da neurose obsessiva, da psicose e da melancolia. Cada um destes modelos conteria uma metapsicologia, uma teoria do desenvolvimento, uma psicopatologia e uma teoria do processo analítico. O primeiro desses modelos freudianos é baseado no estudo da histeria. Isto é, a histeria serve como prisma através do qual são considerados todas as patologias, todo o desenvolvimento psíquico e o processo analítico. É a histeria como uma neurose paradigmática (Mezan, 1998).

Este primeiro modelo estaria pronto por volta de 1905, quando Freud publica simultaneamente o *Caso Dora*, o livro sobre *Os chistes e sua relação com o inconsciente* e os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Desde seus primeiros escritos, entre a década de 1880 e início dos anos 90, ele se dá conta da intensidade de certos fenômenos psíquicos. O que lhe chama a atenção nos seus primeiros trabalhos sobre a histeria são as reações exageradas das pacientes histéricas. Por exemplo, as paralisias inexplicáveis, todo o cortejo de sintomas espetaculares da histeria e as idéias excessivamente intensas. A partir daí, suas teorizações sobre o inconsciente, o recalque, o deslocamento, entre outras, são derivadas diretamente do estudo sobre a histeria. É a histeria que mostra a Freud, através de seus sintomas dramáticos, a possibilidade do deslocamento, da condensação de imagens, da circulação de energia, da mobilidade, da labilidade dessas representações. É a partir do modelo da histeria que ele constrói uma teoria do sintoma, uma teoria da defesa e assim por diante (Mezan, 1998).

Do ponto de vista das “neuropsicoses”, que é a teoria psicopatológica, o grande problema é o que acontece com a energia, retirada através do recalque, das representações que se tornaram inconscientes. Como a temática deste trabalho é a histeria e a neurose obsessiva, vamos nos deter somente nelas. Se esta energia for de um modo ou de outro para o corpo, através de uma conversão, o resultado vai ser uma histeria de conversão. Permanecendo na esfera psíquica e ligando-se a outras imagens, a outras representações, o resultado pode ser a ou bem a histeria de angústia, ou neurose fóbica, ou bem uma neurose obsessiva. Em suma: o resultado psicopatológico depende do mecanismo pelo qual a energia é deslocada (Mezan, 1998).

É com essa teoria psicopatológica que Freud está equipado ao atender no dia primeiro de outubro de 1907 o Dr. Lanzer (o Homem dos Ratos). Neste contexto, a neurose obsessiva é uma variante da histeria; ela é uma histeria sem conversão. O seu mecanismo básico é o recalque, que consiste na separação entre a representação e sua energia, já nesse ponto uma energia sexual – libidinal. A representação da qual se separou a energia, através deste mecanismo de defesa, torna-se uma representação recalçada; no caso do Homem dos Ratos, é a idéia de matar o pai. Por isto as representações obsessivas são hiperinvestidas, de acordo com os mecanismos do deslocamento e da condensação, como se encontra fundamentado no sétimo capítulo da *Interpretação dos Sonhos* (Mezan, 1998).

Para o Freud de 1907, a neurose obsessiva deve ser compreendida e tratada como uma histeria. Nesta visão da neurose obsessiva, não há nada do que a caracteriza a partir do Homem dos Ratos: nada relativo à analidade, à agressividade, nada relativo aos mecanismos de defesa próprios da neurose obsessiva, como o isolamento ou a formação reativa. A partir da teorização sobre sua experiência com o Homem dos Ratos, Freud vai ser levado, por assim dizer, a mudar de paradigma psicopatológico. E, durante algum tempo, vão coexistir dentro da psicanálise o modelo da histeria e um novo modelo que vai se desenvolver em outros textos, baseado agora na questão da neurose obsessiva. Esta se converte em uma neurose paradigmática, fazendo com que todo o conjunto da psicopatologia seja visto através deste prisma. Este modelo organiza toda uma série de desenvolvimentos teóricos de Freud durante os primeiros anos da década de 1910, por exemplo, quando estuda em *Totem e tabu*, os primórdios do *supereu*⁴ através dos fenômenos religiosos (Mezan, 1998).

Quanto ao modelo da neurose obsessiva, o grande problema que ele coloca – e que surge a partir do Homem dos Ratos – é o que se faz com o *ódio*. O termo ódio não figurava na teoria psicanalítica até o atendimento do Homem dos Ratos. Freud percebia que as histéricas tinham comportamentos hostis e podiam ser agressivas. No entanto, o conceito de ódio não ocupava lugar eminente na metapsicologia calcada sobre a histeria; nesta, a sexualidade e a libido têm o papel teórico predominante. Quando aparece o ódio, é em função da libido insatisfeita, que produz raiva de quem frustrou a demanda. A sexualidade é primeira, a reação

⁴ Em todo o trabalho serão utilizados os termos *Eu*, *Supereu* e *Isso*, que é a tradução literal dos termos em alemão utilizados por Freud *Ich*, *Uberich* e *Es*. Apenas nas citações literais e nos títulos dos trabalhos freudianos extraídos da *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Imago)* serão mantidos os termos utilizados pelos tradutores. Ainda assim, nas citações literais, serão inseridos, em momentos importantes da argumentação, os termos mais apropriados para o português entre colchetes. Este procedimento também será utilizado para outros termos que já são lugares comuns na psicanálise freudiana no Brasil. Tais como: pulsão (*Trieb*) ao invés de instinto; investimento (*Besetzung*) ao invés de catexia; representação (*Vorstellung*) ao invés de idéia; etc.

hostil é secundária e vem por uma insatisfação da demanda sexual. Já com o Homem dos Ratos, Freud se dá conta de que na neurose obsessiva o ódio tem um papel absolutamente fundamental. É no final do texto, em “Construções teóricas”, especialmente na parte sobre a vida pulsional, que Freud tenta encontrar um lugar para o ódio na metapsicologia (Mezan, 1998).

Esta hipótese de que Freud atende o Homem dos Ratos com um referencial teórico calcado na histeria pode ser confirmada no próprio prefácio do caso. Freud ali menciona que “a linguagem de uma neurose obsessiva, ou seja, os meios pelos quais ela expressa seus pensamentos secretos, presume-se ser apenas um dialeto da linguagem da histeria (...)” (Freud, 1909 [1976], p.160).

Dito isso, já temos condições de resumir os três eixos que serão seguidos nesta dissertação. O primeiro constitui-se em verificar o modo pelo qual Freud contrapõe a histeria e a neurose obsessiva ao longo de sua obra. O segundo busca ver em que medida sua *Neurotica* é alterada em função de suas principais inovações teóricas. Já o terceiro, leva em consideração os modelos psicopatológicos propostos por Mezan, especificamente os modelos paradigmáticos da histeria e da neurose obsessiva.

Sobre as vicissitudes deste percurso, não cabe de antemão responder. A própria psicanálise nos ensina que o efeito de qualquer trabalho sempre aparece *a posteriori*. Esta afirmação encontra-se embasada na segunda clínica lacaniana (a clínica do real), em que o objetivo não é saber mais, mas antes se trata do limite do saber, e não o seu acréscimo; e que o final da análise está do lado do *savoir-faire* com o inconsciente (o não sabido), e não do lado do fazer saber (*faire savoir*) a seu respeito (Forbes, 2005).

Esta concepção vai na “contramão” da primeira clínica lacaniana, a chamada clínica do significante ou do simbólico. Um dos pontos que diferenciam a primeira clínica da segunda é a concepção sobre o término do tratamento. Na chamada clínica do simbólico, o final da análise seria um acréscimo de saber sobre o não sabido (o inconsciente) (Forbes, 2005).

Mas por que essa digressão sobre as duas clínicas lacanianas e o fim de análise? Porque, assim como na clínica, o trabalho de pesquisa também faz referência ao saber e, deste modo, não podemos ter garantia de sua ação em uma verdade prévia, resta uma aposta baseada em uma hipótese a ser provada depois. “Não há nada além da palavra, o que equivale a dizer que além da cena está o obscuro e não um conhecimento maior” (Forbes, 2005, p.09). Trata-se de uma transposição do plano clínico para o da pesquisa. Não uma transposição tal e

qual, apenas a utilização de referenciais psicanalíticos que operam em ambos os planos, mesmo que de maneira distinta.

Ainda na etapa de construção do projeto, com o intuito de buscar referências pertinentes ao tema, e também de saber o que até então fora desenvolvido sobre o assunto, foi utilizado a rede de computadores (*Internet*) para uma pesquisa exploratória⁵. Os termos-chave utilizados para a realização da busca foram: “histeria e psicanálise”, “neurose obsessiva e psicanálise”, “neurose e psicanálise”, “estruturas clínicas e psicanálise” e outros derivados dos termos tais como “histérico(a)”, “obsessivo(a)”, entre outros. No banco de teses e dissertações da CAPES não foi encontrado nenhum trabalho específico sobre a questão de pesquisa abordada neste trabalho (articulação entre neurose histérica e neurose obsessiva na psicanálise freudiana/lacaniana), embora haja teses e dissertações que abordam uma entidade clínica de forma isolada. Sobre a histeria foram encontrados quinze trabalhos, sobre a neurose obsessiva, cerca de dez trabalhos.

Dentre os trabalhos encontrados sobre a neurose obsessiva, dois deles articulam algum ponto com a histeria. Num dos trabalhos, em dissertação intitulada “A questão do desejo na neurose obsessiva” (Denise Blanc, UERJ, 2002), a autora faz algumas aproximações com a histeria no que se refere aos mecanismos comuns existentes nas duas estruturas, como por exemplo, o recalque. Em outro, em dissertação intitulada “Ensaio sobre o dialeto obsessivo: em busca das conexões perdidas” (Liliane Froemming, UNB, 1994), a autora também faz aproximações com a histeria, referindo que a neurose obsessiva é no início dos estudos freudianos vista como um dialeto da histeria. No entanto, em ambas as dissertações, a prioridade é a questão da neurose obsessiva, diferentemente da proposta deste trabalho, que é trabalhar tanto a histeria quanto a neurose obsessiva, sem priorizar nenhuma delas.

Outra ferramenta de pesquisa utilizada foi a *sciELO*⁶, onde foram encontrados dois artigos sobre a histeria. Numa terceira, a base de dados bibliográficos em psicologia⁷, deparou-se com dois artigos que articulam a temática da histeria e da neurose obsessiva. Um dos artigos, “Estruturas clínicas e ética: do desejo estragado ao salmão defumado ou da neurose obsessiva à neurose histérica” (Nilza Feres, Grifhos, 1993), aborda as estruturas clínicas frente a posição do sujeito diante do gozo. No outro, “Fundamentos da Direção da Cura Psicanalítica: da angústia ao desejo na clínica da histeria e da neurose obsessiva” (Tânia dos Santos, caderno tempo psicanalítico, 1995), é trabalhada a questão da angústia ao desejo

⁵ Esta pesquisa exploratória foi realizada em Junho de 2005.

⁶ *Scientific Electronic Library Online* – www.scielo.br.

⁷ www.psi.bvs.br - base de dados que faz busca a partir dos periódicos eletrônicos em psicologia (pepisc), scielo psicologia, catálogos de revistas científicas, eventos, anais e resumos.

na histeria e na neurose obsessiva. São artigos que articulam a histeria e a neurose obsessiva em pontos bem específicos.

Por último, fez-se uma pesquisa no *scholar.google.com*, onde encontrou-se uma referência sobre o tema da histeria e obsessão. Trata-se de uma publicação em francês da coletânea de trabalhos apresentados no “Quarto Encontro Internacional do Campo Freudiano”, realizado em Paris, onde os participantes foram solicitados a apresentar relatos sobre histeria e obsessão. Este livro foi publicado em 1985 com o título *Histérie et obsession*. Por uma dessas felizes “coincidências” que comporta um trabalho de pesquisa, pôde-se ter acesso a uma publicação em espanhol deste trabalho.

Esta primeira busca exploratória serviu para verificar o que até então havia sido produzido sobre o tema desta pesquisa e, também, para que pudesse ter alguma certeza sobre a possibilidade da realização deste trabalho. No entanto, cabe ressaltar, que a matéria-prima desta dissertação é o próprio texto freudiano. É através da leitura sistemática e cronológica dos textos freudianos que se pretende ir respondendo as questões.

Sobre a questão de uma leitura cronológica da obra freudiana cabem aqui algumas colocações. Quinodoz (2004) aponta que este tipo de leitura das obras de Freud, desde seu aparecimento, tem suas vantagens e inconvenientes, como qualquer outra, mas ela permite compreender a evolução de seu pensamento no curso de décadas. Por ser uma leitura cronológica, esta terá sempre um caráter panorâmico, pelo fato mesmo de não permitir a abordagem detalhada que cada obra merece. De todo modo, sendo panorâmica, o importante é que o leitor não perca a visão do conjunto da obra freudiana, tarefa esta que se buscará cumprir durante este trabalho.

Como pôde ser observado a partir das referências encontradas, o trabalho proposto comporta aspectos inéditos ou, no mínimo, pouco assinalados na literatura psicanalítica no âmbito universitário. Restringe-se a afirmação ao âmbito universitário, pois não se teve acesso a todas as revistas de psicanálise, mesmo as brasileiras, de instituições psicanalíticas.

Neste sentido, procura-se contribuir com a teoria psicanalítica através da condensação do tema em questão em um único trabalho. Tendo em vista que a noção de práxis em psicanálise é tida como o inextricável laço entre teoria e prática, pode-se dizer que este trabalho também tem importância para a clínica psicanalítica. “Gaston Bachelard dizia que a experiência sem o conceito é cega, e o conceito sem a experiência, vazio” (Goldenberg, 2005, p.41).

Um trabalho dessa natureza não pode ser levado adiante sem ter uma relevância pessoal para o pesquisador, pois uma dissertação de mestrado exige grande quantidade de

investimento libidinal. Quando ainda cursava a graduação, minha pesquisa monográfica centrava-se nos temas da transferência e da histeria. Tais temas foram também estudados em monografia de especialização. Estes estudos foram fundamentais para minha atuação clínica enquanto psicanalista. No decorrer desta prática clínica percebi uma carência em “compreender” teoricamente a neurose obsessiva. Assim, foi a partir da *práxis* psicanalítica, subjetiva e inefável, que este desejo de se estudar as neuroses histérica e obsessiva começou a tomar forma.

Tendo visto alguns dos procedimentos básicos para a consecução desta dissertação e, com eles, as justificativas, já podemos avançar para a discussão teórica sobre o método que sustenta o procedimento deste trabalho. Segundo Mezan (1998), é próprio da metodologia em pesquisa psicanalítica a formulação do problema no desenvolvimento do trabalho. Trata-se de ir avisando o leitor sobre os caminhos que foram tomados para se realizar a pesquisa.

Antes de mais nada, falar sobre o método é dizer sobre uma opção epistemológica que fundamenta uma teoria e uma prática; no caso deste trabalho, uma pesquisa teórica em psicanálise. Assim sendo, apresentarei primeiramente a opção epistemológica que sustenta o método utilizado nesta dissertação.

Para tentar entender uma disciplina como a psicanálise, ou qualquer outra disciplina que se pretenda científica, vários caminhos podem ser tomados. Um deles é pela *via da história*, ou seja, investigar como a disciplina se constituiu, quem foram seus precursores, de que forma ela fez o recorte dos fenômenos que se propôs a estudar e quais eram as condições sócio-culturais na época de sua fundação. O importante a ser assinalado é que toda disciplina se torna autônoma quando define seu campo, seus métodos e sua problemática própria (Mezan, 2002).

Um outro caminho para se compreender uma disciplina é a *investigação epistemológica*. Mezan coloca que

(...) a investigação epistemológica se preocupa com o modo de produção dos conceitos, com o funcionamento dos dispositivos teóricos estabelecidos pela disciplina, com a forma pela qual ela constrói, valida ou refuta suas hipóteses. Seu objeto é portanto a teoria concebida como armação racional, enquanto o objeto da teoria é o campo de fenômenos do qual ela deve dar conta (Mezan, 2002, p.437).

Neste sentido, pode-se dizer que a epistemologia é um discurso sobre outro discurso.

As colocações de Renato Mezan estão embasadas no artigo “L’idée d’*épistémologie*”, de Gerard Lebrun. Este autor defende a idéia de que cada ciência constrói sua própria racionalidade e que a epistemologia deve trabalhar com a noção de que a originalidade de

uma teoria implica uma racionalidade própria àquela teoria e, assim, deseja compreender como esta teoria se estabelece. Neste sentido, Lebrun propõe o termo “racionalidades regionais”: convém distinguir “a” ciência e “as” ciências, pois se a ciência é sempre idêntica a si mesma ela é fruto de uma razão sempre igual e aí não há como falar em “racionalidades regionais”. Esta distinção é de extrema importância, pois se admitirmos a unidade da ciência, os métodos científicos serão sempre os mesmos independentemente dos objetos a serem estudados. “No campo epistemológico, vale a especificidade de cada montagem racional. (...) Nenhuma ciência deve servir de modelo para as demais, ou seja, não se deve transferir para nenhuma delas os privilégios anteriormente outorgados à razão” (Mezan, 2002, p.464). Tal colocação é de suma importância para o debate sobre a cientificidade da psicanálise, pois esta disciplina recebe críticas baseadas nos modelos das ciências experimentais.

No que diz respeito ao caso específico da psicanálise, pode-se dizer que tanto a análise epistemológica quanto as diversas maneiras de estudar a história têm como objeto o aparelho conceitual da psicanálise. No entanto, a psicanálise não é somente uma teoria, é também uma prática, onde “existem” fenômenos, dos quais tenta dar conta a teoria. Do ponto de vista da teoria, pode-se estudar a psicanálise através de uma análise histórica do contexto científico e cultural no qual surgem as idéias psicanalíticas; pode-se estudar a história interna da teoria, com seus diversos desenvolvimentos e rupturas e, ainda, pode-se fazer uma análise epistemológica dos enunciados e dos conceitos. No caso específico desta pesquisa, pode-se dizer que seu objeto de estudo é a história interna da teoria, com seus diversos desenvolvimentos e rupturas.

Já sob o ponto de vista da prática, a psicanálise também pode ser abordada de diferentes formas (sem se confundir com uma análise epistemológica): pode-se fazer uma discussão do processo terapêutico *strictu sensu*; pode-se fazer um estudo da história e da sociologia do movimento analítico como horizonte da prática; e pode-se fazer um estudo do contexto social e cultural no qual se inscreve a prática clínica (Mezan, 2002).

As colocações sobre a teoria e a prática psicanalítica servem para tornar compreensível a idéia de “posição mediana da epistemologia”, ou seja, que a análise epistemológica pressupõe o conhecimento da história interna e externa da teoria. Para o estudo epistemológico o que interessa é o procedimento de formação da teoria e os objetos sobre os quais ela se exerce. O estudo histórico do contexto demonstra quais são os recursos que este contexto oferece. A dimensão histórica é preâmbulo do estudo epistemológico. A epistemologia possui um olhar sincrônico, enquanto a história possui um olhar diacrônico.

Conjugar a perspectiva diacrônica/histórica com a perspectiva sincrônica é portanto a única maneira de compreender o desenvolvimento de uma teoria complexa, pois permite seguir ora o trajeto de uma idéia do começo ao fim da obra, ora compreender o vínculo que ela estabelece com outras num dado momento (Mezan, 2002, p.480).

Após percorrer de forma sucinta a opção epistemológica que embasa este trabalho, cabe ressaltar alguns pontos sobre a pesquisa teórica em psicanálise e, mais especificamente, uma pesquisa teórica realizada na academia.

Garcia-Roza propõe uma distinção entre “pesquisa *em* psicanálise” e “pesquisa *sobre* psicanálise”. A princípio, a pesquisa acadêmica não é psicanalítica, ela poderia ser uma “pesquisa *sobre* psicanálise”, pois a pesquisa psicanalítica tem seu verdadeiro “laboratório” na prática clínica fundada na transferência⁸. Neste sentido, os pesquisadores não-psicanalistas não estariam aptos a realizar “pesquisa *em* psicanálise”, pois não são clínicos e, portanto, não passam pelas exigências éticas da experiência clínica (Garcia-Roza, 1994).

Os pesquisadores não-clínicos poderiam argumentar que esta é uma posição que visa manter o discurso psicanalítico “imune” a qualquer crítica externa. Afinal, o discurso psicanalítico, na medida em que se insere na ordem do discurso, é passível de qualquer crítica como qualquer outro. No entanto, estas divergências são estabelecidas por não estarem se referindo à mesma coisa quando se fala em discurso psicanalítico. Neste sentido, somente o conjunto dos enunciados e suas enunciações presentes na experiência clínica podem ser chamados de discurso psicanalítico. Entretanto, é o conjunto teórico psicanalítico, enquanto formação discursiva, que faz da prática clínica uma *práxis* específica (Garcia-Roza, 1994, p.12-13). Então o que caracterizaria uma pesquisa acadêmica em psicanálise?

A pesquisa acadêmica em psicanálise não constitui uma pesquisa empírica; esta seria específica da prática clínica, ou seja, a pesquisa empírica é entendida como pesquisa experimental. A proposta de uma pesquisa teórica seria submeter a teoria psicanalítica a uma análise crítica, visando verificar sua lógica interna, a coesão estrutural dos conceitos e as condições de sua possibilidade. Para que se justifique a coesão lógica de uma teoria faz-se necessário um retorno aos seus conceitos e leis fundamentais. Este retorno não deve ser um mero suplemento histórico que, quando acrescido ao discurso original, apenas o duplique. No

⁸ Em consideração para com o leitor menos familiarizado com os conceitos psicanalíticos cabe aqui uma conceituação do termo transferência. “Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. É à transferência no tratamento que os psicanalistas chamam a maior parte das vezes transferência, sem qualquer outro qualificativo. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este” (Laplanche e Pontalis, 1998, p.514).

caso específico de um retorno a Freud, a *releitura* de seus textos modifica essa teoria, ao invés de ser mera reduplicação e suplemento histórico à teoria (Garcia-Roza, 1994).

Para compreender melhor a questão da *releitura* faz-se necessária uma distinção entre *discurso-comentário* e *releitura*. Para Foucault, segundo Garcia-Roza (1994), o comentário é controle do discurso, uma vez que se trata de um procedimento interno ao discurso. O comentário visa dizer algo além do próprio texto, com a condição do que está sendo dito seja expressão do próprio texto. Não se trata de reproduzir o texto, ele pretende dizer algo diferente do texto original, mas desde que diga algo que seja expressão do próprio texto. O propósito do comentário não é dizer o novo, mas provocar o retorno do texto sob a forma de discurso-comentário, visando, assim, revelar algo oculto no texto (Garcia-Roza, 1994).

No mesmo sentido do termo *releitura*, Mezan (1994) propõe o termo *leitura clínica* que serve para marcar uma diferença que, tal como na clínica, permite a aparição das formações do inconsciente que não são antecipáveis; o que está em jogo é a emergência do novo. É isso que confere à prática clínica a dimensão não-formal, esta dimensão que não está presente nas pesquisas clássicas. Uma proposta formal de pesquisa psicanalítica, também relatada por Mezan, foi desenvolvida por J. Laplanche. Conforme exposto em seu artigo “Interpretar (com) Freud”, o professor e psicanalista francês sustenta a idéia de um método psicanalítico de ler textos psicanalíticos. Esse método consistiria em um *aplatissement* do texto, um achatamento do texto, ou seja, à maneira da atenção flutuante, ler o texto sem nada priorizar. Trata-se assim de transpor para o plano da leitura, para o processo secundário, alguns equivalentes da situação analítica.

A releitura não é reprodução do texto original mas, sim, a produção de um outro discurso a partir do original. A releitura se propõe transformadora com a textualidade do texto. Cabe aqui ressaltar que o termo textualidade é utilizado para designar a potência do significante enquanto gerador de múltiplos sentidos. No entanto, se a noção de textualidade for levada ao limite, corre-se o risco de cair na opinião, aquilo do que foge o discurso universitário. Foi essa extrapolação do limite que, segundo Garcia-Roza (1994), Derrida denominou de “desconstrução do texto”. Sendo assim, a noção de textualidade enquanto arma crítica é positiva mas, se levada ao extremo, é negativa (Garcia-Roza, 1994).

Como se beneficiar, numa releitura, dessa potência significante do discurso, dessa potencialidade criadora, sem cair no limite do opinativo? Na prática clínica, a psicanálise explora a potência significante de dar lugar a múltiplos sentidos – esta aí a particularidade da psicanálise. Neste sentido, enquanto prática clínica, a teoria psicanalítica se coloca no lugar da textualidade e na exploração dessa textualidade. No entanto, a psicanálise se constitui também

como uma teoria que informa a prática, ou seja, a teoria constitui a prática enquanto prática; sem a teoria, a psicanálise fica reduzida a um empirismo cego (Garcia-Roza, 1994).

O retorno a Freud sugerido por Lacan faz exatamente isso no início: trata-se de um retorno que busca, antes de qualquer coisa, recuperar o rigor conceitual da teoria freudiana. Não se trata de “ser ou não ser lacaniano” para se fazer isso, trata-se apenas de aceitar a proposta de releitura dos textos freudianos a fim de se manter no limite o rigor teórico. O conceito é o que impede de cairmos na mera opinião - isso é fundamental. No entanto, o conceito tem que ser investido de uma necessidade. Neste sentido, o conceito e, portanto, uma teoria, deve responder a um verdadeiro problema. O processo de releitura é análogo à situação clínica: trata-se de uma atitude semelhante à do analista em relação ao analisando e, trata-se de não impor nossas questões ao texto, mas de tentar identificar as próprias questões colocadas pelo texto. Nesse sentido, a releitura do texto tem que considerar o conceito como singularidade, e não como uma abstração lógica. Os conceitos são históricos, pensados em um determinado momento, entrelaçados a outros. Por isso, ler o texto freudiano é escutar os problemas de Freud e não os nossos (Garcia-Roza, 1994).

A questão maior é a que opõe duas concepções de conceito: o conceito entendido como entidade abstrata, como universal formal, e o conceito entendido como singularidade, como respondendo a verdadeiros problemas. No primeiro caso, o pesquisador seria um aplicador de métodos, onde suas conclusões seriam confirmações vazias de sentido. Já no segundo caso, onde o pesquisador entende o conceito como singularidade, este teria uma atitude de “amante da teoria”, um amante que pretende decifrar os segredos da teoria. O sentido da noção de amante da teoria é pautado na noção de sexualização do discurso, isto é, que existe um investimento no trabalho de pesquisa, há um investimento num discurso que dificilmente poderíamos “deslibidinizar”. Não se pode neutralizar esse discurso, retirar dele a presença do amante e da amada. Essa é a proposta de um discurso formalizado, do discurso lógico, formal. É a ausência da dimensão pulsional do discurso que o esvazia, que faz dele um mero procedimento lógico-dedutivo (Garcia-Roza, 1994).

Cabe aqui pontuar a diferença entre o trabalho do analista e do pesquisador para clarear as duas vertentes da pesquisa. O analista em função diferencia-se do pesquisador por uma distribuição diferente entre o processo primário e o processo secundário⁹. No trabalho

⁹ Cabe aqui a conceituação em psicanálise para processo primário e processo secundário. “Os dois modos de funcionamento do aparelho psíquico, tais como definidos por Freud. Podemos distingui-los radicalmente: a) do ponto de vista tópico: o processo primário caracteriza o sistema inconsciente e o processo secundário caracteriza o sistema pré-consciente-consciente; b) do ponto de vista econômico-dinâmico: no caso do processo primário, a energia psíquica escoia-se livremente, passando sem barreiras de uma representação para outra segundo os

clínico, a atenção flutuante e a livre-associação são estímulos para que o processo primário ganhe abrangência e intensidade que na vida real não poderia ganhar. O que caracteriza a situação analítica é o favorecimento do tipo de pensamento que é pertencente ao processo primário. De modo ideal, analista e analisando vão permitir que o processo primário se instale com frequência; é isto que faz da análise uma experiência única. Esta é a característica do trabalho clínico, a distribuição entre o processo primário e o secundário. Essa situação mental que ocorre durante o processo analítico não é pesquisa (Mezan, 1994). “O momento de imersão nesse aspecto fluído, magmático do processo primário, próprio da situação analítica, se opõe à ‘secundarização’ do pensamento necessária à atitude dita [...] de pesquisa” (Mezan, 1994, p.61).

Se durante a fala do paciente o analista fica pensando “qual estrutura está em jogo?”, “que tipo de identificação está ocorrendo?”, está tendo uma atitude típica de pesquisador; no entanto, o analista não estaria fazendo nenhuma análise, ele até escreveria uma boa sessão para a supervisão. Mas a pesquisa clínica ocorre depois, quando o paciente vai embora e o analista se questiona o que se passou ali. A partir daí o processo secundário ganha mais força, segundo a própria expressão do autor, “retoma seu direito de cidade”. O analista começa a se questionar, a reconstruir de modo mais ou menos organizado o que se passou durante a sessão. Neste outro processo, onde o processo secundário é o que está priorizado, é a intelectualização que está em jogo. Este trabalho por sua própria natureza é um trabalho de organização, classificação, esclarecimento (Mezan, 1994).

A teoria psicanalítica fornece esquemas e conceitos como qualquer outra teoria. Segundo Otto Fenichel (citado por Mezan, 1994), o objeto da psicanálise é o irracional, porém o método da psicanálise é absolutamente racional. Entende-se racional as operações do entendimento: organizar, classificar, discriminar, relacionar, hierarquizar, produzir argumentos, produzir problemas, provas, refutações. A teoria psicanalítica faz isso. Por definição, toda experiência só pode ser conceitualizada, isto é, categorizada, através de metáforas, que essas metáforas tenham origem na física, biologia, pouco importa. Para que qualquer experiência possa ser categorizada, saindo do escuro do processo primário, é necessário o trabalho da linguagem que por natureza e essência é metafórico. Este tipo de

mecanismos de deslocamento e de condensação; tende a reinvestir plenamente as representações ligadas às vivências de satisfação constitutivas do desejo (alucinação primitiva). No caso do processo secundário, a energia começa por estar ligada antes de se escoar de forma controlada; as representações são investidas de uma maneira mais estável, a satisfação é adiada, permitindo assim experiências mentais que põem á prova os diferentes caminhos possíveis de satisfação. A oposição entre processo primário e processo secundário é correlativa da oposição entre princípio de prazer e princípio de realidade” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.371).

trabalho é próprio da pesquisa clínica. São esses graus de generalizações flexíveis que nos permitem pensar a pesquisa clínica (Mezan, 1994).

Na universidade há menos oportunidade de se fazer esse tipo de trabalho. O trabalho de pesquisa ou tematização a partir da clínica diz respeito à própria intimidade do analista, que faz parte de um processo de formação que pode ou não estar cruzando com o processo de pós-graduação. São duas coisas diferentes, mas que têm impacto uma sobre a outra. Frequentar uma pós-graduação pode fazer parte da formação do analista, e frequentar as instituições psicanalíticas pode ser interessante para quem queira trabalhar a tese com material clínico. São coisas que se cruzam, mas que não são idênticas. Na universidade predomina o processo secundário (Mezan, 1994).

Além da pesquisa clínica, dois outros tipos de pesquisa são possíveis em psicanálise – a aplicada e a histórico-conceitual. A pesquisa aplicada tem por objetivo utilizar a psicanálise para entender as produções culturais de maneira geral, e familiarizar as pessoas com o método psicanalítico. Isso tem a ver com a exigência feita por Freud, de que a psicanálise não fosse privilégio de médicos, que ela não ficasse na sua dimensão estritamente clínica. Isso porque a psicanálise, além de ser um instrumento terapêutico, é também uma concepção de funcionamento psíquico do homem. Daí o sentido não pejorativo, assinala Mezan (1994), da expressão psicanálise aplicada, que, resultado de interesses diversos dos pesquisadores, testa a fecundidade do método psicanalítico.

Por fim, o tipo de pesquisa no qual se enquadra a proposta deste trabalho – a pesquisa histórico-conceitual. Neste tipo de pesquisa a teoria psicanalítica ocupa o lugar de maior relevo (Aguiar, 2002). Deste modo, se buscará na obra freudiana o desenvolvimento dos conceitos, contextualizando o momento da obra em que aparecem, suas rupturas e sua importância para a teoria psicanalítica sobre os temas em questão.

Este trabalho foi organizado em quatro capítulos, visando alcançar os objetivos traçados. No primeiro capítulo, intitulado *A história como preâmbulo*, o leitor irá encontrar um breve histórico da histeria e da obsessão antes das formulações freudianas e, também, na própria obra de Freud. Os capítulos seguintes possuem títulos auto-explicativos.

O segundo capítulo, *Os primeiros desenvolvimentos da histeria e da neurose obsessiva: trauma e teoria da sedução*, aborda as neuroses em questão sob o prisma da teoria do trauma e da teoria da sedução. O terceiro capítulo, *Uma virada teórica na histeria e na neurose obsessiva: sexualidade, primeira teoria das pulsões, primeira tópica*, trabalha a questão da histeria e da neurose obsessiva a partir da introdução da sexualidade infantil, da primeira teoria das pulsões e da primeira tópica. O quarto e último capítulo, *Últimas*

contraposições entre as neuroses históricas e obsessivas: segunda teoria das pulsões e segunda tópica, contempla as neuroses, foco deste trabalho, sob a ótica da segunda teoria das pulsões e da segunda tópica.

Capítulo 1

A história como preâmbulo

A genialidade de Freud é indiscutível na medida em que sua invenção teórica rompe com o modo de pensar de sua época. Antes dele o sujeito se apresentava como consciente de seus atos; a partir dele, a consciência, parafraseando sua metáfora tão conhecida, não passa de uma ponta do *iceberg* submerso na imensidão do inconsciente. Questionava-se assim a autonomia do *Eu* na determinação do sujeito. O próprio Freud, em um trabalho intitulado *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* (1917), lista seu trabalho como a terceira ferida narcísica da humanidade, visão esta compartilhada pelos adeptos de sua teoria. A primeira seria Copérnico, postulando ser a terra a girar em torno do sol, e não o contrário como até então se pensava. A segunda seria Darwin, que através da teoria da evolução colocou o homem como mero descendente dos primatas e não como a imagem e semelhança de Deus.

Esta pequena digressão justifica-se pelo fato de que o pensamento de Freud, apesar de inovador, não nasce do nada. Suas inovações nosográficas, no que se refere às neuroses histérica e obsessiva, tinham uma história anterior. Mesmo que concebidas de outras formas, possuíam um estatuto na cultura. Deste modo, a título de preâmbulo, faz-se necessário um percurso histórico sobre os temas em questão, para que a partir daí seja possível melhor visualizar a inovação freudiana e o seu desenvolvimento.

Este percurso histórico também contemplará a evolução dos temas na própria teoria freudiana. No entanto, não será desenvolvido o assunto de maneira exaustiva, a discussão seguinte tem por finalidade assinalar os pontos cruciais do pensamento freudiano. Assim, primeiramente serão expostas questões referentes à histeria e, em seguida, sobre a neurose obsessiva. Por se tratar de um percurso histórico, as articulações entre as duas entidades clínicas serão realizadas quando for possível e no momento apropriado.

1.1. Breve histórico da histeria

O termo histeria é derivado da palavra grega *hystera*, que significa matriz, útero. Na Antigüidade e, sobretudo em Hipócrates, a histeria era considerada uma doença orgânica e de origem uterina e, portanto, específica da mulher. A doença tinha a particularidade de afetar o corpo em sua totalidade por “sufocações da matriz” (Roudinesco & Plon, 1998). Os distúrbios descritos por Hipócrates estão ligados a migrações uterinas. O útero frustrado com a continência de sua proprietária desloca-se no corpo para chegar ao cérebro, onde finalmente ele se alimenta, e onde a substância branca substitui um espermatozoide que lhe era parcimoniosamente dispensado, criando ao mesmo tempo febre, vapores, crises e gritos (Israël, 1995). Em seu *Timeu*, Platão retomou a tese de Hipócrates, sublinhando que a mulher

trazia em seu seio um “animal sem alma”. Próximo da animalidade, assim foi o destino da mulher durante séculos, e mais ainda da histérica (Roudinesco & Plon, 1998).

Na Idade Média, sob influência das concepções religiosas, renunciou-se à abordagem médica da histeria. As convulsões e as famosas “sufocações da matriz” eram vistas como expressão de um prazer sexual e, portanto, de um pecado. Assim, os sofrimentos histéricos foram atribuídos a intervenções do demônio, um ser capaz de simular doenças e penetrar no corpo das mulheres para possuí-las (Roudinesco & Plon, 1998).

No Renascimento o corpo das mulheres era “disputado” por médicos e teólogos. Em 1487, com a publicação do *Malleus Maleficarum*, a igreja católica romana e a inquisição, dotadas deste manual que permitia detectar os casos de bruxaria, mandava para o carrasco todas as mulheres consideradas bruxas (Roudinesco & Plon, 1998). Neste momento surge um fenômeno muito particular: a passagem da expressão histeria individual para histeria coletiva, devido à crença na possibilidade de contágio do mal acometido às bruxas (Israël, 1995).

Assim foi durante mais dois séculos, a caça às bruxas fez inúmeras vítimas, embora a opinião médica tentasse resistir a essa concepção. O médico alemão Jean Wier publicou em 1564, na Basileia, um livro intitulado “Da impostura do Diabo”, onde se opunha ao poder da religião e assumia a defesa das “possuídas”, sublinhando que não eram responsáveis por seus atos e as considerava como doentes mentais. Gregory Zilbourg¹⁰ consideraria Jean Wier o fundador da primeira psiquiatria dinâmica (Roudinesco & Plon, 1998). Segundo Israël (1995), independente do saber que se ocupava da histeria, ou seja, a religião ou a medicina, uma estrutura idêntica é revelada: um “tratamento” com objetivo de tornar a histérica inofensiva para a fantasia masculina. “O debate não cessa de prosseguir entre os representantes do corpo eclesiástico e os do corpo médico, todos masculinos” (Julien, 2002, p.168).

No entanto, foi mesmo com Franz Anton Mesmer, em meados do século XVIII, que se operou a passagem de uma concepção demoníaca da histeria para uma concepção supostamente científica. Através da falsa teoria do magnetismo animal, Mesmer sustentou que as doenças nervosas tinham origem em um desequilíbrio na distribuição de um “fluido universal”. Deste modo, bastava que o médico (magnetizador) provocasse crises convulsivas nas pacientes para curá-las mediante o restabelecimento do equilíbrio do fluido (Roudinesco & Plon, 1998).

¹⁰ Psiquiatra e psicanalista americano que publicou em colaboração com George W. Henry, a primeira grande obra consagrada à história da psiquiatria. Forjou a expressão “psiquiatria dinâmica”, para definir uma área da psiquiatria cujo objetivo era secularizar o fenômeno mental, arrancando-o à demonologia, por um lado, e ao organicismo, isto é, à medicina, por outro (Roudinesco & Plon, 1998).

Durante todo esse período, descrito até aqui muito brevemente, a tese da presunção uterina não parou de ser contestada. Vários médicos achavam que a doença provinha do cérebro e atingia os dois sexos. Charles Lepois (1563-1633) foi o primeiro a estabelecer a idéia de uma histeria masculina em 1618. A hipótese cerebral conduziu a uma “dessexualização” da histeria, embora não tenha posto fim à antiga concepção da animalidade da mulher. No século XVII, pôde-se invocar o papel das emoções: dos vapores e dos humores, a ponto de se confundir numa mesma entidade a histeria e a melancolia. Até o fim do século XVIII, o útero e a matriz continuaram presentes na patologia da histeria. A partir de Pinel, graças à difusão dos humores e pelos nervos este quadro foi alterado (Roudinesco & Plon, 1998).

Em 1859, a hipótese cerebral foi reafirmada por Pierre Briquet, que incluiu, como fazendo parte da histeria, fenômenos sociológicos ou materiais, tais como: as condições de vida e de trabalho, os ciclos da natureza e até mesmo os movimentos dos astros. Com o advento da sociedade industrial e os conseqüentes acidentes traumáticos de trabalho (que atingiam principalmente os homens), abriu-se caminho para um amplo debate sobre a histeria masculina (Roudinesco & Plon, 1998).

A revolução pineliana deu origem ao alienismo moderno e pôs fim às concepções demonológicas em prol de uma visão psiquiátrica da histeria. Neste momento, duas tendências se confrontaram: os defensores do organicismo de um lado, e os defensores da psicogênese de outro. Para os organicistas, a histeria era uma doença cerebral, de natureza fisiológica ou de substrato hereditário. Já para os adeptos da psicogênese, a histeria era uma afecção psíquica, ou seja, uma neurose. O termo neurose fora proposto em 1769 pelo médico escocês William Cullen, para definir as doenças que ocasionavam distúrbios da personalidade, e se popularizou na França através de Philippe Pinel em 1785. A proposição do termo atesta uma mudança do olhar clínico, onde se propagou a abertura de cadáveres para observação direta dos órgãos que haviam sofrido de alguma patologia. A partir daí surge a idéia de criar um conceito que designasse um conjunto de problemas da sensibilidade e da motricidade que não apresentavam nenhuma relação com qualquer órgão. A moderna definição de neurose nasce para dar conta de um campo para o qual a nova medicina anatomopatológica não encontrava nenhuma explicação orgânica (Roudinesco & Plon, 1998).

Paralelamente, com o declínio do magnetismo mesmeriano, desenvolveu-se uma corrente terapêutica que resultaria, via hipnose, na invenção das psicoterapias modernas, dentre elas a psicanálise. A partir de 1840, a medicina desestimulou o estudo sobre o magnetismo. O médico escocês James Braid (1795-1860) cunhou a palavra hipnotismo do

grego *hipnos*: sono. Ele substituiu a teoria dos fluídos pela noção de estimulação físico-químico-psicológica, assim mostrando a inutilidade das intervenções de tipo magnética (Roudinesco & Plon, 1998).

Um século depois da popularização do termo neurose na França, por Pinel, Jean Martin Charcot, ligando o hipnotismo e a neurose, devolveu dignidade à histeria. Não somente abandonou a tese da presunção uterina, como também, fazendo da histeria uma neurose, libertou as histéricas da suspeita de simulação, aventada pelos médicos anátomo-patologistas. A moderna noção de neurose histérica veio à luz no Ocidente ao mesmo tempo em que se produzia, entre 1880 e 1900, uma epidemia de sintomas histéricos. Escritores, médicos e historiadores concordavam em ver nas crises da sociedade industrial sinais convulsivos de natureza feminina (Roudinesco & Plon, 1998).

Remetida a uma causa traumática que tinha ligação com o sistema genital, a histeria de Charcot tornou-se uma doença funcional, de origem hereditária, que tanto afetava os homens quanto as mulheres. Daí a retomada das teses de Lepois sobre a existência de histeria masculina, à qual se atribuía uma causa traumática – como os acidentes de trabalho, por exemplo.

Mas Charcot utilizava a hipnose não para tratar seus pacientes, mas para demonstrar a validade de fundamento de suas hipóteses. Hipnotizando seus pacientes da Salpêtrière, ele induzia experimentalmente sintomas histéricos, a fim de suprimi-los de imediato e assim demonstrar o caráter neurótico da doença. Devido a seus métodos, foi acusado por Hippolyte Bernheim, um dos líderes da escola de Nancy, de fabricar sintomas histéricos por sugestão e de atentar contra a dignidade dos pacientes.

Na verdade, duas correntes do pensamento médico enfrentaram-se nesse debate. De um lado a Escola de Salpêtrière, oriunda da neurologia e da tradição do alienismo, colocava a pesquisa teórica no centro de suas preocupações. De outro lado, inversamente, a Escola de Nancy, mais culturalista, pautava-se numa medicina dos pobres e, portanto, numa tradição terapêutica (Roudinesco & Plon, 1998).

Freud, simultaneamente teórico e terapeuta, devotava mais admiração por Charcot do que por Bernheim. Todavia, inspirou-se tanto na Escola da Salpêtrière quanto na de Nancy para reivindicar as hipóteses francesas, contrariando os médicos de Viena (Theodor Meynert e Richard Von Krafft-Ebing). Ele cotejou as teses de Charcot com as de Bernheim: o primeiro abriu caminho para uma nova conceituação da histeria, o segundo havia mostrado o princípio de seu tratamento psíquico (Roudinesco & Plon, 1998).

Entre 1888 e 1893, Freud forjou um novo conceito de histeria retomando de Charcot a idéia da origem traumática. Todavia, pela teoria da sedução, afirmou que o trauma tinha causas sexuais, enfatizando ser a neurose histérica fruto de um abuso sexual realmente vivido pelo sujeito na infância. Até 1897, ele manteve essa concepção etiológica da histeria. No entanto, em um segundo momento, renunciou a esta primeira teoria etiológico-sexual para inventar a noção de fantasia e retirar da sexologia a noção de libido¹¹ (Roudinesco & Plon, 1998).

Sob o aspecto da técnica terapêutica, Freud retomou de Bernheim a idéia de sugestão, da qual não gostava. Em seguida, abandonou esta idéia em prol da noção de transferência, depois de haver passado do método catártico de Breuer para o da associação livre (Roudinesco & Plon, 1998).

Nos *Estudos sobre a histeria* (1895), Freud propusera os grandes conceitos de uma nova apreensão do inconsciente: o *recalcamento*, a *ab-reação*, a *resistência* e, por fim, a *conversão*, conceito este que tornou possível compreender como uma energia libidinal se transformava em uma *somatização* dotada de uma significação simbólica. Após o abandono da teoria da sedução, e com a publicação de *A interpretação dos sonhos* (1900), reconheceu o conflito psíquico inconsciente como a principal causa da histeria, afirmando, a partir de então, que as histéricas não sofriam de *reminiscências*, como afirmara nos *Estudos*, mas, sim, que a causa da histeria era uma fantasia inconsciente. Mesmo que na infância houvessem sofrido abusos ou violência, o trauma já não servia como explicação exclusiva sobre a questão da sexualidade humana. Ao lado da realidade material existe a *realidade psíquica*, igualmente importante em termos da história do sujeito (Roudinesco & Plon, 1998).

Em seguida, com a teorização da sexualidade infantil nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) identificou o conflito nuclear da neurose histérica – a impossibilidade do sujeito liquidar o *Complexo de Édipo* e evitar a *angústia de castração*, que o leva a rejeitar a sexualidade. No caso Dora, publicado no mesmo ano, afirma que “tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em que uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderantes ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos” (Freud, 1905 [1901]-1976, p. 37).

A concepção freudiana da histeria já então havia atingido a maturidade, ainda que sustentasse a idéia de que, sem se originar de um trauma, ela podia decorrer de um mecanismo hereditário. De fato, considerava então que os descendentes de pessoas atingidas

¹¹ A questão sobre a teoria da sedução e o seu abandono será enfatizada no decorrer do trabalho.

por doenças venéreas eram predispostas a serem atingidas por neuroses graves (Roudinesco & Plon, 1998). Todavia, afirma que a hereditariedade não esclarece em nada a neurose. Se existe uma hereditariedade, a medicina é incapaz de transformá-la. Por outro lado, existem fatores específicos capazes de provocar as neuroses. São esses fatores que a psicanálise coloca em evidência e procura se ocupar (Israël, 1995).

1.2. Breve histórico da neurose obsessiva

Depois de percorrer os caminhos da histeria, nos deteremos de forma mais específica sobre a neurose obsessiva. O termo obsessão foi introduzido pelo alienista francês, Jules Falret (1824-1902), para sublinhar o fenômeno em que o sujeito é acometido por idéias patológicas, e por uma culpa que o persegue e o obceca. Logo em seguida, o termo foi traduzido para o alemão por Richard Von Krafft-Ebing¹², que utilizou a palavra *Zwang*. Na língua germânica, ele remete à idéia de coerção e compulsão a agir e pensar contra vontade (Roudinesco & Plon, 1998). Já o termo inglês *obsession* data do século XVII e foi usado por um abade a propósito de um paroquiano que lia compulsivamente seu livro de orações (Ribeiro, 2003). Independente do histórico da aparição do termo é válido ressaltar o fato de ter cabido a Freud o mérito de conferir, pela primeira vez, um conteúdo teórico à antiga clínica das obsessões (Roudinesco & Plon, 1998).

A obsessão apareceu tardiamente na clínica das neuroses em comparação com a histeria, que já era conhecida desde a Antigüidade. A história das duas entidades clínicas está ligada à história da religião no ocidente. Ambas assemelham-se com os antigos fenômenos de possessão e com a divisão entre corpo e alma.

Na histeria, a possessão é sonambúlica, passiva, inconsciente e feminina, e o demônio se apodera do corpo da mulher para torturá-lo. Já na obsessão, a possessão é ativa, consciente e masculina, onde é o próprio sujeito que é internamente torturado por uma força demoníaca. Do lado da histeria está a mulher, assimilada a uma feiticeira e culpada através de um corpo diabólico. De outro lado, está a obsessão, representada pelo homem invadido por uma sujeira moral que o obriga a ser seu próprio inquisidor. “A histeria é uma arte feminina da sedução e da conversão, e a obsessão, um rito masculino comparável a uma religião” (Roudinesco & Plon, 1998, p.539).

¹² Psiquiatra austríaco e um dos fundadores da sexologia. Foi professor de psiquiatria em Viena e teve sua obra *Psychopathia sexualis* (uma espécie de catálogo sofisticado) publicada em 1886 e traduzida no mundo inteiro. Freud adotou várias noções a partir deste trabalho (Roudinesco, 1998).

Freud estabeleceu estas diferenças entre feminino e masculino, atividade e passividade e corpo convulsivo e consciência culpada. Em carta a Fliess de outubro de 1895, ele escreve que:

(...) entre outras coisas, estou na trilha da seguinte precondição estrita da histeria: a de que deve ter ocorrido uma experiência sexual primária (anterior à puberdade), acompanhada de repugnância e medo; na neurose obsessiva, ela deve ter ocorrido acompanhada de prazer (...). A histeria é a consequência de um choque sexual pré-sexual. A neurose obsessiva é a consequência de um prazer sexual pré-sexual, que se transforma, posteriormente, em auto-recriminação (Freud, 1895 [1986], p.142-144)¹³.

Deste modo, no contexto de sua teoria da sedução (trauma sexual infantil), até 1897, Freud via a sexualidade das meninas sob o signo da passividade e do pavor, e a dos meninos, sob o signo de um prazer ativo vivido como um pecado (Roudinesco & Plon, 1998). Embora tenha mantido certa correlação entre passividade e histeria e atividade e obsessão, ele rejeitou essencialmente essa bipolarização e a substituiu por uma outra explicação etiológica baseada em sua nova teoria da sexualidade. A neurose obsessiva passou a ser uma neurose que tem origem em um conflito psíquico e que afeta tanto os homens quanto as mulheres (Roudinesco & Plon, 1998). Em suma, a inovação nosográfica freudiana, que relaciona a neurose obsessiva aos sintomas de pensamentos ou de atos compulsivos, pode ser vista a partir de como Freud constrói essa nova neurose por analogia com o mecanismo da histeria entre os anos de 1894 a 1905, segundo dois tempos.

Em um primeiro tempo, de ordem etiológica, houve na infância uma excitação sexual precoce – de início, supostamente provocada pelo adulto, depois, após 1897, e supostamente espontânea. Se o trauma é vivido passivamente na histeria, por outro lado houve atividade com prazer na neurose obsessiva. Em um segundo tempo, os afetos decorrentes do trauma, porque inconciliáveis com o *eu*, desprendem-se de suas representações primeiras para operar uma “falsa ligação” com novas representações por deslocamento. Essa substituição é uma defesa do *eu*. Não existe recalque sem retorno do recalado. Se na histeria o retorno se dá via conversão, na neurose obsessiva o retorno se dá por transposição para outras representações mais conciliáveis com o *eu* (Julien, 2002).

Mas só a partir de 1905, com a publicação dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, houve uma mudança mais profunda em suas concepções sobre a neurose obsessiva. Se o modelo da histeria já estava pronto nessa época, o da neurose obsessiva apenas começava a evoluir. Isto porque suas mudanças estavam estritamente relacionadas

¹³ Trecho extraído da Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904.

com as questões da sexualidade infantil (perversa polimorfa) e do erotismo anal, introduzidas justamente nesse trabalho (Roudinesco & Plon, 1998). De fato, a concepção freudiana a partir dos *Três ensaios* marca uma virada, ao mostrar a importância capital das zonas erógenas e das pulsões parciais. As defesas do *eu* operam uma volta regressiva ao estágio anal. O artigo de 1908, *Caráter e erotismo anal*, estabelece o vínculo entre o objeto anal e a neurose obsessiva com sintomas de preocupação de ordem ou de limpeza e com os de teimosia (Julien, 2002).

No decorrer de sua obra, Freud foi transformando sua concepção da neurose obsessiva. Na história do Homem dos Ratos, é o erotismo anal que domina a organização sexual do obsessivo. Ao fazer uma analogia entre a religião e o cerimonial do obsessivo, ele propõe que essa analidade está igualmente presente nas práticas religiosas: na religião os rituais são portadores de um sentido e, no cerimonial obsessivo, os ritos correspondem apenas a uma significação neurótica. Assim, a neurose é caracterizada como uma religião individual e, a religião, como uma obsessão universal (Roudinesco & Plon, 1998).

Em 1913, Freud retoma essa temática, com a publicação do livro *Totem e tabu* e do artigo *A disposição à neurose obsessiva*. Comparada à histeria, definida como uma linguagem pictórica, a neurose obsessiva foi novamente colocada sob o signo da religião.

As neuroses, por um lado, apresentam pontos de concordância notáveis e de longo alcance com as grandes instituições sociais, a arte, a religião e a filosofia. Mas, por outro lado, parecem como se fossem distorções delas. Poder-se-ia sustentar que um caso de histeria é a caricatura de uma obra de arte, que uma neurose obsessiva é a caricatura de uma religião (...) (Freud, 1913 [1976], p.95).

Se em *Totem e Tabu*, Freud aborda as entidades clínicas a partir de uma perspectiva mais cultural, em *A disposição à neurose obsessiva*, ele estabelece um vínculo entre a neurose obsessiva e as pulsões erótico-anais e sádicas. As pulsões parciais já estão concentradas numa escolha de objeto, embora o primado das zonas genitais ainda não esteja estabelecido (Julien, 2002). Deste modo, a obsessão deveria ser igualmente relacionada a uma regressão da vida sexual ao estágio anal, tendo como resultado o sentimento de ódio, pois, segundo Freud, é o ódio, antes do amor, que estrutura as relações entre os homens. Para se defender deste ódio, o homem é obrigado a elaborar uma moral (Roudinesco & Plon, 1998).

Se a obsessão é associada a uma regressão ao estágio anal, a qual fase se associa a regressão na histeria? Cabe aqui esta pergunta, pois é uma questão que se pretende responder no decorrer deste trabalho, pois a partir desta época Freud se ocupou mais da neurose obsessiva do que da histeria. Assim, quando ele introduz a segunda tópica, a sua concepção

sobre a obsessão é alterada, como será visto adiante. Outra questão que se coloca é saber se a noção de histeria também muda a partir da segunda tópica.

A partir de 1923, a teoria foi novamente reformulada não só com a segunda tópica (*isso, eu e supereu*), mas também com a noção da *pulsão de morte*. Assim, o que desencadeia a neurose obsessiva é o medo que o *eu* tem de ser punido pelo *supereu*. Enquanto o *supereu* age sobre o *eu* como um juiz severo, o *eu* é obrigado a resistir às pulsões destrutivas do *isso*. O *eu* em suas tentativas defensivas desenvolve formações reativas que assumem a forma de sentimentos morais, ou de piedade, limpeza e culpa (Roudinesco & Plon, 1998).

Como pôde ser visto, Freud definiu sucessivamente a especificidade etiopatogênica da neurose obsessiva. Do ponto de vista dos mecanismos (deslocamento do afeto, isolamento, anulação retroativa); do ponto de vista da vida pulsional (ambivalência, fixação na fase anal e regressão) e do ponto de vista tópico (tensão entre o *eu* e um *supereu* particularmente cruel) (Laplanche & Pontalis, 1998).

O que até então foi assinalado sobre a histeria e a neurose obsessiva foram aspectos históricos e pontos mais gerais da teorização freudiana. A partir de agora tentaremos abordar as questões de maneira mais específica e tentar desenvolver cada ponto que foi apresentado de modo genérico.

Capítulo 2

Os primeiros desenvolvimentos da histeria e da neurose obsessiva: Trauma e teoria da sedução

Na tentativa de compreender a questão do trauma e a teoria da sedução, percorreremos o próprio trajeto freudiano. Este modo de apreender a teoria tem por objetivo acompanhar a evolução do pensamento freudiano fazendo as perguntas do próprio Freud, para que a partir daí seja possível entender o modo como ele vai construindo sua “neurótica”.

2.1. A questão do trauma

Na conferência *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* (1893), verifica-se a predominância do fator traumático entre as presumidas causas da histeria. Tal priorização é força direta da influência de Charcot sobre as idéias de Freud (Strachey, 1976).

No trabalho acima citado, Freud apresenta uma analogia entre a *histeria traumática* e a *histeria não-traumática*. Argumenta que o fenômeno da *histeria comum* pode ser seguramente considerado segundo o mesmo modelo da *histeria traumática*. E afirma que “(...) há uma analogia total entre a paralisia traumática e a histeria comum, não-traumática” (Freud, 1893 [1976], p.43). Vejamos como Freud constrói sua argumentação. Primeiramente, credita a Charcot os modernos avanços na compreensão e no conhecimento da histeria, mas aproveita para avisar que, tendo como ponto de partida o trabalho do mestre francês, sua própria contribuição desenvolveu-se de modo independente.

No que concerne ao trauma, este deve satisfazer certas condições. Imaginemos um sujeito submetido a um trauma, sem ter estado previamente doente e, talvez, sem ter uma predisposição hereditária. Para que o trauma se torne operante, ele deve ser grave (no sentido de oferecer perigo real à sobrevivência do sujeito), sem, contudo, eliminar a atividade psíquica. Além deste fator, ele deve estar relacionado a alguma parte do corpo. Tomemos de Freud um exemplo:

Suponhamos que uma pesada tora de madeira caia sobre o ombro de um trabalhador. O golpe o faz desfalecer, mas ele logo verifica que nada ocorreu e vai para a casa com um leve ferimento. Após umas semanas, ou após alguns meses, acorda certa manhã e observa que o braço sujeito ao trauma pende flácido e paralisado, embora no intervalo, que poderíamos chamar de período da incubação, tenha utilizado o braço perfeitamente bem. Se o caso é típico, pode ocorrer que se dê o ataque peculiar – isto é, após uma aura, ele entra repentinamente em colapso, enfurece-se e torna-se delirante; e, se fala em seu delírio, pode mostrar que a cena de seu acidente está sendo repetida nele, acrescida talvez de vários quadros imaginários (Freud, 1893 [1976], p. 40).

Freud explica este exemplo a partir das demonstrações de Charcot que, através da hipnose e da sugestão, reproduzia artificialmente no paciente a paralisia. Se compararmos os

dois exemplos, de um lado um trauma, de outro uma sugestão traumática, verificaremos um mesmo resultado final em ambos os casos. Se o trauma pode ser substituído em um caso por uma sugestão verbal, é plausível supor que uma representação deste tipo seja responsável pela paralisia no caso do trauma espontâneo. A diferença reside em que na situação artificial o sujeito estava sob hipnose. No entanto, Charcot considera como equivalentes o afeto despertado no trauma espontâneo e o estado de hipnose induzido artificialmente. Deste modo, a gênese do sintoma fica determinada pelas circunstâncias do trauma. As explicações de Charcot não contemplam o modo como são gerados os outros sintomas histéricos, mais especificamente os sintomas que aparecem na histeria comum, não-traumática (Freud, 1893[1976]). É a partir daí que entram as contribuições freudianas.

O desenvolvimento teórico de Freud parte de um atendimento realizado por Breuer de uma moça conhecida na história da psicanálise como Anna O. Com etiologia não-traumática, ela foi acometida de uma histeria aguda e complicada, acompanhada de paralisias, contraturas, distúrbios na fala e na visão, e peculiaridades psíquicas de toda espécie. Freud considerou-o um caso modelo, pois as inferências justificadas deste caso podiam ser estendidas a um número considerável de pacientes histéricos, se não a todos. Sua compreensão levou Freud a postular a existência de uma experiência afetivamente marcante por trás da maioria dos fenômenos da histeria. A única diferença entre a histeria traumática e a histeria comum, não-traumática, está em que na primeira um trauma principal foi operativo, enquanto na última raramente existe um único evento principal a ser assinalado, mas também uma série de impressões afetivas e toda uma história de sofrimentos. Mesmo na histeria traumática, o que produz o resultado não é o fator mecânico em si, mas o afeto do terror – o trauma psíquico¹⁴ (Freud, 1893[1976]).

Na histeria comum, a determinação do sintoma pelo trauma psíquico não é tão evidente, e só encontramos a relação simbólica entre a causa determinante e o sintoma histérico. É a expressão de um estado psíquico através de um estado físico. Deste modo, toda histeria deve ser encarada como histeria traumática, no sentido de que implica um trauma psíquico e que todo fenômeno histérico é determinado pela natureza do trauma (Freud, 1893[1976]).

Observamos até aqui a influência de Charcot sobre Freud, que fundamentalmente valoriza a questão traumática como fonte etiológica da histeria. No entanto, não havia então nada sobre a questão sexual na origem da histeria e, muito menos, da neurose obsessiva. A

¹⁴ É interessante notar que já nesta época Freud colocava a importância sobre o representante psíquico do trauma e, não, sobre o trauma em si.

partir de seu próximo trabalho, sua “*Neurótica*” já começa a tomar formas mais definitivas. Examinemos agora este trabalho.

Entre os anos 1893-1894, Freud esteve profundamente engajado na investigação das neuroses. O artigo *As Neuropsicoses de Defesa* (1894) surge exatamente da demarcação do campo da histeria, da obsessão e de certas psicoses alucinatórias (Strachey, 1976), e nele já é possível detectar a emergência do que veio a se tornar parte essencial das concepções freudianas. Exemplo disso é a *teoria da defesa*: embora tivesse sido muito brevemente mencionada na *Comunicação Preliminar* (1893), ela é aqui discutida de maneira extensiva. Mesmo os termos, *defesa* e *conversão*, aparecem neste artigo pela primeira vez (Strachey, 1976). O subtítulo do artigo – uma tentativa de teoria psicológica da histeria adquirida, de muitas fobias e obsessões e de certas psicoses alucinatórias – já demonstra o objetivo que Freud pretende alcançar com este trabalho, afirmando que, após um estudo detalhado de pacientes obsessivos, pôde construir uma teoria psicológica das obsessões – e que suas observações destes pacientes resultaram em contribuições à teoria da histeria.

Neste momento de sua obra, Freud classifica a histeria de três formas, que constituem de fato formas diversas de explicá-la: histeria hipnóide, histeria de retenção e histeria de defesa. A *histeria hipnóide* se caracterizaria por uma divisão do conteúdo da consciência, resultante de um ato de vontade do sujeito cujo motivo pode ser especificado. Este motivo refere-se ao confronto entre o *eu* e uma experiência (representação ou afeto)¹⁵ aflitiva que o sujeito deseja esquecer. Não que o sujeito tencione dividir sua consciência, já que seu objetivo é diferente; mas, ao invés de prender-se à sua intenção, acaba por produzir este *splitting* da consciência. Já na *histeria de retenção*, trata-se de casos em que houve uma falta de reação aos estímulos traumáticos, ou seja, não ocorreu *ab-reação*¹⁶. Enfim, a última forma de histeria, a *histeria de defesa*, é a que mais nos interessa, pois com ela Freud faz conexões com a obsessão (Freud, 1894 [1976]), como veremos mais adiante.

¹⁵ O termo representação (*Vorstellung*) é “um termo clássico em filosofia e em psicologia para designar aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento e em especial a reprodução de uma percepção anterior. Freud opõe a representação ao afeto, pois cada um destes dois elementos tem destinos diferentes nos processos psíquicos” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.448). Já o termo afeto (*Affekt*) é um “termo que a psicanálise foi buscar na terminologia alemã e que exprime qualquer estado afetivo, penoso ou desagradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma de uma descarga maciça, quer como tonalidade geral. Segundo Freud, toda pulsão se exprime em dois registros, do afeto e da representação. O afeto é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e as suas variações” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.9).

¹⁶ “Descarga emocional pela qual um sujeito se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico. A ab-reação, que pode ser provocada no decorrer da psicoterapia, principalmente sob hipnose, e produzir então um efeito de catarse, também pode surgir de modo espontâneo, separada do traumatismo inicial por um intervalo mais ou menos longo”. (Laplanche & Pontalis, 1998, p.1)

Quanto ao trajeto entre o esforço voluntário do sujeito e o aparecimento do sintoma neurótico, Freud apresenta o que podemos considerar como sua primeira tentativa de teoria psicológica das neuroses – *a teoria do trauma*. O *eu*, em sua atitude defensiva, se coloca na tarefa de tratar a representação incompatível (traumática de cunho sexual) simplesmente como *non-arrivéé*. No entanto, tal tarefa não pode ser cumprida, pois tanto os traços de memória como o afeto referente à representação não podem ser erradicados. O que o *eu* pode fazer é aproximar-se do cumprimento desta tarefa. Como? Tornando mais fraca esta representação privando-a de seu afeto que está investido na mesma. A representação agora mais fraca não terá virtualmente nenhuma exigência a fazer quanto ao trabalho de associação. Porém, o investimento retirado da representação tem que ser utilizado de outra forma. Até este ponto, os processos na histeria e nas obsessões são os mesmos; a partir deste momento, os seus caminhos divergem (Freud, 1894 [1976]). Vejamos agora mais de perto os processos específicos da histeria e das obsessões.

Na histeria, a representação incompatível é tornada inofensiva pelas transformações do afeto em algo somático – a este processo Freud deu o nome de *conversão*. A conversão pode ser total ou parcial e opera ao longo da linha da inervação motora ou sensorial relacionada à experiência sexual traumática. Através da conversão, o *eu*, ao menos provisoriamente, consegue libertar-se da contradição com a qual foi confrontado. Por que? O afeto escoado pelo canal da inervação somática encontra, de vez em quando, seu caminho de retorno à representação da qual se destacou. Isto porque, a partir da formação do núcleo para um expelir (*splitting-off*) histérico formado no momento traumático, ele crescerá em outros momentos que podemos chamar de “momentos auxiliares”. Estes se formam sempre quando a emergência de uma nova impressão da mesma espécie provoca uma ruptura na barreira erigida pela vontade, fornecendo afeto recente à representação enfraquecida. Assim restabelece-se, momentaneamente, o elo associativo entre os dois grupos psíquicos, até que uma conversão posterior estabeleça a defesa. O sujeito histérico, por sua vez, encontra duas saídas para lidar com a situação: ele é compelido a superrelaborar a representação associativamente ou a livra-se dela através de ataques histéricos – como no contraste entre ataques e sintomas crônicos (Freud, 1894 [1976]).

Deste modo, nota-se que o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas a capacidade de conversão (Freud, 1894 [1976]). Ao tomar esta posição, Freud aproxima-se, neste momento de sua obra, das conhecidas definições de histeria de

Oppenheim - para quem a histeria é uma expressão intensificada da emoção¹⁷ - e de Strümpell - que localiza o distúrbio histérico na esfera psicofísica, ou seja, na região onde vinculam o somático e o anímico. E distancia-se da concepção de Janet que, segundo o próprio Freud, atribui grande importância à divisão (*splitting*) da consciência em sua caracterização da histeria. De acordo com a teoria de Janet (1892-1894), com a qual Freud não está de acordo, o *splitting* da consciência é um traço primário da modificação mental na histeria, que se assenta em uma fraqueza inata da capacidade de sínteses psíquicas: na forma de um estigma psíquico, evidenciaria a degeneração dos indivíduos histéricos (Freud, 1894 [1976]).

Se o processo característico da histeria é a conversão, na neurose obsessiva o processo é outro. Com o intuito de rechaçar uma representação incompatível, o *eu* separa o afeto ligado a esta representação, e este por sua vez, diferentemente da histeria em que o afeto é convertido, permanece na esfera psíquica. A representação enfraquecida permanece na consciência separada de toda associação. De todo modo, o afeto separado que se tornou livre liga-se a outras representações, que não lhe sejam incompatíveis, através de uma falsa conexão. E são exatamente essas novas representações investidas de afeto que se desenvolvem como obsessivas (Freud, 1894 [1976]).

Tal como na histeria, na neurose obsessiva a representação incompatível também é de cunho sexual. Assim, a obsessão representa um substituto da representação sexual incompatível. O processo de separação da representação sexual de seu afeto e a ligação deste último a outra representação é operado fora da consciência – o que chamamos de deslocamento. Para suprir essa conexão secundária do afeto liberado, pode-se utilizar qualquer representação que possa, por sua natureza, ser unida a um afeto da qualidade em questão, ou que se relacione de alguma forma à representação incompatível (Freud, 1894 [1976]). É essa *mésalliance* entre o estado emocional e a representação associada que explica os disparates tão característicos das obsessões (Freud, 1895[1894] – 1976).

Em comparação com a histeria, pode-se dizer que o mecanismo em questão na neurose obsessiva – o deslocamento – oferece uma maior desvantagem ao *eu*. O afeto de que o *eu* sofreu permanece como antes, inalterado e não diminuído; a única diferença é que a representação incompatível é recalçada. Se as obsessões são desacompanhadas dos sintomas extraordinários que caracterizam a formação de um grupo psíquico independente na histeria é

¹⁷ De acordo com Oppenheim [1890], a expressão de emoção representa o montante de excitação psíquica que normalmente sofre conversão. Dois ou três anos depois Freud dissociou-se da nota de Oppenheim em uma carta a Fliess de 6 de dezembro de 1896 (Freud, 1950, Carta 52) (Strachey, 1976).

porque, neste caso, toda a alteração permaneceu na esfera psíquica, e a relação entre a excitação psíquica e a inervação somática não sofreu nenhuma mudança. Apesar das diferenças dos mecanismos específicos da histeria e da neurose obsessiva, a semelhança entre as duas reside no fato de que a defesa contra a representação incompatível é efetuada separando-a de seu afeto (Freud, 1894 [1976]).

Os dois métodos de defesa até então descritos, e com eles as duas formas de doença que lhes correspondem, podem encontrar-se combinados em um mesmo sujeito. O aparecimento simultâneo de obsessões e sintomas histéricos, observados na prática, é um dos fatores que dificultam separar nitidamente as neuroses. Para estes casos, é necessária a criação de uma outra categoria – as *neuroses mistas*¹⁸ (Freud, 1894 [1976]).

A hipótese de trabalho utilizada por Freud para a exposição das neuroses de defesa já está subjacente na teoria da ab-reação apresentada na *Comunicação Preliminar (1893)*. Tal hipótese refere-se ao conceito de *quota de afeto* ou *soma de excitações*, que apresenta todas as características de uma quantidade (apesar de não dispor de meios para medi-la), capaz de crescimento, diminuição, deslocamento e descarga. Esta soma de excitação espalha-se sobre os traços de memória das representações como uma carga elétrica que se expande na superfície de um corpo. Esta hipótese pode ser aplicada no mesmo sentido que os físicos aplicam à hipótese de um fluxo de energia elétrica, e ela se justifica por sua utilidade na coordenação e explicação de uma grande variedade de estados psíquicos (Freud, 1894 [1976]).

Com este trabalho mais detalhado sobre as neuroses, Freud deu os primeiros passos no caminho da compreensão da histeria e da neurose obsessiva. No entanto, muita coisa ainda estava por vir. Note-se que em *As neuropsicoses de defesa*, a questão sexual como traumática é apenas vislumbrada. Também não é contemplada por Freud a questão dos atos compulsivos presentes na neurose obsessiva. É só em seu próximo trabalho que Freud irá articular alguma coisa sobre o assunto.

No artigo *Obsessões e Fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia (1895[1894])*, no que concerne às obsessões, Freud praticamente repete a seção II do primeiro artigo sobre *As Neuropsicoses de Defesa (1894)*, acrescentando pouca coisa à sua teoria da neurose obsessiva. Ele serve mais para diferenciar as obsessões e as fobias como neuroses distintas (Strachey, 1976). No entanto, suas poucas contribuições são de grande importância teórica. No artigo anterior, Freud trabalhou mais a questão da substituição da representação original

¹⁸ “Forma de neurose caracterizada pela coexistência de sintomas provenientes, segundo Freud, de neuroses etiologicamente diferentes” (Laplanche e Pontalis, 1998, p.312).

(incompatível) por uma outra representação – a representação substituta, o que caracterizaria o fenômeno da obsessão. Este processo consegue meramente substituir a representação incompatível por uma outra, mal adaptada para ser associada com o estado emocional que permanece inalterado (Freud, 1985[1984] – 1976).

No artigo *Obsessões e Fobias*, a contribuição de Freud avança a teoria da neurose obsessiva ao examinar o mecanismo dos atos compulsivos. No caso da compulsão, a representação é substituída não mais por uma outra representação, mas por atos ou impulsos que serviram originalmente como medidas de alívio ou como procedimentos protetores. Tais procedimentos são associados a um estado emocional que permaneceu inalterado, mas que não lhes são adequados e, ainda assim, permanecem justificáveis como em sua origem (Freud, 1985[1984] – 1976). A contribuição de Freud não ultrapassa o que foi mencionado acima, e apenas em seu trabalho com o nome de *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* retomaria esta questão de forma mais detalhada.

Outro trabalho importante de Freud no que se refere à etiologia da histeria e da neurose obsessiva é *Hereditariedade e a etiologia das neuroses* (1896). Este artigo pode ser considerado como um sumário da então (contemporânea) concepção de Freud sobre a etiologia das duas “psiconeuroses”, a histeria e a neurose obsessiva (Strachey, 1976). Ele apresenta uma extensa discussão sobre o papel da hereditariedade em sua etiologia. Amplamente desenvolvido no artigo *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (1896), o tema é apresentado segundo uma concepção diferente daquela de Charcot, embora seja ainda atribuída grande importância à hereditariedade como fator etiológico. Assim inicia seu trabalho: “Dirijo-me em particular aos discípulos de Charcot ao apresentar algumas objeções à teoria etiológica das neuroses que nos foi legada pelo mestre” (Freud, 1896a [1976], p.165).

Charcot atribuía à hereditariedade a única causa verdadeira e indispensável das afecções neuróticas, sendo as outras influências etiológicas apenas *agents provocateurs*. Freud (1896a [1976]), ao contrário, priorizou as outras influências etiológicas e as agrupou em três classes. Este agrupamento foi feito levando em consideração o fato de que as influências etiológicas são diferentes entre si tanto em importância como no modo pela qual se relacionam ao efeito que produzem. São elas: (1) *as condições* indispensáveis para produzir a patologia referente, mas que são de caráter geral e encontram-se igualmente em outras patologias – aqui entraria a hereditariedade; (2) *as causas concorrentes*, fazem parte das condições, desde que funcionem na causação de outras patologias tanto quanto na da patologia em questão, mas que são indispensáveis para a produção desta última. Faz parte das

causas concorrentes (ou auxiliares) das neuroses uma série de agentes tais como distúrbio emocional, exaustão física, doenças graves, acidentes traumáticos, entre outras; (3) *as causas específicas*, que são indispensáveis como as condições, mas que são de natureza limitada, pois aparecem somente na etiologia das patologias de que são específicas.

Deste modo, o que Freud faz é priorizar as causas específicas das neuroses. Ele considera a hereditariedade como uma condição necessária e as causas concorrentes como causas que até podem funcionar como *agents provocateurs*, fazendo com que uma neurose latente se transforme em uma neurose manifesta. No entanto, a natureza da neurose será sempre determinada pela causa específica (Freud, 1896a [1976]). Neste momento, Freud já coloca na origem das “psiconeuroses” a vida sexual do sujeito.

O que lhes confere caráter distintivo em minha linha de abordagem é que eu elevo essas influências sexuais ao nível das causas específicas, reconheço sua atuação em todos os casos de neurose e, finalmente, traço um paralelismo regular, uma prova da relação etiológica especial entre a natureza da influência sexual e a espécie patológica da neurose (Freud, 1896a [1976], p. 172).

2.2. A teoria da sedução

Feito este percurso, o caminho para a compreensão da etiologia específica da histeria e da neurose obsessiva já está aberto, e estamos agora em condição de tentar entender mais de perto a teoria da sedução. Os dois últimos trabalhos de Freud sobre esta temática, antes do abandono da teoria da sedução, são *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (1896) e *A etiologia da histeria* (1896), com os quais será abordada a questão. Para tanto, será apresentada a polaridade histeria-obsessão, que recobre a polaridade feminino-masculino e passividade-atividade, pois, a partir dessas noções, Freud tenta dar uma explicação sobre a etiologia das duas entidades clínicas.

Já no seu primeiro artigo sobre as “neuropsicoses de defesa”, Freud agrupa a histeria e a obsessão, já que tais afecções revelam um aspecto em comum. Este consiste em que os sintomas emergiriam a partir do mecanismo psíquico inconsciente de defesa, isto é, como tentativa de recalcar uma representação incompatível com o *eu* do sujeito. (Freud, 1896c [1976]). Tais observações fizeram com que ele considerasse a defesa como o ponto nuclear no mecanismo psíquico das neuroses em questão. O que seria característico da histeria é a condensação das representações sexuais recalçadas nos sintomas corporais devido ao mecanismo da conversão. Já na obsessão, a característica residiria no mecanismo de

separação da representação incompatível com o afeto – o afeto ligando-se a outras representações através do mecanismo do deslocamento. A notar que a diferença entre as duas entidades clínicas residiria no mecanismo utilizado por cada uma delas. No entanto, não há nada específico quanto à etiologia de cada uma. Voltemos agora às noções de polaridades.

Primeiramente cabe entender o motivo pelo qual Freud situou a histeria associando-a com o feminino e com a passividade. Em seu trabalho, antes mencionado, Freud e Breuer já assinalavam que os sintomas histéricos só podem ser compreendidos se remetidos às experiências de cunho sexual com efeitos traumáticos. O que Freud acrescenta nos dois trabalhos seguintes, *Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896c) e *A Etiologia da Histeria* (1896b), diz respeito à natureza dos traumas sexuais e o período da vida em que ocorrem.

Para se produzir uma histeria, não basta um evento relacionado à vida sexual do sujeito em algum período de sua vida, que se torna patogênico pela liberação e supressão de um afeto aflitivo. Antes de tudo, é necessário que tais traumas sexuais ocorram na tenra infância, antes da puberdade, e o seu conteúdo deve consistir na irritação real dos genitais (por atos que se assemelham ao coito). Esta excitação é realizada por adultos ou até mesmo por outras crianças. Entre os “culpados” dos abusos sexuais estão as babás, governantas, professores, os próprios pais, irmãos, entre outros (Freud, 1896c [1976]).

Estaria aí o determinante específico da histeria: passividade sexual durante o período pré-sexual. Cabe aqui assinalar que nesta época Freud valorizava bastante a temporalidade cronológica em que ocorriam os traumas. Elaboradas tabelas cronológicas tratando da idade em que ocorriam os traumas são encontradas nas cartas 42, 46 e 52 dirigidas a Fliess, e respectivamente datadas de 1º de março, 30 de maio e 6 de dezembro (Strachey, 1976).

No caso da histeria, o trauma teria ocorrido entre um ano e meio e quatro anos de idade (Freud, 1896 [1986]). A histeria é associada à questão do feminino através da noção de passividade, pois na infância o sexo feminino é mais suscetível de provocar ataques sexuais (Freud, 1896c [1976]). São através destes argumentos que Freud associa a histeria com a questão do feminino e da passividade.

De todo modo, não são as próprias experiências que agem traumáticamente, mas o seu reviver como lembrança depois que o sujeito atingiu a maturidade sexual. Sendo assim, qual é o caminho para a formação do sintoma histérico? Os traços das experiências sexuais traumáticas não se encontram na memória consciente, apenas nos sintomas da doença. As experiências e excitações que ocorrem no período posterior à puberdade preparam o caminho ou precipitam o aparecimento da histeria. Isto porque operam despertando o traço de memória

desses traumas infantis, que não se tornaram conscientes de imediato, mas levaram a uma liberação do afeto e ao recalque. Deste modo, o recalque da experiência sexual aflitiva, que ocorre em idade mais madura, só é possível para aqueles sujeitos que podem ativar o traço de memória de um trauma de infância (Freud, 1896c [1976]). A reativação dos traços de memória só é viável se levarmos em conta que as cenas traumáticas não formam um simples núcleo, mas ramificam-se e interligam-se através de cadeias de associação. Dito isto, podemos apreender que “nenhum sintoma histérico pode emergir de uma experiência real isolada, mas que em todos os casos a lembrança de experiências mais antigas, despertadas em associação com ela, atua na causação do sintoma” (Freud, 1896b [1976], p.223).

Nas próprias palavras de Freud, eis o resumo de sua concepção de histeria até este momento de sua obra:

(...) para a formação de um sintoma histérico, deve estar presente um esforço defensivo contra uma idéia [representação] aflitiva: essa idéia [representação] deve apresentar uma conexão lógica ou associativa com uma lembrança inconsciente através de poucos ou de muitos elos intermediários, que, entretanto, permanecem inconscientes no momento; essa lembrança inconsciente deve ter um conteúdo sexual; esse conteúdo deve ser uma experiência que ocorreu durante certo período infantil da vida (Freud, 1896b [1976], p.241).

Após percorrer a questão do feminino e da passividade que caracteriza a histeria, vejamos a questão do masculino e da atividade que caracteriza a neurose obsessiva. As experiências sexuais na infância têm na etiologia da neurose obsessiva a mesma significação que na histeria. Entretanto, não se trata de uma passividade sexual, mas, sim, de atos de agressão executados com prazer ou de prazerosa participação nos atos sexuais, ou seja, de uma atividade sexual. A experiência sexual ativa na neurose obsessiva ocorre entre os quatro anos de idade e os oito anos (Freud, 1896 [1986]). A questão cronológica é tão importante no pensamento freudiano neste momento, que ele supõe ser o que decide sobre a emergência da histeria ou da neurose obsessiva, a partir dos traumas na infância, depende das circunstâncias cronológicas no desenvolvimento da libido (Freud, 1896c [1976]).

Ainda assim, nos casos de neurose obsessiva encontram-se substratos de sintomas históricos que se reportam à cena de passividade sexual que precede a ação prazerosa. Deste modo, a agressividade sexual precoce implica uma experiência de sedução prévia (Freud, 1896c [1976]). Devido à questão da atividade, a neurose obsessiva é colocada sob a rubrica do masculino e, portanto, mais freqüente entre os homens. Deste modo, Freud coloca a natureza da neurose obsessiva sob a seguinte fórmula: “As idéias [representações] obsessivas são invariavelmente auto-acusações transformadas que reemergiram da repressão [recalque] e que

sempre se relacionam a algum ato sexual executado com prazer na infância” (Freud, 1896c [1976], p.194).

Para compreendermos esta afirmação, descreve-se o curso típico tomado por uma neurose obsessiva. Em um primeiro momento, denominado "período da imoralidade infantil", acontecem os eventos tidos como os germes da neurose posterior. Aqui, antes de tudo, ocorrem as experiências de sedução prévia que possibilitam um recalque mais tarde. Em seguida, sobrevêm os atos sexuais agressivos contra o outro sexo, que posteriormente aparecerão como atos que envolvem auto-acusação (Freud, 1896c [1976]).

Esta etapa chega ao fim com o advento da maturação sexual precoce. Uma auto-acusação permanece ligada às lembranças das ações agressivas prazerosas e, a partir daí, a conexão com a experiência passiva torna-se possível. Com esforços conscientes e lembrados, estas experiências são recalçadas e substituídas por sintomas primários de defesa. São sintomas dessa espécie a conscienciosidade, a vergonha e a autodesconfiança. O que aparenta ser um período de saúde, na verdade é um momento de defesa bem sucedida (Freud, 1896c [1976]).

O momento seguinte, o período da doença, é caracterizado pelo retorno das lembranças recalçadas, ou seja, pelo fracasso da defesa. Freud não sabe ao certo se o despertar destas lembranças ocorre de maneira acidental e espontânea ou como consequência de distúrbios sexuais posteriores. De todo modo, o que se sabe, são que as lembranças e as auto-acusações decorrentes não reemergem na consciência de forma inalterada. O que se torna consciente são substitutos das lembranças patogênicas, são estruturas conciliadoras entre as representações recalçadas e as recalçadoras (Freud, 1896c [1976]).

Freud (1896c [1976]) distingue duas formas de neurose obsessiva: uma em que a passagem à consciência seja forçada somente pelo conteúdo mnêmico do ato que envolve auto-acusação; na outra, é introduzido o afeto auto-acusador ligado ao ato.

Na primeira forma são incluídas as representações obsessivas nas quais o conteúdo compromete a atenção do paciente, e ele sente (como afeto) apenas um desprazer indefinido. O conteúdo da representação obsessiva é distorcido de dois modos em relação ao ato da infância. Em primeiro lugar, o contemporâneo toma o lugar do passado e, em segundo lugar, o sexual é substituído por algo não sexual. Tais alterações são efeito da inclinação do *eu* em recalcar, que continua em vigor. A lembrança patogênica reativada continua a produzir efeitos no sujeito pelo fato de que o conteúdo da representação obsessiva é ainda parcialmente idêntico ao que fora recalçado, ou dele decorre por um encadeamento lógico do pensamento. Deste modo, pode-se dizer que “(...) toda obsessão neurótica que emerge na esfera psíquica

decorre da repressão [recalque]. As idéias [representações] obsessivas têm, de fato, uma circulação psíquica compulsiva [obsessiva], não devido a seu valor intrínseco, mas devido à fonte que derivam ou que acrescentou uma contribuição a seu valor” (Freud, 1986c [1976], p.196-197).

A segunda forma da neurose obsessiva manifesta-se quando o que forçou sua representação na vida psíquica consciente foi o afeto auto-acusador ligado ao ato. Pelo fato de o sujeito ter efetuado o ato sexual na infância, a auto-acusação pode facilmente transformar-se em vergonha (de que mais alguém descubra), angústia hipocondríaca (pelo medo das conseqüências físicas resultantes do ato que envolve a auto-acusação), angústia social (medo de ser punido socialmente pelo delito), angústia religiosa, delírios de ser observado (medo de delatar-se frente a outras pessoas) ou medo da tentação (justificada devido à desconfiança quanto a seus próprios poderes de resistência). Os sintomas descritos podem ser considerados sintomas de conciliação, que significam o retorno do recalado e, conseqüentemente, um fracasso da defesa que se chegara anteriormente (Freud, 1896c [1976]).

Além das duas formas de neurose obsessiva descritas podemos considerar uma terceira, cuja origem é bastante diferente, a qual pode ser denominada de ações obsessivas. O *eu* procura afastar os derivados da lembrança inicialmente recalçada e, através dessa luta defensiva, cria sintomas que podem ser classificados como fruto da defesa secundária. Todos estes sintomas são medidas protetoras e, se conseguem recalcar mais uma vez os sintomas do retorno do recalado (defesa primária), a obsessão é transferida às próprias medidas protetoras (Freud, 1896c [1976]).

A defesa secundária contra os afetos obsessivos leva a um vasto conjunto de medidas protetoras capazes de serem transformadas em atos obsessivos. Freud (1896c [1976]) agrupou estes atos de acordo com seu objetivo: medidas penitenciais (cerimoniais opressivos, observação de números); medidas de precaução (todas as formas de fobias, superstição, minuciosidade, incremento do sintoma primário da conscienciosidade); medidas relacionadas ao medo de delatar-se (coleccionar aparas de papel, misantropia); e medidas para assegurar o entorpecimento da mente (dipsomania).

Até aqui descrevemos as formas de obsessão de maneira separada por fins didáticos. Entretanto, cabe assinalar que existem casos nos quais a obsessão é transferida da representação ou do afeto para a medida protetora; outros em que a obsessão oscila periodicamente entre o sintoma do retorno do recalado e o sintoma da defesa secundária; e ainda outros casos em que nenhuma representação obsessiva é construída e a lembrança

recalcada é imediatamente representada pelo que aparentemente é uma medida primária de defesa (Freud, 1986c [1976]).

Percebe-se nesta época do pensamento freudiano a importância dada aos acontecimentos “reais” (sedução) na etiologia das neuroses e, também, do aspecto cronológico na “escolha da neurose”. “[...] Tenho apenas a impressão de que o fator que decide quanto à emergência da histeria ou da neurose obsessiva, a partir dos traumas da infância, depende de circunstâncias cronológicas no desenvolvimento da libido” (Freud, 1896c [1976], p.194). No entanto, temos que considerar que o pai da psicanálise destacava que o traumático não era a sedução em si, mas a recordação da cena, a representação psíquica do trauma (Scotti, 2003).

Capítulo 3

**Uma virada teórica na histeria e na neurose obsessiva:
Sexualidade, primeira teoria das pulsões, primeira tópica**

Antes de prosseguirmos em nossa jornada de retorno aos textos freudianos, algumas questões têm que ser assinaladas de antemão. No capítulo anterior, vimos como Freud trabalhou a histeria e a neurose obsessiva sob o prisma da noção de trauma e da teoria da sedução. Neste capítulo, iremos abordar estas neuroses a partir dos novos desenvolvimentos teóricos de Freud; vamos tentar verificar qual o tratamento dado por Freud à sua *neurótica* a partir da introdução da teoria da sexualidade, da primeira teoria das pulsões e da primeira tópica.

As concepções teóricas freudianas, mesmo tendo assumido diferentes versões, não foram abandonadas por ele no decorrer de sua obra. Esta linha de leitura destaca o entrelaçamento de trabalhos passados, presentes e futuros demonstrando, assim, a idéia de que, ao longo de sua produção teórica, é muito difícil, ou até mesmo impossível, encontrar formulações que se antagonizam com outras a ponto de serem abandonadas sem que delas restassem ao menos vestígios. Podemos dizer que no percurso freudiano encontram-se movimentos de permanentes avanços e recuos, mesmo que neles chamem a atenção certas apresentadas no momento como inabaláveis; mais do que as humildes dúvidas que ele próprio apresentava, os dilemas sempre acabam diluindo-se em novos pontos de encontro, em novas produções, que muitas vezes resgatam de certo modo os pensamentos anteriores (Uchitel, 1997).

Examinemos por exemplo a noção de trauma (sedução) e fantasia. Nos primeiros trabalhos de Freud, destaca-se a noção de um trauma mecânico, exterior; posteriormente, com a introdução do elemento da fantasia, podemos pensar na questão do trauma não mais forjado exclusivamente na exterioridade, mas, também de um trauma de outra origem, de origem interna, pulsional e fantasmático, que compartilha com o anterior a característica de um impacto inacabado. Neste sentido,

é possível pensar que não presenciamos a passagem de uma teoria traumática (abandono da teoria traumática) para uma teoria da fantasia, e sim a passagem de uma teoria da sedução para uma teoria da fantasia (...), mantendo-se o conceito de trauma, sustentado agora na experiência traumática da fantasia e da pulsão, ou seja, pelo impacto produzido como efeito de uma intensidade afetiva, ou pelo caráter inassimilável de uma situação (Uchitel, 1997, p.40-41).

Ora, o que acaba de ser enfatizado parece ir contra a própria apresentação deste trabalho. No entanto, serve para marcar que os momentos de transição apresentados estão assim figurados mais por uma questão metodológica (didática) que lógica. Trata-se de frisar que não são rupturas lineares, onde as novas concepções descartam as anteriores, mas, sim, muitas vezes confluem. Jacques Adam (1987) partilha deste ponto de vista, lembrando-nos da

recomendação de Lacan no *Discurso de Roma* que vai de encontro a esta idéia. Isto é, que não se trata de compreender um Freud III e recusá-lo em nome de um Freud II, que se crê compreender, e nem tampouco ignorar um Freud I. Devemos nos maravilhar que o grão da verdade que os vários momentos de Freud encobrem tenham sido escapados.

3.1. A Histeria Como Neurose Paradigmática

Tendo feito esta advertência ao leitor, já estamos em condição de prosseguir nossa jornada, e o próximo texto que iremos trabalhar é *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905 [1901]). Uma última ressalva ainda deve ser feita, ou seja, a de que não iremos penetrar nos pormenores deste caso clínico, só iremos abordar aquilo que é de interesse para este trabalho.

Este caso clínico (caso “Dora”, como ficou conhecido na literatura psicanalítica) só foi publicado em 1905, embora sua maior parte tenha sido escrita em 1901 (Strachey, 1976). Sobre o próprio texto, Freud escreve em carta direcionada a Fliess, datada de 25 de janeiro de 1901, que “ele é um fragmento da análise de um caso de histeria em que as complicações se agrupam em torno de dois sonhos; assim, na verdade, é a continuação do livro do sonho. Além disso, contém resoluções de sintomas histéricos e vislumbres dos fundamentos organo-sexuais do conjunto” (Freud, 1986, p.434). Alguns dias depois, prossegue Freud em carta datada de 30 de janeiro do mesmo ano:

(...) O principal nele é, mais uma vez a psicologia, a utilização dos sonhos e algumas peculiaridades dos processos inconscientes de pensamento. Há apenas vislumbres de elementos do orgânico, isto é, das zonas erógenas e da bissexualidade. Mas a bissexualidade é mencionada e especificamente reconhecida de uma vez por todas, e está preparado o terreno para um exame pormenorizado dela em outra ocasião (...). (Freud, 1986, p.435)

Estas cartas mostram que *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905[1901]) forma um elo entre a *Interpretação dos sonhos* e os *Três ensaios*. O primeiro aparece como seu antecedente, e o segundo, como sua consequência (Strachey, 1976).

Devido ao caráter histórico-conceitual deste trabalho, um fator importante a ser assinalado é que não há meio de precisar até que ponto Freud revisou o *Fragmento* antes de sua publicação final em 1905. De todo modo, as evidências internas sugerem que ele o alterou muito pouco: a última seção do “Posfácio”, algumas passagens nas “Notas Preliminares” e certas notas de rodapé. Sem contar esses acréscimos, é lícito considerar que o ensaio representa as concepções teóricas de Freud no período imediatamente seqüente à publicação

de *A interpretação dos sonhos*. Parece surpreendente que sua teoria da sexualidade tenha alcançado tal ponto de desenvolvimento tanto tempo antes da publicação dos *Três ensaios*. Mas os leitores da correspondência com Fliess estão cientes de que grande parte desta teoria já existia antes: prova disso é a introdução da noção de zonas erógenas e a preclusão da teoria das pulsões parciais na carta datada de 12 de dezembro de 1896 (carta 52) (Strachey, 1976).

Ainda que através de fragmentos e assertivas, a partir deste trabalho já podemos também verificar alguns novos desenvolvimentos sobre a neurose histérica. Por exemplo, a idéia de que o elemento da fantasia é a base da neurose só se tornaria pública em *Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia da neurose* (1905). Assim sendo, apenas esses fragmentos serão apresentados neste momento; seu desenvolvimento mais detalhado ficará para momento mais adequado e conforme a exposição que lhe consagra o próprio Freud.

Este caso clínico também serviu para que Freud pudesse demonstrar suas concepções sobre os processos psíquicos e condições orgânicas da histeria. Outro ponto relevante ressaltado neste trabalho é o retorno de Freud à importância da hereditariedade na etiologia das neuroses, tese esta que ele havia combatido em *A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*. O caso “Dora” foi considerado como uma *petite hystérie* com os mais comuns sintomas psíquicos e somáticos da histeria: dispnéia, *tussis nervosa*, afonia, enxaquecas, depressão e insociabilidade histérica (Freud, 1905 [1901] – 1976).

Com a experiência de seus atendimentos clínicos, Freud, até este período, não deixou de descobrir as condições postuladas nos *Estudos sobre a histeria*, ou seja, o trauma psíquico, o conflito dos afetos e, como acrescentou posteriormente, a perturbação na esfera sexual. Todavia, o que Freud faz é abandonar a ênfase nos chamados estados hipnóides ocasionados pelo trauma que constituiriam a base de diversos acontecimentos psicológicos anormais posteriores (Freud, 1905 [1901] – 1976).

Os sintomas histéricos requerem a participação psíquica e a complacência somática. Todavia, para a psicanálise (no sentido da análise propriamente dita) a parte psíquica é sempre a mais significativa. Os processos psíquicos inconscientes em todas as psiconeuroses são os mesmos durante um grande percurso, até que entre em cena a complacência somática que lhes proporciona uma saída corporal, caracterizando o mecanismo do sintoma histérico. Quando este fator não está presente surge uma situação diferente da histeria, mas ainda de natureza semelhante, ou seja, um sintoma psíquico como no caso de uma idéia obsessiva (Freud, 1905 [1901] – 1976).

O sintoma significa a representação, a realização de uma fantasia de conteúdo sexual. No entanto, cabe assinalar que os sintomas têm mais de um significado e servem para representar diversos cursos inconscientes de pensamento (Freud, 1905 [1901] – 1976).

Todos os psiconeuróticos são sujeitos com inclinações perversas acentuadas, mas que foram recalçadas e tornadas inconscientes no curso de seu desenvolvimento. As fantasias dos neuróticos exibem conteúdo idêntico ao dos atos perversos e, por isso, pode-se dizer que “as psiconeuroses são, por assim dizer, o negativo das perversões” (Freud, 1905 [1901] – 1976, p.56). O que acontece com os neuróticos é o fato da constituição sexual, onde está contida a hereditariedade, atuar em conjunto com as influências acidentais, podendo, assim, perturbar o desenvolvimento normal da sexualidade. Sobre isto que foi comentado, Freud coloca de modo mais poético da seguinte forma: “(...) o curso d’água que encontra um obstáculo em seu leito refluí para leitos antigos que antes pareciam destinados a permanecer secos” (Freud, 1905 [1901] – 1976, p.56). Deste modo, as forças que impulsionam a formação dos sintomas neuróticos não provêm exclusivamente da sexualidade normal recalçada, mas também das moções perversas inconscientes (Freud, 1905 [1901] – 1976). Nota-se que Freud já antecipa algumas idéias contidas nos *Três ensaios*, principalmente no que se refere às zonas erógenas e as pulsões parciais.

A maioria dos sintomas histéricos, atingido seu pleno desenvolvimento, representam uma fantasia sexual, qual seja, uma cena de relações sexuais, de gravidez, parto, puerpério, entre outras. Estes sintomas só se formam, quando se tem um modelo infantil para eles, uma vez que as lembranças posteriores não têm a força necessária para se impor como sintomas (Freud, 1905 [1901] – 1976). Talvez estes fragmentos de teoria tenham causado uma certa confusão no leitor, todavia, esperamos que tais lacunas na teoria possam ser amenizadas com os desenvolvimentos que estão por vir.

Por último, apresentemos as últimas considerações de Freud sobre seu próprio trabalho. Bem ao seu estilo, no posfácio do *Fragmento*, e antecipando as críticas de que sua teoria da histeria seria puramente psicológica, coloca de antemão que somente a técnica é puramente psicológica, e que a teoria, de modo algum deixa de apontar para as bases orgânicas da neurose - mesmo que não as procure em alguma alteração anatomopatológica e substitua provisoriamente pela função orgânica a alteração química esperada. Para tanto, trás novamente a público o caráter de fator orgânico da função sexual, na qual vê a fundamentação da histeria e das psiconeuroses em geral (Freud, 1905 [1901] – 1976).

Neste ensaio, Freud não se estende, sobre a complacência somática, os germes infantis da perversão, as zonas erógenas e a predisposição à bissexualidade. Não faz mais do que

destacar os pontos em que a análise do caso Dora tropeçou nesses fundamentos orgânicos dos sintomas (Freud, 1905 [1901] – 1976), e só os retoma, para desenvolvê-los mais detalhadamente, em seu próximo trabalho. No que interessa ao nosso percurso, ocupamo-nos assim, a partir de agora, dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905).

Os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* e *A interpretação dos sonhos* figuram entre as contribuições mais significativas e originais de Freud para o conhecimento humano. De todo modo, os dois trabalhos referidos são os que mais sofreram modificações e acréscimos no decorrer de edições sucessivas num período de vinte anos (Strachey, 1976). Se a *Interpretação dos sonhos* pode ser considerada como o discurso do desejo, os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) é o discurso da pulsão. Neste texto, que é a pré-história da sexualidade na teoria psicanalítica, é onde Freud fornece os elementos indispensáveis para a compreensão do Complexo de Édipo. No entanto, curiosamente nenhuma vez cita o Édipo, salvo em notas de rodapé acrescentadas posteriormente. Como vimos antes, a teoria do trauma psíquico influenciou enormemente os escritos iniciais de Freud e, paradoxalmente, se constituiu num impedimento para a elaboração da teoria psicanalítica. Enquanto persistiu a teoria do trauma, a questão da sexualidade infantil e do Édipo não puderam entrar em cena, uma vez que nela os sintomas neuróticos dependem de um acontecimento traumático real e não das fantasias edipianas das crianças (Garcia-Roza, 2004).

As observações clínicas feitas por Freud sobre a importância dos fatores sexuais na causação das neuroses foram o que o levou a uma investigação geral do tema da sexualidade (Strachey, 1976).

No verão de 1897, Freud abandonou a sua teoria da sedução. Este acontecimento foi anunciado em uma carta a Fliess datada de 21 de setembro deste mesmo ano (carta 69). Paralelo a esta descoberta, a importante consequência dessa percepção foi que Freud se tornou atento para o papel desempenhado pelas fantasias nos eventos psíquicos, o que abriu as portas para a descoberta da sexualidade infantil e do complexo de Édipo. Tais acontecimentos levaram-no ao reconhecimento inevitável de que as moções sexuais atuavam normalmente nas crianças, sem nenhuma necessidade de estimulação externa (sedução). A partir desta descoberta, a teoria sexual de Freud estava realmente completa. De todo modo, levaram-se alguns anos para que Freud pudesse acatar inteiramente sua própria descoberta e torná-las públicas em seu texto *Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses* (1906[1905]) (Strachey, 1976).

Voltemos agora à nossa “*Neurotica*”. Antes de prosseguir, chamo a atenção do leitor para a evidência de ser predominantemente a histeria a neurose na qual Freud se baseia para construir novos desenvolvimentos, confirmando assim o ponto de vista de Mezan, apresentado na introdução, sobre as “neuroses paradigmáticas”.

As psiconeuroses baseiam-se em forças pulsionais de cunho sexual. Esta é a única fonte energética constante da neurose e a mais importante de todas, de modo que os sintomas são a atividade sexual dos neuróticos, ou seja, a pulsão sexual expressa-se nestes sintomas (Freud, 1905 [1976]).

Os sintomas histéricos são um substituto de uma série de processos, desejos e aspirações investidas de afeto, aos quais, mediante o recalque nega-se uma descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência. Essas formações de pensamentos inconscientes aspiram uma descarga, no caso da histeria, o processo que possibilita essa descarga é o mecanismo da conversão em fenômenos somáticos (Freud, 1905 [1976]).

Freud toma a histeria como modelo de neurose porque o caráter histérico permite identificar um grau intenso de recalque da pulsão sexual, uma intensificação da resistência à esta que se expressa na vergonha, no asco e na moralidade. A outra conseqüência é a fuga intelectual de questões relacionadas ao sexo, que pode gerar, nos casos mais acentuados, a manutenção de uma completa ignorância sexual, mesmo após se ter alcançado um período de “maturidade” sexual. No entanto, este caráter essencial da histeria escapa à observação casual e fica encoberto por um segundo fator constitucional da histeria – o desenvolvimento excessivo da pulsão sexual. Sendo assim, a histeria apresenta uma contradição e registra a presença de um par de opostos: uma excessiva necessidade sexual e uma renúncia desmedida ao sexual (Freud, 1905 [1976]). É a partir desta constatação clínica que Freud já havia anunciado anteriormente, no *Fragmento*, a famosa assertiva:

Eu tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos. Esclarecer o mecanismo dessa *inversão* do afeto é uma das tarefas mais importantes e, ao mesmo tempo, uma das mais difíceis da psicologia das neuroses (Freud, 1905 [1901] – 1976, p.37).

A ocasião propícia para o adoecimento do sujeito histérico apresenta-se mediante o conflito da maturação progressiva ou das circunstâncias externas de sua vida, em que as exigências reais do sexo tornam-se algo importante para o sujeito. Entre o desenvolvimento da pulsão sexual e o antagonismo da renúncia ao sexual situa-se o caminho para a doença.

Esta circunstância não soluciona o conflito, apenas procura escapar dele através das transformações das aspirações libidinosas em sintomas (Freud, 1905 [1976]).

Como pôde ser observado, a partir da teoria da sexualidade, Freud apresentou as neuroses em relação à vida pulsional do sujeito. De agora em diante, já estamos em condição de tentar esclarecer as lacunas deixadas abertas anteriormente no que tange à questão da fantasia. Pelo fato de já termos percorrido um razoável período da obra freudiana, não seria de todo infrutífero que retornássemos a alguns pontos já trabalhados com a intenção de melhor abordar o tema da fantasia.

No texto *Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses* (1906[1905]-1976), Freud revoga, de maneira completa, a crença na etiologia traumática da histeria. Insiste também, pela primeira vez, sobre a importância das fantasias. De qualquer modo, já havia comunicado tais opiniões em cartas particulares a Fliess muito antes da publicação deste ensaio (Strachey, 1976).

Para introduzir e comunicar ao grande público a mudança em sua teoria, Freud (1906[1905]-1976) coloca que a melhor maneira de apreciar a importância etiológica do fator sexual para as neuroses é acompanhar o desenvolvimento da teoria. Não hesita em admitir que sua neurótica passou por um desenvolvimento e se modificou com o passar do tempo e com experiências ininterruptas e mais aprofundadas. Vejamos, então, o trajeto realizado pelo próprio Freud em seu artigo.

A princípio, a teoria referia-se apenas aos quadros denominados de neurastenia¹⁹ (neurastenia propriamente dita e neurose de angústia). Os fatores sexuais desempenhavam um papel importante na causação deste quadro clínico. No entanto, não se conferia precedência sobre as outras influências etiológicas. Freud ficou surpreso, a princípio, com a frequência das perturbações na *vita sexualis* de seus pacientes nervosos e, quanto mais ele se empenhava em procurar estas perturbações, mais percebia que todos os seres humanos ocultavam a verdade nos assuntos sexuais. Deste modo, faltava pouco para que ele atribuísse aos fatores sexuais caráter universal. Somente depois destas constatações sobre a neurastenia é que Freud reivindicou a posição privilegiada para as influências sexuais na etiologia das neuroses (Freud, 1906[1905]-1976).

¹⁹ “Freud foi um dos primeiros a sublinhar a extensão excessiva tomada por esta síndrome, que deve em parte ser desmontada em benefício de outras entidades clínicas. Nem por isso deixa de considerar a neurastenia como uma neurose autônoma; caracterizando-a por uma impressão de fadiga física, por cefaléias, dispepsia, prisão de ventre, parestesias espinhais, empobrecimento da atividade sexual. Coloca-a no quadro das neuroses atuais, ao lado da neurose de angústia, e busca a sua etiologia num funcionamento sexual incapaz de resolver de forma adequada a tensão libidinal (masturbação)”. (Laplanche e Pontalis, 1998, p.295-296)

No mesmo período, enquanto se atribuía à sexualidade essa importância para a etiologia das neuroses simples (neurastenia e neurose de angústia), Freud (1906[1905]-1976) continuava a cultivar, no que se refere às psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva), uma teoria psicológica em que o fator sexual só interessava como um dentre as várias fontes emocionais.

Em colaboração com Josef Breuer, e baseado nas observações feitas por ele em uma paciente histérica mais de dez anos antes, Freud estudou o mecanismo da geração dos sintomas histéricos por meio da suscitação de lembranças durante o estado hipnótico. Por este percurso, Freud e Breuer chegaram a conclusões que permitiram estabelecer a ponte entre a histeria traumática de Charcot e a histeria comum – não-traumática. A partir disto, chegaram a conclusão de que os sintomas histéricos eram efeitos de traumas psíquicos e que, por circunstâncias especiais, as somas de afeto a eles correspondentes tinham escapado à elaboração consciente, favorecendo, assim, o caminho para a inervação somática – conversão. Os termos *afeto estrangulado*, *conversão* e *ab-reação* resumem as características dessa concepção (Freud, 1906[1905]-1976).

Cada vez mais, seguindo os vestígios dos traumas psíquicos que derivavam dos sintomas histéricos pela via do procedimento catártico introduzido por Freud e Breuer, chegava-se às vivências infantis dos enfermos relacionadas a sua vida sexual. Sem levar em conta esses traumas, era impossível elucidar os sintomas. Assim sendo, a indescritível importância das vivências sexuais na etiologia das neuroses já estava estabelecida, fato este que permaneceu como um dos pilares da teoria (Freud, 1906[1905]-1976).

Nas publicações de 1895 e 1896, a ênfase nos fatores etiológicos permitiu afirmar que a etiologia das psiconeuroses deveria ser buscada, principalmente, nas vivências sexuais do passado. Nesta época, a doutrina culminou com a tese: “na *vita sexualis* normal, a neurose é impossível” (Freud, 1906[1905]-1976, p.260).

Mesmo não considerando as teses anteriores como incorretas, não é de se espantar que tais asserções tenham passado por mudanças depois de dez anos de trabalho contínuo até a publicação de *Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses* (1906[1905]-1976). Mas o que levou Freud a abandonar a teoria da sedução? Vejamos a própria explicação do pai da psicanálise.

O material ainda escasso do período havia trazido ao acaso um número grande de casos em que a sedução por um adulto ou por crianças mais velhas desempenhara o papel principal no histórico infantil do enfermo. Isto fez com que Freud superestimasse a frequência destes acontecimentos na etiologia das neuroses. Naquele momento, ele não era capaz de

estabelecer a distinção entre as ilusões de memória dos histéricos sobre sua infância e os vestígios de eventos reais. A partir disto, aprendeu a decifrar as fantasias de sedução como tentativas de rechaçar as lembranças da atividade sexual do sujeito (masturbação infantil). Com o esclarecimento deste ponto, cai por terra a insistência no elemento traumático presente nas vivências sexuais infantis. Deste modo, a atividade sexual infantil (espontânea ou provocada) prescreve o caminho a ser tomado pela via sexual posterior após a maturidade (Freud, 1906[1905]-1976).

Após esse esclarecimento, foi também necessário modificar a concepção do mecanismo dos sintomas histéricos. Estes já não eram derivados diretos das lembranças recalçadas das vivências infantis; existiam antes, entre os sintomas e as impressões infantis, as fantasias (ficções de memória) do sujeito. Tais fantasias foram produzidas em sua maior parte durante os anos da puberdade que, de um lado, se construíram a partir das lembranças infantis e, baseado nelas, eram diretamente transformadas nos sintomas. É só a partir da introdução do elemento das fantasias que a estrutura da neurose e seu vínculo com a vida do enfermo tornaram-se compreensíveis (Freud, 1906[1905]-1976).

Depois dessa correção, os traumas infantis foram substituídos pelo infantilismo da sexualidade. Junto com a suposta freqüência da sedução na infância, desapareceu a ênfase exagerada nas influências acidentais sobre a sexualidade. O que até então fora considerado como a solução para a escolha da neurose - as influências acidentais, ou sejam, passividade na histeria e atividade da neurose obsessiva - foi abandonado por completo. O que entra em cena, a partir de então, é a pulsão sexual e o conceito de recalçamento. Assim, já não importavam mais as excitações sexuais que o sujeito tivesse experimentado na infância, mas, sim, sua reação a essas vivências, ou seja, se respondera ou não a essas impressões com o recalçamento.

Notou-se que, no desenvolvimento infantil, a atividade sexual era interrompida por um ato de recalçamento. Deste modo, o sujeito neurótico trazia consigo uma dose de recalçamento da pulsão sexual que se exteriorizava ante as exigências da vida real. A psicanálise, neste momento, veio mostrar que o adoecimento do sujeito era consequência do conflito entre a libido e o recalçamento sexual - assim, os sintomas apareciam como uma formação de compromisso entre as duas correntes anímicas (Freud, 1906[1905]-1976).

A partir dos *Três Ensaio*s, com o primeiro desenvolvimento sobre a teoria das pulsões sexuais e em referência aos caracteres infantis da sexualidade, Freud (1906[1905]-1976) pôde estabelecer um vínculo simples entre a saúde, a perversão e a neurose. A normalidade foi considerada fruto do recalçamento de certas pulsões parciais e certos componentes das

disposições infantis, bem como a subordinação dos demais à primazia das zonas genitais a serviço da função sexual. As perversões correspondiam a perturbações dessa síntese através do desenvolvimento predominante e compulsivo de algumas das pulsões parciais. Já a neurose remontava a um recalçamento excessivo das aspirações libidinais.

Nas concepções freudianas sobre a etiologia das psiconeuroses, a despeito de todas as modificações, houve dois pontos de vista que nunca foram abandonados: a importância da sexualidade e do infantilismo. Mesmo que em determinado momento de sua “neurótica” Freud tenha privilegiado uma ou outra influência patogênica sobre as neuroses, ele nunca deixou de considerar a importância da multiplicidade de fatores causais. Por conseguinte, afirma Freud,

pertence à etiologia das neuroses tudo o que pode atuar prejudicialmente sobre os processos que servem à função sexual. [...] Mas não se deve esquecer que o problema etiológico é pelo menos tão complicado nas neuroses quanto o é a causação em qualquer outra doença. Quase nunca basta uma única influência patogênica; na grande maioria dos casos exige-se uma multiplicidade de fatores etiológicos que apóiam uns aos outros e que, portanto, não devem ser colocados em oposição. [...] Buscar a etiologia das neuroses exclusivamente na hereditariedade ou na constituição seria tão unilateral quanto pretender atribuir essa etiologia unicamente às influências acidentais que atuam sobre a sexualidade durante a vida, quando o adoecimento mostra que a essência dessas situações de adoecimento reside apenas numa perturbação dos processos sexuais do organismo (Freud, 1906[1905]-1976, p.265).

A partir deste trabalho, a importância da fantasia na base dos sintomas neuróticos já havia se tornado pública. Estamos em condições a partir de agora de examinar o próximo trabalho de Freud que interessa ao nosso percurso, a saber, *Atos obsessivos e práticas religiosas* (1907). Contudo, por uma escolha metodológica e, também, para aproveitarmos a noção de “neurose paradigmática”, iremos abordar, primeiramente, os dois últimos trabalhos de Freud sobre a histeria antes da neurose obsessiva se tornar a neurose paradigmática por excelência, fato este que acontece quando Freud inicia o tratamento do “Homem dos Ratos”. Assim, para continuarmos na trilha percorrida até aqui, ocupamo-nos de *Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade* (1908) e de *Algumas observações gerais sobre ataques histéricos* (1909 [1908]).

Foi em 1987 que Freud, no decurso de sua auto-análise, percebera pela primeira vez a importâncias das fantasias como bases dos sintomas histéricos (Strachey, 1976).

Em *Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade* (1908), faz um novo exame da relação entre fantasias e sintomas. Apesar do título deste trabalho, a questão da

bissexualidade aparece quase como uma reflexão secundária. De todo modo, grande parte do material presente nesse artigo já fora examinado no caso Dora e nos *Três ensaios*. O tema das fantasias parecia dominar o pensamento freudiano nessa época, uma vez que este assunto foi abordado por ele nos artigos: *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908), *Romances familiares* (1909 [1908]), *Escritores criativos e devaneio* (1908 [1907]), *Algumas observações gerais sobre ataques histéricos* (1909 [1908]) e em vários trechos de *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen* (1907 [1906]) (Strachey, 1976).

Para introduzir o tema da fantasia, Freud (1908) inicia por afirmar que já estavam familiarizados com as imaginações delirantes do paranóico sobre a grandeza ou o sofrimento do seu próprio *eu* e, também, com os estranhos desempenhos através dos quais os perversos encerram sua satisfação sexual – ou em idéia ou na realidade. O que poderia ser um fato novo para os seus leitores é que estruturas análogas estão presentes em todas as neuroses, em específico na histeria, e que se pode demonstrar que tais estruturas denominadas de fantasias históricas têm importantes ligações com a causação dos sintomas neuróticos. Chega a afirmar que “as fantasias inconscientes são os precursores psíquicos imediatos de toda uma série de sintomas histéricos” (Freud, 1908 [1976], p.165). Vejamos agora o trajeto feito por Freud para que se chegasse a tal afirmação.

Essas criações de fantasias têm sua fonte e seu protótipo normal nos denominados devaneios da juventude e são invariavelmente de natureza erótica em ambos os sexos. Tais fantasias são satisfações de desejos originários de privações e anseios. São com propriedade denominadas de devaneios, uma vez que dão a chave para a compreensão dos sonhos noturnos – nos quais o núcleo da formação onírica consiste em fantasias diurnas complicadas e distorcidas pela instância psíquica consciente. Estas fantasias tanto podem ser conscientes como inconscientes, mas só adquirem o caráter patogênico quando se tornam inconscientes, podendo expressar-se através dos sintomas e ataques (Freud, 1908 [1976]).

As fantasias inconscientes podem ter sido sempre inconscientes e formadas ali mesmo; ou, o que ocorre na maioria das vezes, foram inicialmente fantasias conscientes que se tornaram inconscientes através do recalque. A fantasia inconsciente tem conexão com a vida sexual do sujeito, uma vez que é idêntica à fantasia que serviu para lhe dar satisfação sexual durante o período da masturbação (e aqui se entenda a masturbação no seu sentido mais amplo e não somente em seu sentido habitual restrito a fricção manual).

Neste período, o ato masturbatório era composto de duas partes: a evocação de uma fantasia e o comportamento ativo para obter autogratificação no momento culminante da fantasia. Em sua origem, o ato era um processo puramente auto-erótico que objetivava obter

prazer de determinada zona erógena. Posteriormente, esse ato vinculou-se a uma representação plena de desejo pertencente à esfera do amor objetual, e serviu como realização parcial da situação em que culminou a fantasia. Quando mais tarde o sujeito renuncia a esse tipo de satisfação (composto de masturbação e fantasia), o ato é abandonado e a fantasia que era consciente torna-se inconsciente. Se o sujeito não obtém outro tipo de satisfação sexual e permanece abstinente, não conseguindo sublimar sua libido para fins mais elevados, ele já preencheu a condição para que sua fantasia inconsciente reviva e atue, ao menos parte de seu conteúdo, sob a forma de sintoma patológico (Freud, 1908 [1976]).

Após demonstrar de que modo as fantasias inconscientes são os precursores dos sintomas histéricos, Freud (1908 [1976]) continua seu trajeto assinalando que tais sintomas são a simbolização das fantasias através da conversão. Sendo assim, através da sintomatização, atinge-se o propósito de todo o processo patológico, ou seja, o restabelecimento da satisfação sexual primária original. Entretanto, existem casos em que os histéricos não expressam suas fantasias sob a forma de sintomas, mas como realizações conscientes. Onde tramam e encenam estupros, ataques ou atos de agressão sexual. Cabe ainda assinalar, que tal satisfação nunca ocorre de forma completa, mas apenas de forma parcial.

Freud (1908 [1976]) apresenta uma série de fórmulas que oferecem uma visão progressiva da natureza dos sintomas histéricos e, nestas, podemos observar um resumo, se assim podemos dizer, do desenvolvimento de seu trabalho ao longo de sua obra. Ele mesmo afirma que as fórmulas não se contradizem, mas enquanto algumas examinam o fato de modo mais completo, outras representam a aplicação de pontos de vistas diferentes. São elas:

- (1) Os sintomas histéricos são símbolos mnêmicos de certas impressões e experiências (traumáticas) operativas.
- (2) Os sintomas histéricos são substitutos, produzidos por conversão, para o retorno associativo dessas experiências traumáticas.
- (3) Os sintomas histéricos são – como outras estruturas psíquicas – uma expressão da realização de um desejo.
- (4) Os sintomas histéricos são a realização de uma fantasia inconsciente que serve a realização de um desejo.
- (5) Os sintomas histéricos estão a serviço da satisfação sexual e representam uma parcela da vida sexual do sujeito (uma parcela que corresponde a um dos constituintes da sua [pulsão] sexual).
- (6) Os sintomas histéricos correspondem a um retorno a um modo de satisfação sexual que era real na vida infantil e que desde então tem sido reprimido [recalcado].
- (7) Os sintomas histéricos surgem como uma conciliação entre duas moções afetivas e [pulsionais] opostas, um dos quais tenta expressar uma pulsão componente ou um constituinte da constituição sexual, enquanto outro tenta suprimi-lo.

- (8) Os sintomas histéricos podem assumir a representação de várias moções pulsionais inconscientes que não são sexuais, mas que possuem uma significação sexual. (Freud, 1908 [1976], p. 167-168)

De acordo com o próprio Freud (1908 [1976]), de todas as fórmulas, a sétima é a que descreve de modo mais completo a natureza dos sintomas histéricos como sendo a realização de uma fantasia inconsciente, ao passo que a oitava fórmula concede ao fator sexual sua devida importância.

Nota-se que nas fórmulas apresentadas ainda não há nada referente à questão da bissexualidade na histeria. É só mais adiante que Freud irá apresentar esta noção. Para tanto, retoma sua tese dos *Três ensaios* onde demonstrou que através do método psicanalítico, podia-se chegar através da conexão entre os sintomas e as fantasias ao conhecimento dos componentes das pulsões sexuais que dominam o sujeito. De todo modo, percebeu que em alguns casos, há muitos sintomas onde a exposição de uma fantasia sexual não é suficiente para efetuar a resolução dos sintomas. Sendo assim, qual seria a nova descoberta freudiana referente à bissexualidade na histeria? A resposta de Freud a esta questão é que, em alguns casos, são necessárias duas fantasias sexuais, uma de caráter feminino e outra de caráter masculino. Assim, uma dessas fantasias tem sua origem em uma moção pulsional homossexual. Essa descoberta mostra que o sintoma histérico além de representar uma conciliação entre uma moção pulsional libidinal e uma moção pulsional recalcadora, também pode representar a união de duas fantasias libidinais de caráter sexual oposto. Agora já estamos em condição de apresentar a última fórmula demonstrada por Freud, a qual diz que “os sintomas histéricos são a expressão, por um lado, de uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, de uma feminina” (Freud, 1908 [1976], p. 168).

Freud (1908 [1976]) ressalva que esta fórmula não tem a mesma validade geral que ele atribuiu às outras, e que esta parece se apropriar às neuroses constituídas de longa duração e já muito organizadas. Contudo, merece ser enfatizada uma vez que a situação descrita na fórmula é bastante comum. Esta natureza bissexual dos sintomas histéricos constitui uma importante confirmação da concepção freudiana do caráter inato da disposição bissexual no homem. Para ilustrar o que fora descrito até então, tomemos de Freud um exemplo: uma paciente por ele atendida pressionava o vestido contra o corpo com uma das mãos (como mulher), enquanto tentava arrancá-lo com outra (como homem).

No artigo *Algumas observações gerais sobre ataques histéricos* (1909 [1908]), Freud faz um trabalho quase que esquemático, extremamente condensado, onde podemos perceber as sementes de futuros desenvolvimentos. Freud só retomou o tema dos ataques histéricos

vinte anos mais tarde, ao examinar os ataques epiléticos de Dostoievski no artigo *Dostoievski e o parricídio* (1928[1927]) (Strachey, 1976).

Os ataques histéricos são fantasias traduzidas para a esfera motora, as quais são projetadas sobre a motilidade e representadas por meio de mímica. Tais fantasias são de natureza inconsciente, mas, salvo esta diferença, são da mesma natureza das fantasias observadas nos devaneios ou que podemos inferir da interpretação dos sonhos. Em alguns casos, os sonhos podem substituir um ataque, uma vez que a mesma fantasia se expressa de modo diverso no sonho e no ataque. As fantasias representadas nos ataques sofrem as mesmas distorções que o sonho noturno. Por ser assim, devemos empregar a mesma revisão interpretativa que utilizamos ao analisar os sonhos para se tentar entender os ataques histéricos (Freud, 1909 [1908]).

Os ataques histéricos se tornam incompreensíveis devido ao mecanismo da *condensação*, ou seja, por representar ao mesmo tempo várias fantasias em um mesmo material. O elemento comum às fantasias constitui o núcleo da representação (bem como nos sonhos). A obscuridade dos ataques histéricos se dá devido ao fato do sujeito realizar as atividades de ambas as figuras que aparecem na fantasia, através de uma *identificação múltipla*. Como no caso do exemplo já citado, onde uma paciente, como homem, tenta tirar sua roupa com uma das mãos, enquanto que com a outra, como mulher, as retinha.

Um outro processo que acarreta uma distorção muito grande é a *inversão antagônica de inervações* – processo esse semelhante à transformação de um elemento em seu oposto, comum no trabalho onírico. Na maioria das vezes os ataques representam uma enérgica rejeição, através de uma inervação antagônica, de uma postura que serve aos fins sexuais. Ainda outro engenhoso processo utilizado pela distorção é a *inversão da ordem cronológica* na fantasia que é representada. Esses mecanismos citados fornecem uma idéia das resistências que o material recalçado precisa transpor mesmo ao irromper através de um ataque histérico (Freud, 1909 [1908]).

Após apresentar os mecanismos utilizados pela distorção, Freud (1909 [1908]) mostra as leis que os ataques histéricos seguem em seu desencadeamento. Pelo fato do complexo recalçado consistir num investimento libidinal e em um conteúdo ideativo (fantasia), o ataque pode ser determinado das seguintes maneiras: *associativamente*, quando o conteúdo do complexo recalçado é atingido por um acontecimento da vida a ele ligado; *organicamente*, quando o investimento libidinal se eleva acima de determinado nível, isso por razões somáticas internas que resultaram de influências psíquicas externas; a serviço do *objetivo primário*, isto é, quando a realidade se torna penosa e, como consolo, o sujeito ‘foge para a

doença'; e a serviço dos *objetivos secundários*, onde a doença se alia ao ataque para que o sujeito atinja metas úteis a ele²⁰. Neste caso, o ataque é endereçado a outras pessoas.

O que se pode inferir a partir da investigação da história infantil de pacientes histéricos é que os ataques destinam-se a substituir a satisfação auto-erótica praticada pelo sujeito anteriormente e à qual ele renunciou. Além disso, o ataque é desencadeado através de um aumento da libido que está a serviço do objeto primário (como consolo), o qual repete as condições em que o sujeito procurava intencionalmente essa satisfação auto-erótica.

A seguir apresenta-se o esquema de Freud sobre os estádios que permitem a formação do ataque histérico:

- (a) satisfação auto-erótica, sem conteúdo ideativo; (b) a mesma satisfação, em conexão com uma fantasia que leva ao ato de satisfação; (c) renúncia ao ato, com a permanência da fantasia; (d) repressão [recalque] da fantasia, que então se manifesta através do ataque histérico, ou em forma inalterada ou numa forma modificada e adaptada às novas impressões do meio. Além disso, (e) a fantasia pode até restabelecer o ato de satisfação ao qual se abdicara aparentemente. Eis aqui um ciclo típico de atividade sexual infantil: repressão [recalque], malogro da repressão [recalque] e retorno do reprimido [recalcado] (Freud, 1909 [1908] – 1976, p. 236-237).

3.2. A Neurose Obsessiva Como Paradigma

Depois de termos percorrido as formulações de Freud sobre a histeria, respeitando o que vínhamos chamando do período ao qual a histeria se configurou como a “neurose paradigmática” e, por isso, priorizando as elaborações acerca desta neurose, podemos, agora, iniciar este momento de transição, isto é, de uma maior preocupação com a neurose obsessiva. Pode-se perceber este fato através da quantidade de trabalhos onde Freud irá trabalhar a neurose obsessiva, priorizando-a de modo direto ou indireto, mesmo que a princípio os dois modelos teóricos – o da histeria e da neurose obsessiva – coexistam. O que acaba de ser assinalado tonar-se-á mais cognoscível quando formos acompanhar o trajeto de Freud em *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909). Até que isto não aconteça, nos foquemos nos trabalhos anteriores sobre a neurose obsessiva.

²⁰ Essa é a primeira vez que aparece a expressão ‘fuga para a doença’, embora Freud já utilizasse essa noção em as *Neuropsicoses de defesa* (1894) na expressão ‘fuga para a psicose’. Em *Moral sexual civilizada* (1908), Freud utilizou a expressão ‘fuga para a doença neurótica’. A noção de ganho a partir da doença como fator etiológico também já era antiga e, aparece em uma carta a Fliess de 18 de novembro de 1897. Escreve Freud: “(...) à idéia de que seria preciso começar a análise da histeria pela descoberta dos motivos atuais em ação que levam à aceitação da doença, alguns dos quais eu conheço. (Pois a doença só se instaura quando a libido aberrante, tendo-se aliado a esses motivos, encontra, por assim dizer, um desdobraimento real.)” (Freud, 1986, p.284). Todavia, a distinção entre ganho primário e secundário só é tornada clara no presente artigo: *Algumas observações gerais sobre ataques histéricos* (1909 [1908]) (Strachey, 1976).

Em seu artigo *Atos obsessivos e práticas religiosas* (1907), Freud faz sua incursão inicial na psicologia da religião. Este trabalho constituiu um passo fundamental em direção a um tratamento mais profundo, posteriormente, cinco anos depois, em *Totem e Tabu* (1913). Além desta contribuição, o interesse deste artigo reside no fato de ser a primeira vez que Freud examina a neurose obsessiva desde o período de Breuer, cerca de dez anos antes. Neste artigo ele fornece uma introdução do mecanismo dos sintomas obsessivos que iria ser abordado posteriormente no caso clínico do Homem dos Ratos. Entretanto, o tratamento do Homem dos Ratos não havia iniciado quando Freud escreveu o presente trabalho (Strachey, 1976).

O que Freud (1907 [1976]) vem demonstrar neste artigo é a analogia entre os denominados atos obsessivos e as práticas religiosas. Para tanto, inicia uma distinção entre os *cerimoniais neuróticos* e os *atos obsessivos*. Todavia, avisa logo de saída que não é possível encontrar uma distinção nítida entre os cerimoniais e os atos. Os cerimoniais neuróticos consistem em pequenas alterações em certos atos cotidianos, seja por pequenos acréscimos, restrições ou arranjos que devem ser feitos sempre em uma mesma seqüência. Tais atividades, pequenas formalidades aparentemente, afiguram-se destituídas de qualquer sentido. O próprio sujeito que as realiza não as julga diversamente. No entanto, não é capaz de renunciar a elas, pois qualquer afastamento do cerimonial gera uma ansiedade intolerável, a qual o obriga a retificar sua omissão.

Os cerimoniais podem converter-se em atos obsessivos, se forem complicados por pequenos acréscimos ou se adquirirem um caráter rítmico através de pausas e repetições. Em geral os atos obsessivos derivam-se de cerimoniais. O conteúdo do distúrbio abrange proibições e impedimentos e, o sujeito, só consegue realizar certas atividades após a realização de um determinado cerimonial (Freud, 1907 [1976]).

Após estas colocações, Freud (1907 [1976]) inicia o paralelo entre os cerimoniais neuróticos e os atos sagrados religiosos. A semelhança entre eles reside nos escrúpulos de consciência que a negligência dos mesmos acarreta e na extrema consciência com que são executados em todas as suas particularidades. As diferenças são tão óbvias quanto as semelhanças: a grande diversidade dos cerimoniais neuróticos em oposição ao caráter estereotipado dos rituais religiosos (orações, curvar-se para o leste, como entre os muçulmanos, etc.); o caráter privado dos primeiros em oposição ao caráter público e comunitário das práticas religiosas; e o mais significativo, enquanto todos os detalhes dos cerimoniais religiosos são significativos e possuem um sentido simbólico, os cerimoniais neuróticos parecem absurdos e tolos. Todavia, essa diferença significativa entre o cerimonial

neurótico e o religioso tende a desaparecer quando penetramos, com o auxílio da técnica psicanalítica, no verdadeiro significado dos atos obsessivos. No decurso desta investigação, seu caráter *non sense* são diluídos e pode-se explicar seu sentido, mostrando que tais atos expressam experiências ainda atuantes e pensamentos investidos com afeto.

Os atos obsessivos derivam das experiências sexuais mais íntimas do sujeito e expressam motivos e pensamentos inconscientes. Por mais que o sujeito realize tais atos sem saber os “reais” motivos pelos quais o fazem, quem é tomado por compulsões e proibições comporta-se como se estivesse tomado por um sentimento de culpa do qual nada sabe. Esse sentimento inconsciente de culpa origina-se de certos eventos mentais primitivos e é constantemente revivido pelas repetidas tentações resultantes de cada nova provocação. Deste modo, o cerimonial surge como um ato de defesa ou de segurança, uma medida protetora (Freud, 1907 [1976]).

Em referência ao sentimento de culpa pode-se fazer uma analogia entre este sentimento nos neuróticos e nos crentes. Este sentimento dos neuróticos corresponde à convicção dos religiosos de serem apenas miseráveis pecadores; e as práticas devotas (orações) com que tais indivíduos precedem cada ato cotidiano, parecem ter o valor de medidas protetoras ou de defesa (Freud, 1907 [1976]).

Muitas das colocações freudianas sobre os mecanismos da neurose obsessiva no presente trabalho já estavam presentes no último artigo que Freud trabalhou o tema, a saber, em *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*. A diferença fundamental reside na introdução da sexualidade infantil e da teoria da pulsão. O leitor irá perceber, na exposição que segue, a maneira pela qual Freud aborda a neurose obsessiva em função do mecanismo do recalque de uma moção da pulsão sexual.

A neurose obsessiva oculta um fato fundamental, isto é, que existe sempre o recalque de um componente da pulsão sexual existente na constituição do sujeito e que se expressa por um tempo na infância e vem a sucumbir, posteriormente, ao recalque. No processo do recalque cria-se uma consciência especial que é dirigida contra os objetivos da pulsão; essa formação reativa psíquica é constantemente ameaçada pela pulsão emboscada no inconsciente. A influência desta é sentida pelo sujeito como uma tentação, que durante o processo do recalque gera uma angústia que irá adquirir controle sobre o futuro - uma angústia expectante. O recalque que acarreta a neurose obsessiva deve ser considerado como um processo de “êxito” parcial, estando a todo o momento sob a ameaça de um fracasso. Deste modo, podemos comparar este processo com um conflito interminável, na medida em que reiterados esforços psíquicos são necessários para contrabalançar a pressão constante da

pulsão. Sendo assim, os atos cerimoniais e os obsessivos emergem, em parte, como uma proteção contra a tentação e, em parte, como proteção contra a ocorrência do mal. Mesmo assim, tais medidas de proteção logo se tornam insuficientes contra a tentação e, surgem a partir daí, as proibições, cuja finalidade é manter à distância as situações que podem gerar tentações (Freud, 1907 [1976]).

Outra característica da neurose obsessiva e, também, das outras enfermidades semelhantes, é que suas manifestações (sintomas) são uma conciliação entre forças antagônicas da psique. Tais manifestações reproduzem uma parcela do mesmo prazer que se queria evitar, e servem à pulsão recalcada tanto quanto às instâncias que o estão recalçando. Na vida religiosa, também podemos encontrar alguns aspectos com características semelhantes. A formação de uma religião parece se basear na supressão, na renúncia de certas moções pulsionais. Entretanto, esses impulsos não são componentes exclusivamente da pulsão sexual (embora geralmente abriguem um componente sexual), como no caso das neuroses; são pulsões egoísticas e socialmente perigosas (Freud, 1907 [1976]).

A partir dos paralelos e analogias apresentadas diz Freud:

Podemos atrever-nos a considerar a neurose obsessiva como o correlato patológico da formação de uma religião, descrevendo a neurose como uma religiosidade individual e a religião como uma neurose obsessiva universal. A semelhança fundamental residiria na renúncia implícita à ativação dos instintos [pulsões] constitucionalmente presentes; e a principal diferença residiria na natureza desses instintos [pulsões], que na neurose são exclusivamente sexuais em sua origem, enquanto na religião procedem de fontes egoístas (Freud, 1907 [1976], p. 130).

Se no artigo anterior, Freud faz um paralelo entre a neurose obsessiva e a religião, em *Caráter e erotismo anal* (1908), ele associa três traços de caráter com o erotismo anal na neurose obsessiva. Embora Freud já houvesse mencionado algumas considerações sobre este tema em sua carta a Jung de 2 de outubro de 1906 e, também, associara dinheiro e avareza com fezes em sua carta a Fliess de 22 de dezembro de 1897, foi a análise do “Homem dos Ratos”, concluída um pouco antes do presente artigo, que estimulou Freud a escrever esse trabalho. Todavia, foi só em *A disposição à neurose obsessiva* (1913) que ele viria a examinar a conexão especial entre o erotismo anal e a neurose obsessiva (Strachey, 1976).

Em seu artigo *Caráter e erotismo anal* (1908), coloca que existem certos tipos de sujeitos que se distinguem por possuírem determinados traços de caráter (apresentados a seguir), e que sua atenção volta-se para o comportamento da infância desses sujeitos. Isto, na

tentativa de entender e demonstrar a existência de uma conexão orgânica entre esses tipos de caráter e esse comportamento de um órgão.

Os sujeitos descritos por Freud (1908 [1976]) distinguem-se por uma combinação regular de três características: ordeiras; parcimoniosas e obstinadas. Cabe ressaltar que cada um desses vocábulos abrange um grupo ou série de traços interligados. Ordeiro²¹ abrange a noção de esmero individual como o escrúpulo no cumprimento de pequenas tarefas e a fidedignidade. A parcimônia pode aparecer de modo exagerado como avareza. Já a obstinação, pode transformar-se em rebeldia, que pode facilmente se associar à cólera e aos impulsos vingativos. A parcimônia e a obstinação possuem uma ligação mais estreita entre elas do que com a ordem e, também, constituem o elemento mais constante de todo o complexo. Ainda assim, todas essas características estão ligadas entre si.

Freud (1908 [1976]) coloca que os traços de caráter (ordem, parcimônia e obstinação) de tais sujeitos são os primeiros e mais constantes resultados da sublimação do erotismo anal. Vejamos a explicação dada por ele para se chegar a tal afirmação.

Na história da primeira infância desses sujeitos nota-se que eles gastaram um longo tempo para superar a incontinência fecal e, que na infância posterior, sofreram falhas isoladas nessa função. Quando bebês pertenciam ao grupo de *infans* que se recusavam a evacuar os intestinos, porque obtinham prazer suplementar no ato de defecar. O que se deduz de tais indicações é que essas pessoas possuem uma constituição sexual na qual o caráter erógeno da zona anal é excessivamente forte. Todavia, após o término de suas infâncias, não existem resquícios dessas idiosincrasias e, portanto, conclui-se que no decurso do seu desenvolvimento a zona anal perdeu sua significação erógena (Freud, 1908 [1976]). Mas como é possível que tal zona anal perca sua significação erógena?

Nos *Três ensaios*, Freud já demonstrara que a excitação sexual recebe importantes contribuições das zonas erógenas, mas que as quantidades de excitações provenientes dessas zonas não sofrem as mesmas vicissitudes, nem têm destinos iguais nos diferentes períodos de vida. De modo geral, apenas uma parcela delas é utilizada na vida sexual, enquanto a outra parte é dirigida para a sublimação. No caso do erotismo anal, este é um dos componentes da pulsão sexual que no decurso do desenvolvimento e de acordo com a educação exigida pela civilização se tornaram inúteis para os fins sexuais. Sendo assim, estes traços de caráter aparecem como o resultado da sublimação do erotismo anal (Freud, 1908 [1976]).

²¹ *Ordentlich* em alemão. O significado da palavra é ordeiro, mas seu uso tornou-se mais extenso. Pode ser equivalente de correto, metuculoso, limpo, fidedigno, regular, decente, exato (Strachey, 1976).

Com o intuito de tornar mais compreensível a conexão entre o erotismo anal e os traços de caráter, Freud (1908 [1976]) apresenta algumas sugestões. A limpeza, a ordem e a fidedignidade aparecem como uma formação reativa contra o interesse pela sujeira que não deveria pertencer ao corpo. Já no caso da obstinação, a tarefa de relacionar esse traço com um interesse pela defecação não é tão simples. Todavia, cabe lembrar que o bebê demonstra vontade própria quando se trata do ato de defecar e, que os educadores costumam tentar quebrar a obstinação da criança e torná-la submissa. As conexões entre o apego ao dinheiro e a defecação afiguram-se entre as mais extensas. Todo aqueles que praticam a psicanálise estão em condição de ver a equivalência simbólica entre as fezes e o dinheiro; e perceber que o dinheiro está intimamente relacionado com a sujeira. Outra circunstância facilita essa equação no pensamento neurótico. O interesse erótico original pela defecação está destinado a extinguir-se em anos posteriores. A partir daí emerge o interesse pelo dinheiro, o que facilita o deslocamento da moção primitiva, que estava em processo de perder seu objetivo, para o novo objetivo que está emergindo.

O que pode concluir-se do que foi exposto apresenta-se na seguinte fórmula para o modo como o caráter, em sua configuração final, se forma a partir das pulsões constituintes: “Os traços de caráter permanentes, são ou prolongamentos inalterados das pulsões originais, ou sublimação dessas pulsões, ou formações reativas contra as mesmas” (Freud, 1908 [1976], p.181).

No artigo trabalhado anteriormente, *Caráter e erotismo anal* (1908), Freud já havia concluído o tratamento do “Homem dos Ratos”. No entanto, o próprio caso clínico ainda não havia sido escrito e nem publicado. Deste modo, várias das idéias apresentadas no artigo anterior foram inspiradas a partir deste atendimento clínico. Dito isto, podemos avançar nosso percurso e trabalhar esta obra de importância capital para a literatura psicanalítica e, também, para nossa jornada.

O leitor irá perceber e tirar suas próprias conclusões sobre como, neste período, os dois modelos psicopatológicos coexistem. Se o modelo da histeria já estava pronto neste momento, o modelo da neurose obsessiva começa a tomar formas mais definidas. Pode-se perceber que Freud, a partir do caso clínico do “Homem dos Ratos”, fará da neurose obsessiva a neurose paradigmática por excelência.

O tratamento desse caso clínico teve início em primeiro de outubro de 1907, o mesmo teve a duração de aproximadamente um ano, trata-se evidentemente do “Homem dos Ratos” – como ficou conhecido na literatura psicanalítica (Strachey, 1976).

Na introdução de *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909), Freud antecipa seus leitores que irá expor extratos fragmentários oriundos de um caso de neurose obsessiva, e que fará também a exposição de algumas assertivas de caráter aforísticos sobre a gênese e os mecanismos psicológicos dos processos obsessivos. Dá assim continuidade ao desenvolvimento de suas primeiras observações sobre o assunto, publicadas em 1896 – a saber, em *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (Freud, 1909 [1976]).

Bem ao seu estilo, Freud (1909 [1976]) reconhece que ainda não conseguiu penetrar inteiramente na complicada textura de um caso grave de neurose obsessiva. Admite em seguida, que a neurose obsessiva é mais difícil de se compreender do que a histeria. Quais seriam as justificativas de Freud para sua afirmação, uma vez que ele próprio diz que na realidade deveríamos esperar o contrário? Mas por que esperar o contrário? Ora, a linguagem da neurose obsessiva, isto é, os meios pelos quais expressa seus pensamentos secretos, pode ser considerada apenas um dialeto da linguagem da histeria. No entanto, é um dialeto que deveríamos compreender mais facilmente, uma vez que esta linguagem se refere de modo mais próximo às formas de expressão adotadas pelo pensamento consciente do que a linguagem da histeria. Até porque não implica o salto de um processo psíquico para uma inervação somática, como no caso da conversão histérica – que de todo modo não pode ser totalmente compreensível. Se ainda assim, a neurose obsessiva continua a ser mais difícil de se entender que a histeria, a justificativa de Freud é que talvez esteja pouco familiarizado com a neurose obsessiva. Essa falta de familiaridade deve-se em grande parte ao fato de menos neuróticos obsessivos procurarem um tratamento psicanalítico do que os histéricos. E quando o fazem, apresentam-se em um estágio da doença já avançado.

Na apresentação do caso clínico, percebe-se que Freud ainda está claudicando acerca dos mecanismos obsessivos; é só nas *Considerações teóricas* que suas colocações aparecem mais seguras. Assim, como já vínhamos fazendo, vamos primeiro caminhar em terras arenosas junto com Freud, para depois podermos pisar em solos mais firmes.

Aparentemente as idéias obsessivas não possuem nem motivo nem significação. No entanto, se levarmos em consideração as idéias obsessivas e fazer com elas uma relação temporal com a vida do sujeito, pode-se perceber as interconexões entre as representações obsessivas e as experiências de vida do paciente. Tal procedimento nos levará ao conhecimento da estrutura dessas representações – seu significado, o mecanismo de sua origem e as motivações da psique do sujeito tornam-se não mais incompreensíveis (Freud, 1909 [1976]).

Exemplo disso que foi assinalado pode ser averiguado em alguns casos onde o que toma a mente do sujeito são os impulsos suicidas. Por trás da ordem “mate-se a si próprio”, podemos encontrar freqüentemente uma dessas paixões selvagens e violentas contra uma pessoa amada. O que se procede é que na consciência obsessiva do sujeito aparece um sentimento de culpa por ter tais aspirações, acompanhado de um afeto também violento e numa ordem invertida: o que aparece em primeiro é a ordem de punição (matar-se), e a seguir, enfim, a menção de culpa. O que se pode inferir deste sentimento de culpa é que ele emerge como uma reação a um sentimento de raiva muito grande, inacessível à consciência do sujeito. A dúvida obsessiva também aparece através dos impulsos contraditórios, principalmente os referentes ao amor e o ódio (Freud, 1909 [1976]).

Muitos atos compulsivos dos neuróticos obsessivos acontecem em dois estádios sucessivos, onde o segundo neutraliza o primeiro. A consciência do sujeito os interpreta mal e formula um conjunto de motivações secundárias que os explica (mecanismo da *racionalização*). A real significação desses atos reside no fato de serem a representação de um conflito entre duas moções opostas (amor e ódio). Estes atos compulsivos têm, sob o ponto de vista teórico, um interesse particular, uma vez que nos demonstra uma modalidade diferente de método de construção de sintomas. Na histeria, o que ocorre normalmente é uma conciliação entre ambas as tendências opostas ao se expressarem simultaneamente. No caso da neurose obsessiva, conforme assinalado acima, cada uma das moções opostas é satisfeita isoladamente, primeiro uma e depois a outra (Freud, 1909 [1976]).

Tomemos de Freud um exemplo para ilustrar o que foi assinalado:

Um [...] paciente obsessivo certa vez me narrou a seguinte história. Um dia, passeava pelo parque, em Schoönbunn, quando tropeçou num galho que estava no chão. Ele o apanhou e o atirou para dentro da sebe que cercava o caminho. Quando voltava para casa, foi subitamente acometido com a preocupação de que o galho, ficando nessa sua nova posição, pudesse se projetar um pouco para fora da sebe e ferir alguém que passasse pelo mesmo lugar depois dele. Sentiu-se, então, obrigado a saltar do bonde, correr até o parque, reencontrar o lugar e restituir o galho à sua posição anterior – embora qualquer um outro, além do paciente, teria visto que, pelo contrário, seria definitivamente mais perigoso para os transeuntes em sua posição original do que na sebe onde ele o pusera. O segundo ato, hostil, que ele praticou sob compulsão, ficou revestido em seu ponto de vista consciente com as motivações que realmente faziam do primeiro, um ato filantrópico (Freud, 1909 [1976], p.195).

Mais adiante, ao expor a causa precipitadora da doença do “Homem dos Ratos”, Freud diz que antes de tal exposição é necessário fazer algumas considerações teóricas. Essas considerações consistem em *contrapor metodologicamente a histeria e a neurose obsessiva* no que se refere às causas precipitadoras destas psiconeuroses.

No caso da histeria, em geral, as causas precipitadoras da doença sucumbem à amnésia, bem como as experiências infantis, as quais com auxílio das causas precipitadoras transformam em sintomas a sua energia afetiva. A amnésia submete a causa precipitadora traumática recente a um processo de erosão e dela subtrai os seus componentes mais importantes. O que desta amnésia podemos perceber é a evidência do recalque que teve lugar nesse processo. Já com a neurose obsessiva, os mecanismos ocorrem de modo um tanto diferente. As condições infantis também podem sucumbir à amnésia, embora muitas vezes de forma parcial. No entanto, ao contrário da histeria, os motivos imediatos que fizeram eclodir a doença permanecem na memória. O processo de recalque ocorre de forma diferente e utiliza-se de outro mecanismo. O trauma, ao invés de ser esquecido, é isolado de seu investimento afetivo e, sendo assim, o que resta na consciência do sujeito é o conteúdo ideativo - o qual aparece à primeira vista, desinteressante e sem importância. Na histeria, o sujeito tem a sensação de ter esquecido o que lhe ocorreu há muito tempo. Já na neurose obsessiva, a pessoa sente sempre haver conhecido o ocorrido. Deste modo, no que se refere à neurose obsessiva, podemos dizer que existem dois tipos de conhecimento: um onde ele conhece seus traumas na medida em que não os esqueceu e, outro, onde ele não os conhece, uma vez que não está ciente de sua significação (Freud, 1909 [1976]).

Nas considerações teóricas deste caso clínico, Freud, primeiramente, define as representações obsessivas como fizera em 1896, isto é, “autocensuras transformadas que reemergiram da repressão [recalque] e que invariavelmente se referem a algum ato sexual praticado com prazer na infância” (Freud, 1909 [1976], p.223). No entanto, logo em seguida, diz que tal definição, apesar de seus componentes serem irrepreensíveis, pode ser criticada em seus fundamentos formais. A partir daí ele apresenta algumas características gerais das estruturas obsessivas.

O que podemos perceber das restrições freudianas sobre sua própria definição é que ele avança sua teoria, onde mais de dez anos haviam passado desde sua anterior abordagem da neurose obsessiva. Na definição acima citada, podemos ver que o conceito é marcado pela noção de trauma e da atividade. Pelo fato de ter progredido no assunto, não é de se espantar que novos elementos tenham sido inseridos em sua nova concepção. Até mesmo porque já estamos no ano de 1910, onde a sexualidade infantil já havia ganhado o devido peso em sua neurótica, bem como a sua teoria das pulsões. E como poderemos perceber a seguir, são esses novos avanços que permearão na sua abordagem da neurose obsessiva.

As estruturas obsessivas correspondem a uma variada gama de atos psíquicos. Estes podem ser classificados como desejos, tentações, reflexões, dúvidas, ordens ou proibições. Os próprios neuróticos obsessivos esforçam-se para amenizar tais distinções e encarar esses atos psíquicos apenas como representações obsessivas. O mecanismo utilizado é a separação do afeto das representações e, com isso, o que o sujeito percebe é apenas uma corrente de pensamento (Freud, 1909[1976]).

A própria fenomenologia do pensar obsessivo merece desfrutar de mais atenção. Durante a luta defensiva secundária, a qual o sujeito empreende contra as representações obsessivas que tentam penetrar em sua consciência, outras estruturas psíquicas aparecem. Uma delas, como mencionado, é o processo de racionalização. O sujeito utiliza-se das armas da razão para combater os pensamentos obsessivos. Entretanto, tais considerações racionais violam as normas do pensamento e estabelecem-se como base do pensamento patológico, assumindo as premissas da obsessão (Freud, 1909[1976]).

Isso que descrevemos como representações obsessivas mostra, a partir de sua deformação do teor original, alguns vestígios da luta defensiva primária. Isto porque as idéias obsessivas, tal como os sonhos, são produtos da conciliação e da deformação e, deste modo, são mal interpretadas pela consciência. Esta má interpretação da consciência não se restringe às representações obsessivas, mas também aos produtos da luta defensiva secundária, como por exemplo, as fórmulas de proteção. Os pensamentos obsessivos sofrem uma deformação semelhante àquela pela qual os pensamentos oníricos latentes passam antes de se tornarem o conteúdo manifesto do sonho. Entretanto, nem toda obsessão sofre distorções tão complicadas utilizando-se da técnica da condensação e do deslocamento. Em muitas delas a técnica utilizada é a que se aplica preferencialmente aos chistes (*Witz*), ou seja, a de deformação por omissão ou elipse. Esta técnica de deformação por elipse também pode ser considerada como uma das características gerais das neuroses obsessivas.

Cabe aqui assinalar que nem todas as representações obsessivas aparecem na consciência de maneira deformada e, podemos acrescentar, que muitas vezes, os processos psíquicos inconscientes irrompem na consciência em sua forma pura e indeformada. No entanto, como já assinalado anteriormente, essas representações aparecem desligadas do afeto e, esta também, é uma das características gerais das neuroses obsessivas (Freud, 1909[1976]).

Outro aspecto psicológico compartilhado pelos neuróticos obsessivos é a necessidade de incerteza em suas vidas, ou de dúvida. Essa característica nos leva a investigar a vida pulsional dos sujeitos que padecem dessa neurose. A criação da incerteza é um método utilizado pela neurose para atrair o sujeito para fora da realidade, o que é uma tendência de

qualquer psicose. A “preferência” dos neuróticos obsessivos pela incerteza e pela dúvida orienta seus pensamentos pelos temas perante os quais a humanidade está incerta. Os principais temas são: paternidade, duração da vida, vida após morte e memória, ou seja, temas em que nossos conhecimentos e julgamentos necessariamente estão expostos à dúvida (Freud, 1909[1976]).

Mas o que faz com que os neuróticos obsessivos se apeguem à incerteza e a dúvida? O que está por trás da questão da morte na neurose obsessiva? Para tentar responder tais questões somos tangenciados para a vida pulsional dos neuróticos obsessivos. É na terceira seção (*A vida pulsional dos neuróticos obsessivos e as origens da compulsão e da dúvida*) das considerações teóricas de *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909) que Freud irá tentar responder a essas questões.

Freud (1909 [1976]) coloca como uma das características mais freqüentes, mais marcantes e mais importante da neurose obsessiva a relação entre o amor e o ódio. O conflito entre o amor e o ódio nos causa estranheza. O amor incipiente é freqüentemente percebido como ódio, e que o amor, se lhe falta satisfação, pode ser parcialmente convertido em ódio. Os poetas habitualmente nos dizem que nos elevados estádios do amor os dois sentimentos podem existir lado a lado, por algum tempo, ainda que em rivalidade. Contudo, o que mais chama a atenção de Freud, é a coexistência crônica do amor e do ódio direcionados à mesma pessoa e ambos com o mesmo alto grau de intensidade. A existência dessa ambivalência dos dois opostos só é possível devido a condições psicológicas peculiares e com auxílio do estado de coisas presentes no inconsciente.

O amor não conseguiu eliminar o ódio, mas apenas recalca-lo no inconsciente, onde é protegido dos perigos de ser destruído pelas operações da consciência, tornando-se assim capaz de persistir e até mesmo se fortalecer. Sob estas condições, o amor consciente avança mediante uma reação que visa manter o ódio recalcado. A condição necessária para este estado de coisas aparentemente tão estranho na vida sexual de um sujeito é a hipótese de que em um período precoce da infância, ambos os sentimentos haveriam se separado e um deles, normalmente o ódio, teria sido recalcado (Freud, 1909 [1976]).

Apesar de Freud (1909 [1976]) colocar esta relação entre amor e ódio como uma das principais características da neurose obsessiva, ele próprio faz restrições contra essa posição. A seu ver, seria tentador colocar o problema da escolha da neurose em conexão com a vida pulsional. Todavia, existem razões para sair desse caminho, uma vez que essas mesmas pulsões recalçadas estão também presentes por trás dos sintomas histéricos. Aquilo que distingue a neurose obsessiva de uma neurose histérica não deve ser buscado na vida

pulsional, e somente no campo psicológico podemos distinguir as neuroses. De todo modo, ele persiste neste caminho, mas adverte que tal posição de sua explicação deve ser vista como provisória.

Feita as ressalvas, já estamos em condições de acompanhar os enigmáticos processos da neurose obsessiva relacionando-os com a vida pulsional. Quando um amor intenso se opõe a um ódio com força equivalente e, ao mesmo tempo, estas forças encontram-se vinculadas, as conseqüências imediatas serão uma paralisia parcial da vontade e uma incapacidade de decidir-se sobre qualquer ação para a qual o amor deve suprir a força motivadora. O que chama a atenção é o fato dessa indecisão paralisante não ficar restrita a um mero grupo de ações, mas irá se estender gradualmente por todo terreno comportamental da vida do sujeito. Mas como isso é possível? A atitude do homem em matéria sexual tem o poder de ser o modelo ao qual as demais reações de sua vida tendem a moldar-se. Outro fator que favorece esta atitude do neurótico obsessivo perante a vida diz respeito a uma característica intrínseca da própria neurose obsessiva, isto é, a utilização plena do mecanismo do deslocamento (Freud, 1909 [1976]).

A partir de agora, temos o domínio da dúvida e da compulsão, tal como observamos na vida anímica dos neuróticos obsessivos. Deste modo, a dúvida obsessiva corresponde à indecisão do sujeito em conseqüência da inibição de seu amor através do ódio. A dúvida é, em última instância, uma incerteza de seu próprio amor; através do deslocamento ela, é difundida para todas as esferas da vida do enfermo; ela é deslocada para aquilo que a princípio aparece como mais insignificante e sem valor (Freud, 1909 [1976]).

A incerteza quanto ao seu próprio amor não é representada apenas na dúvida obsessiva, mas também diz respeito a suas medidas protetoras. A contínua repetição das medidas protetoras tem o intuito de expulsar a incerteza; ademais, essa dúvida enfim estabelece o fato dos atos protetores serem impossíveis de se realizar. No entanto, apesar da certeza do sujeito em ter realizado a medida protetora, o conteúdo das fantasias inconscientes é precisamente a moção pulsional contrária do ato. Deste modo, nenhum desses procedimentos são úteis em longo prazo. Quando a moção pulsional amorosa consegue algum sucesso através do deslocamento para algum ato trivial, a moção pulsional hostil também irá acompanhar o ato em seu novo terreno e, deste modo, passará a anular o que havia conseguido realizar (Freud, 1909 [1976]).

A compulsão é uma tentativa de compensar a dúvida e as intoleráveis condições de inibição que o sujeito testemunha através dela. O neurótico obsessivo, com ajuda do mecanismo do deslocamento, pode conseguir se decidir a respeito de suas intenções inibidas

e, assim, efetivar sua intenção. Todavia, esta não é a intenção original, mas, a energia represada encontra deste modo uma maneira de escoar sua descarga no ato substituto. Esta energia se expressa através de ordens e proibições; e se acontece de a ordem compulsiva não poder se realizar, a tensão, percebida pelo sujeito sob a forma de angústia, torna-se insuportável. Porém, o próprio ato substituto é tão contestado que via de regra um ato semelhante pode desempenhar o papel de uma medida protetora associada com a moção pulsional a ser evitada (Freud, 1909 [1976]).

Através de uma espécie de regressão, atos preparatórios substituem a decisão final, o pensamento substitui a ação e, em lugar do ato substituto, algum pensamento se antecipa e persevera como uma compulsão. Mas como isso acontece? Quando a regressão a partir do agir para o pensar fica mais marcada ou menos marcada, uma neurose obsessiva expõe as características do pensar obsessivo ou do agir obsessivo. Os atos obsessivos só são possíveis por constituírem uma reconciliação (um acordo) entre as duas moções antagônicas. Isso porque os atos obsessivos tendem a se aproximar cada vez mais dos atos sexuais infantis de caráter masturbatório. Sendo assim, com o auxílio de uma nova regressão, os atos de amor não mais se referem a uma outra pessoa (o objeto de amor e ódio), mas são atos auto-eróticos tais como os atos da tenra infância (Freud, 1909 [1976]).

Outro fator de extrema importância na produção do quadro de uma neurose obsessiva e que favorece o primeiro tipo de regressão (do agir para o pensar) refere-se à vida pulsional. Em geral, nos neuróticos obsessivos pode-se observar um precoce desenvolvimento e um recalque prematuro da pulsão sexual de olhar (pulsão escopofílica) e de conhecer (pulsão epistemofílica). Na medida em que a pulsão epistemofílica constitui um aspecto preponderante na neurose obsessiva, a cisma torna-se o principal sintoma dessa enfermidade. O processo de pensamento torna-se sexualizado, pois o prazer sexual que normalmente está relacionado ao conteúdo do pensamento é aplicado ao próprio ato do pensar. Assim, a satisfação que se obtém ao concluir uma linha de pensamento é sentida como uma satisfação sexual. A energia que se esforça para abrir caminho até a ação é atraída para os processos do pensamento, onde aí pode encontrar uma satisfação de outra natureza. Pelas vias destes fatos, com o auxílio da pulsão epistemofílica, os atos substitutos podem ser substituídos por atos preparatórios do pensamento (Freud, 1909 [1976]).

Diante do que foi exposto, podemos chegar mais perto das características psicológicas da neurose obsessiva, daquilo que dá sua qualidade de ser obsessiva ou compulsiva.

Um processo de pensamento é obsessivo ou compulsivo quando, em conseqüência de uma inibição (devida a um conflito entre impulsos [moções] oponentes) na extremidade motora do sistema psíquico, ele é levado a cabo com um dispêndio de energia que (no que concerne tanto à qualidade quanto à quantidade) está normalmente reservado unicamente para as ações; ou então, com outras palavras, um pensamento obsessivo ou compulsivo é aquele cuja função está em representar um ato regressivamente (Freud, 1909, [1976], p.246-247).

Podemos inferir que os processos do pensamento são conduzidos, por motivos econômicos, com menores deslocamentos de energia a um nível mais alto de investimento do que os atos através dos quais pretende-se realizar a descarga ou modificar o mundo externo (Freud, 1909 [1976]).

A partir das considerações teóricas deste caso clínico, já podemos dizer que nos encontramos no modelo psicopatológico da neurose obsessiva. Antes de passarmos para o próximo trabalho de Freud que trata da neurose obsessiva predominantemente – *A disposição à neurose obsessiva* (1913), vamos fazer uma pausa para colocar algumas questões sobre as neuroses em geral. Tais colocações encontram-se nas *Cinco lições de psicanálise* (1910 [1909]), que apesar de publicadas em 1910, foram proferidas por Freud em setembro de 1909. Foi a convite do Dr. Stanley Hall, presidente da Clark University, que tais conferências foram realizadas. Segundo o próprio Freud, este convite foi o primeiro reconhecimento oficial da novel ciência (Strachey, 1976).

Com o descobrimento da sexualidade infantil e atribuindo aos componentes da pulsão sexual os sintomas neuróticos, podemos chegar a algumas fórmulas sobre a natureza e a tendência das neuroses (Freud, 1910 [1909]).

Os sujeitos adoecem quando, a partir de obstáculos externos ou da ausência de adaptação interna, lhes falta, *na realidade*, a satisfação de suas pulsões sexuais. O que acontece é que o sujeito encontra, nos sintomas, uma satisfação substitutiva. Assim, nos sintomas neuróticos encontramos uma parcela da atividade sexual do sujeito ou, até mesmo, de sua vida sexual inteira. Este distanciamento da realidade mostra a tendência principal da neurose e, também, o dano maior do estado patológico. Deste modo, a resistência do sujeito em abandonar seus sintomas não é simples, mas composta de vários elementos. Além de o *eu* recusar a desfazer o recalque – o meio através do qual se esquivou de suas disposições originárias, a pulsão sexual também tende a não renunciar à satisfação substitutiva enquanto houver dúvida de que a realidade possa lhe oferecer algo melhor (Freud, 1910 [1909]).

Agora podemos nos perguntar de que modo a fuga da realidade pode possibilitar essa satisfação substitutiva. Ora, por mais insatisfatória que essa fuga seja, pois também produz

aquilo que chamamos de doença, ela não deixa de proporcionar ao sujeito um prazer imediato. Mas como ocorre essa fuga? Ela se dá pela via da regressão às primeiras fases da vida sexual do sujeito, onde nessa época não lhes faltou satisfação. A regressão comporta dois aspectos: *temporal* – porque a libido em sua necessidade sexual volta-se a fixar nos estádios mais remotos da evolução sexual; e *formal* – pois emprega os meios psíquicos originários e primitivos para satisfazer as mesmas necessidades. Assim, a regressão orienta-se para a sexualidade infantil, restabelecendo um estado infantil da vida sexual, ou seja, uma satisfação auto-erótica. Sob este ponto de vista, podemos perceber que quando a realidade se mostra de todo insatisfatória, utilizamos a fantasia para compensar as deficiências da realidade e, nelas, realizamos os desejos. São exatamente os conteúdos das fantasias, no caso das moléstias, que se transformam em sintomas (Freud, 1910 [1909]).

Em *A disposição à neurose obsessiva – uma contribuição ao problema da escolha da neurose* (1913), Freud examina dois tópicos de importância especial: o problema da “escolha da neurose” e a questão das organizações pré-genitais da libido. O primeiro tópico, que dá ao trabalho o seu subtítulo, era um problema que rondava a mente de Freud desde tempos mais antigos. Podemos encontrar as primeiras discussões sobre o assunto nas cartas escritas a Fliess, que datam de 1º de janeiro de 1896 (rascunho k), de 30 de maio de 1896 (carta 46) e de 6 de dezembro de 1896 (carta 52); e, também, em três trabalhos publicados no mesmo ano destas correspondências: *A hereditariedade e a etiologia das neuroses* (1896), *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (1896) e *A etiologia da histeria* (1896) (Strachey, 1976).

Nestas primeiras investigações do problema, Freud chega a duas “soluções” diferentes, mas que se assemelhavam muito por postular uma etiologia traumática para as neuroses. Primeiramente, houve a teoria em que as experiências sexuais passivas na primeira infância predispunham à histeria e as experiências ativas à neurose obsessiva. Na segunda destas teorias, o fator decisivo era atribuído ao período de vida cronológico em que a experiência traumática ocorrera, ou, de outra forma, nos períodos de vida em que se deu a ação defensiva contra o revivescimento da experiência traumática (Strachey, 1976).

Na correspondência de Freud a Fliess podemos acompanhar as sucessivas alterações de seus pontos de vista a respeito. Ele escreve na carta datada de 24 de janeiro de 1897 (carta 57):

[...] estou ficando em dúvida quanto a uma conjectura que fiz até pouco tempo atrás, no sentido de que a escolha da neurose é determinada pelo período em que ela se origina; parece-

me, antes, que ela se estabelece na primeira infância. Mas a decisão continua oscilando entre o período em que ela se origina e o período em que ocorre o recalçamento (o que prefiro atualmente) (Freud, 1986, p.229).

Meses mais tarde, em carta datada de 14 de novembro de 1897:

É provável, portanto, que a escolha da neurose – a decisão quanto à emergência de histeria, neurose obsessiva ou paranóia – dependa da natureza do ímpeto de desenvolvimento (ou seja, de sua localização cronológica) que permite a ocorrência do recalçamento, isto é, que transforma uma fonte de prazer interno numa fonte de repulsa interna (Freud, 1986, p.282).

Segundo Strachey (1976), dois anos depois surgiria uma passagem renunciando as opiniões posteriores de Freud, posição esta desenvolvida no encerramento dos *Três ensaios* (1905) e em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* (1911). Mas toda esta questão é examinada em termos mais gerais no artigo que iremos nos ocupar mais adiante – *A disposição à neurose obsessiva – uma contribuição ao problema da escolha da neurose* (1913). Na carta de 9 de dezembro de 1899, ele continua:

É possível que eu tenha logrado êxito, recentemente, em ter um primeiro vislumbre de uma coisa nova. O problema que me confronta é o da escolha da neurose. Quando é que uma pessoa fica histérica, em vez de paranóide? Em minha primeira tentativa grosseira, feita numa época em que eu ainda tentava tomar a cidadela à força, achei que isso dependia da idade em que ocorria o trauma sexual – da idade da pessoa na época da experiência. Disso desisti há muito tempo; mas fiquei então sem nenhuma pista até poucos dias atrás, quando vi uma ligação com a teoria sexual. A mais inferior das camadas sexuais é o auto-erotismo, que dispensa qualquer objetivo psicosexual e visa apenas às sensações localmente gratificantes. Depois dela vem o alo-erotismo (homo ou hetero-erotismo), mas é certo que ele continua a existir como corrente subjacente. A histeria (e sua variante, a neurose obsessiva) é alo-erótica, já que sua principal identificação é com a pessoa amada [...] (Freud, 1986, p.391).

A questão que começa a perdurar a partir daí, mas, que, contudo, só irá ser afirmada mais categoricamente alguns anos mais tarde em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* (1911), é a relação entre a escolha da neurose e os pontos de fixação e regressão da libido. Isto nos conduz ao segundo tópico de importância especial que Freud examina em *A disposição à neurose obsessiva* (1913) – a questão das organizações pré-genitais da libido (Strachey, 1976).

O novo ponto de vista que aparece concerne o haver, no desenvolvimento sexual, estádios regulares nas quais uma ou outra pulsão domina todo o quadro. Em *A disposição à neurose obsessiva* somente o estádio anal-sádico é examinado. Contudo, Freud já havia distinguido dois estádios anteriores do desenvolvimento sexual. O mais primitivo de todos, o do *auto-erotismo* (antes de qualquer escolha objetal ter sido feita), aparece na primeira edição

dos *Três ensaios*. O estágio seguinte, onde já existe a escolha objetal, mas onde o objeto é o próprio *eu*, foi denominado de *narcisismo*. Faltava serem descritos dois estádios, um anterior ao estágio anal, o *estádio oral*, apresentado também pela primeira vez nos *Três ensaios*. O outro, posterior ao estágio anal, e não mais pré-genital, o *estádio fálico*, só entra em cena alguns anos depois em *A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade* (1923) (Strachey, 1976).

Feitas as ressalvas, já podemos sem mais delongas penetrar no texto freudiano e trilhar o seu caminho. Freud (1913 [1976]) coloca que até o estado atual de sua teoria só uma proposição geral pode ser asseverada com certeza sobre o tema da escolha da neurose. Os determinantes patogênicos envolvidos nas neuroses podem ser divididos em *constitucional* (aqueles que o sujeito traz consigo para a sua vida) e *acidental* (aqueles que a vida lhe traz); e somente mediante uma operação combinada o determinante patogênico é estabelecido. A proposição geral estabelece que os motivos para determinar a escolha da neurose são constitucionais, ou seja, têm caráter de disposições e independem das experiências que operam patogenicamente. Segundo Strachey (1976), no trabalho em questão, Freud emprega a palavra “disposição” no sentido de algo estritamente constitucional ou hereditário. Todavia, em trabalhos posteriores, ele dá à palavra um significado mais amplo, incluindo também, os efeitos das experiências infantis. A proposição citada, já fora sustentada por Freud em *Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses* (1906 [1905]). Dito isso, voltemos ao texto freudiano ora em exame.

Na seqüência do texto, Freud (1913 [1976]) lança a pergunta querendo mostrar a fonte destas disposições. Antes de se atingir a maturidade, de se tornar um adulto “normal”, as funções psíquicas envolvidas, a função sexual e, também, as funções do *eu*, têm que passar por um longo desenvolvimento. Todavia, estes desenvolvimentos nem sempre ocorrem como deveriam, resultando disso o que se denomina de *pontos de fixação*. A função psíquica total pode regredir a estes pontos quando o sujeito adoecer por alguma perturbação externa. Deste modo, as disposições são inibições do desenvolvimento. A psicanálise, até o momento, não pôde precisar de onde provêm estes distúrbios do desenvolvimento e, neste ponto, deixa a pesquisa para o campo da biologia.

Considerando essas hipóteses, a psicanálise aborda o problema da escolha da neurose. As principais formas de psicose (histeria, neurose obsessiva, paranóia e demência precoce) correspondem, mesmo que de maneira não inteiramente exata, à ordem pela qual o desencadeamento destas enfermidades ocorre. A histeria pode ser observada na mais primitiva infância; a neurose obsessiva geralmente apresenta seus primeiros sintomas no segundo

período da infância – entre as idades de seis e oito anos; as outras psiconeuroses, denominadas parafrenias, só aparecem depois da puberdade e na vida adulta. A paranóia e a demência precoce, com suas características peculiares comuns – a megalomania, o afastamento do mundo dos objetos e a dificuldade aumentada na transferência - permitiram inferir que a fixação disposicional destes distúrbios encontra-se no estágio do desenvolvimento libidinal em que ainda não se estabeleceu a escolha objetal, isto é, na fase do auto-erotismo e do narcisismo. Sendo assim, as moléstias que aparecem mais tardiamente são as que remontam a inibições e fixações mais primitivas.

No que concerne à histeria e a neurose obsessiva, o foco deste trabalho, e que são as denominadas *neuroses de transferência* propriamente ditas, a suposição que se faz é a de que as inibições e fixações do desenvolvimento libidinal ocorrem em períodos posteriores, uma vez que seus sintomas são produzidos mais cedo na vida do sujeito. Dentro desta lógica, a pergunta que se faz necessária é a de saber em que ponto do desenvolvimento deveríamos encontrar uma inibição e, mais importante, qual seria a fase que determinaria uma disposição para a histeria ou para a neurose obsessiva (Freud, 1913 [1976]). São estas perguntas que orientam a pesquisa freudiana no decorrer de seu trabalho. Vejamos a solução encontrada por ele. Todavia, cabe de antemão advertir o leitor que o foco será a neurose obsessiva e a “solução” que Freud encontra concerne somente a esta neurose. No que diz respeito à histeria, ele apenas começa a inferir algumas possibilidades e posterga algum ponto de vista mais seguro para trabalhos futuros.

Inicialmente, Freud havia distinguido apenas a fase do auto-erotismo; onde as pulsões parciais do *infans* buscam a satisfação de seus desejos no próprio corpo. A fase seguinte, já seria o estágio da escolha objetal, onde a combinação de todas as pulsões é dirigida para a escolha de objeto sob a primazia dos órgãos genitais que agiriam a favor da reprodução. Contudo, mediante a análise das parafrenias, foi necessário a introdução do estágio do narcisismo, em que já existe a escolha do objeto, mas o objeto é o próprio *eu*. Diante das circunstâncias, faz-se necessário a introdução de uma outra fase. Um estágio em que já existe a escolha de objeto e este já é algo extrínseco, mas onde a primazia das zonas genitais não foi alcançada. Podemos denominar estas pulsões que dominam esta *organização pré-genital*²² da vida sexual de anal-erótico e sádico (Freud, 1913 [1976]).

Já vimos o importante papel das moções pulsionais de ódio e de erotismo anal na sintomatologia da neurose obsessiva. Para pensarmos uma das características da fase anal-

²² A expressão é utilizada aqui pela primeira vez (Strachey, 1976).

sádica, temos de ter em vista que a antítese entre masculino e feminino ainda não existe, pois ainda estamos no estágio pré-genital. A antítese que encontramos neste estágio são os opostos entre tendências com alvo (ou meta) ativo e passivo. A atividade é relacionada ao que chamamos de sadismo; já a passividade é alimentada pelo erotismo anal. A fim de esclarecer a ocorrência de uma organização sexual pré-genital sádica anal-erótica somos levados a traçar um paralelo entre os traços de caráter e uma neurose obsessiva.

No campo do desenvolvimento do caráter encontramos as mesmas forças pulsionais que operam nas neuroses. Contudo, o fracasso do recalque e o retorno do recalado – mecanismos peculiares das neuroses, encontram-se ausentes na formação do caráter. No caráter, o recalque alcança o objetivo de substituir o recalque por formações reativas e sublimações. Em ambos os casos (caráter e neurose obsessiva), o recalque é operante. Todavia, na neurose há o conflito, um esforço contra o recalque e formações reativas contra ele. Há também formações de sintomas produzidas por uma conciliação entre os dois lados opostos e uma divisão da atividade psíquica em algumas que são admissíveis à consciência e outras que não (inconscientes) (Freud, 1913 [1976]).

Outro fator relevante é a pulsão epistemofílica, que aparece como uma ramificação do sadismo, uma ramificação sublimada da pulsão de domínio (sádica). Esta pulsão desempenha um grande papel em um quadro de neurose obsessiva, onde o seu repúdio aparece sob a forma da dúvida obsessiva. Dito isso, cabe lembrar que a disposição a uma neurose só se completa se a fase do desenvolvimento do *eu* em que a fixação ocorre seja levada em consideração, bem como a da libido. Todavia, o que foi trabalhado foi somente no que concerne à libido. E até o presente momento pouco se sabe sobre os estádios do desenvolvimento das pulsões do *eu* (Freud, 1913 [1976]).

Após colocar a disposição da neurose obsessiva como uma inibição do desenvolvimento da pulsão sexual e uma fixação no estágio anal-sádico, Freud (1913 [1976]) apenas lança rapidamente uma hipótese para a histeria. Na neurose histérica existiria uma íntima relação com a fase do desenvolvimento libidinal que se caracteriza pela primazia dos órgãos genitais. Nota-se, também, uma regressão na histeria a uma fase mais primitiva, dominada pelo órgão sexual masculino (pênis ou clitóris – que funcionaria como o órgão genital masculino). No caso das crianças do sexo feminino, a sexualidade é dominada e dirigida pelo clitóris (“órgão masculino”) e assim se comportam em sua sexualidade como meninos. Esta sexualidade masculina tem que ser abandonada e substituída na puberdade pela vagina, que deveria ser elevada a zona erógena dominante. Contudo, podemos perceber que

esta sexualidade masculina recalcada seja reativada e, então, cria-se uma luta defensiva das pulsões egossintônicas contra ela.

São com estas inferências que Freud termina seu trabalho. Se a caracterização da neurose obsessiva a partir da fixação da libido na fase anal-sádica era tida como uma certeza, a questão de saber em qual fase do desenvolvimento ocorre uma fixação da libido na histeria foi somente vislumbrada. Assim, deixaremos essa questão em aberto e tentaremos respondê-la quando Freud retomá-la em trabalhos posteriores, e aqui abordados mais à frente.

3.3. A histeria e a neurose obsessiva nos trabalhos metapsicológicos

Seguindo nosso percurso e tendo trabalhado, no que interessa aos propósitos desta pesquisa, os textos freudianos até 1913, passaremos agora a nos ocupar dos textos metapsicológicos. Em seus artigos metapsicológicos, Freud também utiliza a contraposição entre a histeria e a neurose obsessiva para dar conta de sua teoria. Segundo Garcia-Roza (2000), o termo *metapsicologia*, em um sentido mais amplo, designa o conjunto da elaboração teórica freudiana, a produção de modelos conceituais “afastados” da experiência, a construção de ficções teóricas a partir de onde a própria experiência é transformada. Todavia, não se trata de uma recusa da experiência clínica, mas, sim, de fornecer subsídios teóricos que impeçam com que a prática clínica se transforme em uma práxis “gentil do afetivo puro”.

Os artigos metapsicológicos de Freud representam a tentativa mais elaborada de esclarecimento das bases teóricas sobre as quais a psicanálise repousa. A princípio seria uma coletânea de doze artigos. Entretanto, somente cinco dos doze programados foram publicados, os outros sete se perderam. Os cinco artigos publicados foram: *Os instintos e suas vicissitudes* (1915), *Repressão* (1915), *O inconsciente* (1915), *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1917 [1915]) e *Luto e melancolia* (1917 [1915]) (Garcia-Roza, 2004). Embora os dois últimos artigos citados tenham sido publicados em 1917, todos eles foram escritos por Freud em 1915. De acordo com Ernest Jones, os outros sete artigos que se perderam teriam como temas: *Consciência*, *Angústia*, *Histeria de Conversão*, *Neurose obsessiva*, *Neuroses de Transferência*, *Sublimação* e *Projeção* (ou *Paranóia*) (Garcia-Roza, 2000).

Tendo por base a definição sobre *metapsicologia*, outros artigos de Freud também podem ser considerados como metapsicológicos. São eles: O *Projeto* de 1895, publicado postumamente, o capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*, *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* (1911), *Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise*

(1912), *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), *Além do princípio do prazer* (1920), *O ego e o id* (1923) e *Esboço de psicanálise* (1938) (Garcia-Roza, 2004).

Trata-se agora de percorrer os artigos metapsicológicos e verificar o que neles se encontra sobre a histeria e a neurose obsessiva. Entretanto, neste capítulo do trabalho, apenas percorreremos os artigos escritos ainda sob os auspícios da primeira tópica e da primeira teoria das pulsões. Os outros trabalhos serão abordados no capítulo seguinte.

Cabe, de antemão, alertar o leitor que a partir deste momento da teoria freudiana as neuroses ganham uma outra classificação nosográfica. Anteriormente a este período, e o leitor pôde bem acompanhar, Freud classificava as neuroses em: neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia) e as psiconeuroses ou neuroses propriamente ditas (histeria, neurose obsessiva e fobia). Já em *Sobre o narcisismo* e em *Os instintos e suas vicissitudes* encontramos a nova classificação nosográfica freudiana, que coloca as psiconeuroses no rol das *neuroses de transferência* (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva), por sua vez em contraposição às neuroses narcísicas (paranóia e esquizofrenia – denominadas também, como vimos, de parafrenias).

No artigo *Repressão* (1915), e visando esclarecer o mecanismo do recalque, Freud utiliza-se das neuroses de transferência a fim de tornar mais claro este processo. Para explicar o recalque na histeria de angústia o exemplo utilizado é o de um caso de uma fobia animal, na qual a moção pulsional sujeita ao recalque é uma atitude libidinal para com a figura paterna aliado ao medo dele. Depois do recalque, essa moção pulsional some da consciência e o pai não mais aparece como um objeto da libido. No lugar do pai, um animal é substituído e passa a ser o objeto da angústia. Essa formação substituta do representante pulsional é possibilitada através de um deslocamento ao longo de uma cadeia de conexões determinada de modo particular. Todavia, a parcela quantitativa (o afeto) não desapareceu e foi transformada em angústia. Em um caso como este, de uma fobia animal, pode-se dizer que o recalque é destituído de êxito, uma vez que apenas substitui o representante pulsional e não poupa o desprazer gerado pela parcela quantitativa. Sendo assim, o trabalho da neurose não cessa e prossegue até a fase seguinte visando obter o seu objetivo mais imediato. A partir daí o que ocorre é uma tentativa de fuga do objeto substituto que visa impedir a liberação da angústia.

No caso de uma histeria de conversão, o mecanismo do recalque é um tanto distinto. Neste quadro, o ponto de maior importância reside no fato de que em alguns casos é possível provocar um desaparecimento da quota de afeto. Quando isso ocorre, o sujeito demonstra quanto aos seus sintomas, aquilo que Charcot considerava como a *la belle indifférence des*

hystériques. Todavia, em outros casos, este recalque não se demonstra tão bem sucedido, e sensações aflitivas podem ligar-se aos sintomas fazendo com que a liberação da angústia não possa ser impedida. Na histeria de conversão, o conteúdo ideacional do representante pulsional é totalmente retirado da consciência; e como um substituto, o sintoma convertido no corpo (às vezes de natureza sensória, outras de natureza motora) representa através de uma condensação o próprio representante pulsional recalçado. Devido ao que foi assinalado, podemos dizer que na histeria de conversão o recalque é destituído de êxito, uma vez que seus sintomas só são possíveis pelas formações de substitutos. Contudo, no que se refere à quota de afeto, podemos dizer que geralmente a tarefa do recalque conseguiu seu êxito (Freud, 1915 [1976]).

Já na neurose obsessiva, um quadro totalmente diferente do recalque se revela. Podemos considerar que o representante pulsional sujeito ao recalque é uma tendência libidinal hostil. A neurose obsessiva tem por base uma regressão devido à qual uma tendência sádica foi substituída por uma amorosa. Assim, é essa moção pulsional hostil referente a uma pessoa amada que se encontra sujeita ao recalque. No início, o recalque consegue seu êxito rejeitando o conteúdo ideacional e fazendo com que o afeto desapareça. O que disso decorre, é que como uma formação substituta aparece no *eu* um aumento da conscienciosidade – a isso, quase não podemos denominar de sintoma, na medida em que aqui o substituto e o sintoma não coincidem, como acontece na histeria de conversão. Neste caso, como em todos os outros, o recalque ocasionou um afastamento da libido; porém, aqui, o recalque utilizou-se de uma formação reativa para atingir o seu propósito. Pode-se apreender deste processo que a formação do substituto tem o mesmo mecanismo que o recalque e até mesmo coincidem, embora tanto cronológica como conceitualmente difere da formação de um sintoma.

O recalque que de início pôde ser considerado como bem sucedido não consegue se firmar no decorrer dos acontecimentos. A ambivalência que possibilitou o recalque através da formação reativa constitui-se também como o ponto do retorno do recalçado. O afeto que até então havia “desaparecido” retorna, transformado em angústia social, angústia moral e autocensuras. O representante pulsional rejeitado é substituído através do deslocamento por um substituto geralmente pequeno ou até mesmo indiferente. O fracasso do aspecto quantitativo do recalque faz entrar em cena o mesmo mecanismo de fuga - através de evitações e proibições, daquele que vimos na formação de fobias históricas. Deste modo, a rejeição do representante pulsional é mantida, pois provoca uma privação proveniente da ação, um aprisionamento motor da moção pulsional, se assim o podemos dizer (Freud, 1915 [1976]).

Em seu próximo trabalho metapsicológico, *O inconsciente* (1915), Freud continua a descrever o processo metapsicológico do recalque nas três neuroses de transferência. Logo de partida, já anuncia que estará trabalhando as vicissitudes das pulsões sexuais, e utilizando, portanto, o termo libido. Talvez o leitor possa considerar um tanto repetitivo o que será exposto a seguir, uma vez que o mecanismo do recalque nas três formas de neurose já foi descrito anteriormente. De todo modo, ele pode perceber que a abordagem do tema é sempre feita de forma diferente. O que aqui se pode ver operar são os processos do recalque descritos a partir da primeira tópica (inconsciente, pré-consciente e consciente). Apesar da repetição, provavelmente não seja inválida a apresentação do tema sob uma outra ótica, visto sua densidade e a complexidade sob o ponto de vista metapsicológico.

Mais uma vez, Freud inicia descrevendo o processo do recalque através da histeria de angústia. Ele divide este processo em três frases. Na primeira, ocorre o surgimento da angústia sem que o sujeito saiba exatamente o que teme. Uma determinada moção pulsional amorosa inconsciente está exigindo ser transposta para o sistema pré-consciente; mas o investimento a ele dirigido a partir do pré-consciente retrai-se dessa moção numa tentativa de fuga e o investimento libidinal inconsciente do representante pulsional rejeitado é descarregado sob a forma de angústia (Freud, 1915 [1976]).

Caso haja uma repetição deste processo (1ª fase), inicia-se o primeiro passo visando dominar o desenvolvimento importuno da angústia – e, aqui, já estamos na segunda fase. O investimento do pré-consciente que entrou em fuga apega-se a um representante psíquico substituto. Este novo representante se relaciona por um lado com o representante recalado e, por outro, escapa ao recalque devido à distância do representante original. Este substituto (por deslocamento) permite que o desenvolvimento da angústia seja racionalizado. Deste modo, passa a desempenhar o papel de um contra-investimento para o sistema consciente/pré-consciente, protegendo-o assim contra a emergência do representante recalado na consciência. Nesta segunda fase da histeria de angústia, o contra-investimento proveniente do sistema consciente leva a formação de um substituto. Para tornar cognoscível o que foi apresentado tomemos por base a observação clínica. Uma criança que sofre de uma fobia animal experimenta a angústia sob duas condições: quando uma moção pulsional amorosa recalada é intensificada e quando percebe o animal temido. No primeiro caso, o representante substituto atua como o ponto em que há a passagem do sistema inconsciente para o consciente. Já no segundo caso, o representante substituto opera como uma fonte auto-suficiente para a liberação da angústia (Freud, 1915 [1976]).

O processo do recalque ainda não está completo, o mesmo mecanismo da segunda fase agora tem a tarefa de inibir o desenvolvimento da angústia que provém do substituto. Essa terceira fase ocorre porque todo o ambiente externo associado com o representante substituto é altamente investido e, deste modo, apresenta uma maior sensibilidade à excitação. A excitação desta estrutura externa dá inevitavelmente lugar a um pequeno aumento da angústia, devido à sua associação com o representante substituto. Para inibir um maior desenvolvimento da angústia, esta excitação passa a funcionar como um sinal através de uma nova fuga do investimento do sistema pré-consciente. De todo modo, essa precaução restringe-se a resguardar o substituto apenas das excitações provenientes do ambiente externo, mas nunca a protegem das excitações provenientes da pulsão – que alcançam o representante substituto a partir do elo com o representante recalcado. Por isso, as precauções só funcionam quando o substituto tiver assumido satisfatoriamente a representação do recalcado. Na medida em que ocorre um aumento da excitação pulsional, a proteção do substituto deve ser deslocada mais para fora. A totalidade dessa construção denomina-se fobia. Para resumir todo o processo descrito, pode-se dizer que

[...] a terceira fase do processo repete o trabalho da segunda numa escala mais ampla. O sistema Cs. se defende agora da ativação da idéia [representação] substitutiva por meio de uma anticatexia [contra-investimento] do seu ambiente, da mesma maneira pela qual, anteriormente se defendia da emergência da idéia reprimida [representação recalcada] por meio de uma catexia da idéia [investimento da representação] substituta. Desse modo, prossegue a formação de substitutos por deslocamento (Freud, 1915, [1976], p. 211).

Para finalizar o processo do recalque na histeria de angústia, cabe ainda assinalar que todo o mecanismo defensivo consegue projetar para fora o perigo pulsional. Todavia, o *eu* se comporta como se o perigo que o ameaça fosse proveniente apenas de uma percepção externa, mas nunca a partir de uma moção pulsional. Neste processo, o recalque é bem sucedido em um ponto particular, pois consegue represar até certo ponto a liberação da angústia, é verdade que às custas de um sacrifício da liberdade do sujeito. As tentativas de fuga só são “bem sucedidas” através das evitações fóbicas; mas são inúteis no que se refere às exigências pulsionais (Freud, 1915 [1976]).

Nas outras neuroses, muito daquilo que se verificou na histeria de angústia também é válido. Por isso, nos limitaremos a apresentar os pontos de diferenças e o papel desempenhado pelo contra-investimento.

No caso da *histeria de conversão*, o investimento pulsional do representante psíquico recalcado é convertido para a esfera somática através do sintoma. Nesta forma específica de

neurose, o papel desempenhado pelo contra-investimento advindo do sistema consciente / pré-consciente se torna mais claro através da formação do sintoma. O contra-investimento é responsável por decidir em que porção do representante pulsional irá concentrar-se todo o investimento do representante. A porção escolhida para ser o sintoma atende à condição de expressar a conciliação de desejos – da moção pulsional e dos esforços defensivos ou punitivos do sistema consciente. Deste modo, podemos dizer que o sintoma é sustentado pelo contra-investimento proveniente do sistema consciente, bem como pelo investimento pulsional advindo do sistema inconsciente que se encontra condensado no sintoma (Freud, 1915 [1976]).

No que se refere à *neurose obsessiva*, só precisamos acrescentar algumas questões às que foram apresentadas anteriormente a partir do artigo a *Repressão* (1915). Nesta enfermidade, o contra-investimento proveniente do sistema consciente se coloca de modo mais distinto no primeiro plano. É este contra-investimento que organizado como uma formação reativa provoca o primeiro recalque e, também, constitui-se mais tarde como o ponto do retorno do recalcado. Diante disto conclui-se que à predominância do contra-investimento e à ausência de descarga que o trabalho do recalque parece muito menos bem-sucedido na histeria de angústia e na neurose obsessiva do que na histeria de conversão (Freud, 1915 [1976]).

Depois desta incursão pelos textos metapsicológicos, pode-se dizer que nossa tarefa de verificar as formulações freudianas sobre a histeria e a neurose obsessiva a partir da teoria da sexualidade, da primeira teoria das pulsões e da primeira tópica já está quase chegando ao seu fim. Isto porque quase nenhuma novidade fora incluída por Freud acerca das neuroses dentro do atual período que estamos estudando. Todavia, ainda nos resta percorrer alguns textos antes de prosseguirmos para o nosso próximo e último capítulo.

O fato de que os próximos trabalhos freudianos a serem trabalhados não apresentam nenhuma grande novidade teórica não significa que sejam menos importantes para nossa jornada. Até mesmo porque são através deles que o leitor poderá justamente comprovar a validade do que se quer sustentar neste trabalho de pesquisa em que se optou por uma apresentação cronológica da obra freudiana, conforme referido na introdução. Ou seja, por um lado, a contraposição efetuada por Freud entre a histeria e a neurose obsessiva como um procedimento metodológico; por outro, a existência dos modelos psicopatológicos como paradigmas freudianos. Para tanto, nos ocuparemos por um instante das *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1916-1917 [1915-1917]).

3.4. As conferências introdutórias sobre psicanálise

O próprio Freud (1917), no prefácio destas conferências, avisa os leitores familiarizados com a literatura psicanalítica que não encontrarão grandes novidades que não lhes sejam conhecidas de outras publicações anteriores muito mais detalhadas. De todo modo, a necessidade de completar e resumir algum tema o impulsionou a apresentar material que até então havia sido retido, como, por exemplo, sobre a etiologia da angústia.

Para os fins deste trabalho, tomaremos como ponto de partida a *Conferência XVII – O sentido dos sintomas* (1917 [1916-1917]). Para falar sobre o sentido dos sintomas, Freud diz que vai exemplificar a tese que está defendendo – de que os sintomas têm um sentido, *não a partir da histeria, mas, sim, a partir da neurose obsessiva*. Esta neurose, ele observa, não seria tão comum como a universalmente conhecida histeria. Nem é tão ruidosa, comportando-se mais como assunto particular do sujeito. Nela os fenômenos somáticos estão quase completamente ausentes e todos os sintomas são criados na esfera psíquica. Em seguida:

A neurose obsessiva e a histeria são as formas de doença neurótica em cujo estudo baseou-se a psicanálise, e em cujo tratamento, também, nossa terapia realiza seus triunfos. Mas a neurose obsessiva, na qual o enigmático salto do mental para o físico não desempenha nenhum papel, se nos tornou, através dos esforços da psicanálise, realmente mais compreensível e conhecida do que a histeria [...] (Freud, 1917 [1916-1917]).

Ora, esta afirmação de Freud não está em contradição com aquilo que ele afirmara no início do caso clínico do “Homem dos Ratos”? Naquele momento, e o leitor pôde acompanhar, Freud afirmara que a neurose obsessiva era mais difícil de se compreender do que a histeria. Chamo a atenção para esta aparente contradição com o intuito de mostrar que o modelo psicopatológico já não era mais o da histeria e, sim, o da neurose obsessiva. Neste mesmo sentido, Strachey (1976), em nota de rodapé, diz que Freud provavelmente abordou a neurose obsessiva mais do que qualquer outro distúrbio – desde o início até o fim de sua carreira.

Na *Conferência XVIII – Fixação em traumas – o inconsciente* (1917 [1916-1917]), ele contrapõe a histeria e a neurose obsessiva ao falar da tarefa psicanalítica de tornar consciente o que era inconsciente durante o processo analítico. A tarefa do tratamento psicanalítico consiste em preencher as lacunas da memória do sujeito, ou seja, de remover as amnésias. Com isto, pode-se dizer que as amnésias dos neuróticos têm importante conexão com a origem de seus sintomas. Entretanto, o estado de coisas acontece de modo diferente para a

neurose obsessiva e para a histeria. Na neurose obsessiva, não existe uma amnésia verdadeira, não há perda de memória; o que se procede é o rompimento de uma conexão que deveria acarretar na reprodução ou a reemergência da lembrança. No caso da histeria, via de regra, esta neurose é caracterizada por amnésias em grandes escalas. O paciente histérico relata que havia esquecido o que agora emergiu durante o processo analítico. Já o paciente obsessivo não percebe a relação do seu sintoma com os eventos anteriores, apesar de não os ter esquecido realmente.

Na *Conferência XIX – Resistência e Repressão* (1917 [1916-1917]), a contraposição é feita através do modo pelo qual determinado tipo de neurose resiste à *regra fundamental*²³ da psicanálise. Os neuróticos obsessivos tentam tornar a regra inútil utilizando-se da conscienciosidade e da dúvida. Sujeitos que padecem da histeria de angústia seguem a regra *ad absurdum*, e referem-se apenas a associações muito distantes daquilo que se está pesquisando, de modo a contribuir muito pouco para o andamento da análise.

Mais adiante, nesta mesma conferência, outra contraposição é feita. Agora, Freud está falando dos sintomas como substitutos de satisfações sexuais. Amplia sua tese e diz que os sintomas podem servir tanto para a satisfação sexual quanto para o rechaço da mesma. Em geral, o caráter positivo de realização de desejo prevalece na histeria e, o negativo (ascético), na neurose obsessiva. O sintoma pode servir tanto para a satisfação sexual como para seu oposto; esta bipolaridade existe pelo fato do sintoma representar não só o recalcado, mas, também, a força recalcadora que compartilhou de sua origem. Na histeria, normalmente ambas as intenções conseguem expressar-se no mesmo sintoma. Já na neurose obsessiva, as duas partes freqüentemente estão separadas; o sintoma divide-se em duas partes e consiste em duas ações, uma depois da outra, que se anulam de forma recíproca.

No trabalho seguinte, a *Conferência XX – A vida sexual dos seres humanos* (1917 [1916-1917]), Freud retoma a questão dos sintomas, só que desta vez inclui como satisfação sexual as necessidades sexuais pervertidas. Isto é, aquilo que aparece como consciente nas perversões, têm expressão nos sintomas dos neuróticos de maneira inconsciente. Vejamos agora como estes sintomas que representam as moções sexuais pervertidas se manifestam nas neuroses. A neurose histérica tem a capacidade de produzir sintomas em qualquer sistema de órgãos e, deste modo, perturbar qualquer função. Assim, as moções sexuais pervertidas procuram substituir o órgão genital por outro órgão – que passam a se comportar como

²³ “Regra que estrutura a situação analítica. O analisando é convidado a dizer o que pensa e sente sem nada escolher e sem nada omitir do que lhe vem ao espírito, ainda que pareça desagradável de comunicar, ridículo, desprovido de interesse ou despropositado” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.438).

genitais substitutos. As diversas sensações e inervações que se apresentam como sintomas histéricos, em órgãos que não possuem nenhuma conexão evidente com a sexualidade, demonstram ser a realização de moções sexuais pervertidas. Na neurose obsessiva, os quadros sintomáticos mais importantes são aqueles provocados pela pressão de pulsões sádicas muito intensas e, portanto, pervertidas quanto ao seu fim. Os sintomas obsessivos servem de defesa contra esses desejos e, também, expressam o conflito entre a satisfação e a defesa. Nas formas cismáticas desta neurose, existe uma excessiva sexualização de ações que normalmente se efetuam como preliminares da satisfação sexual, ou seja, uma intensa sexualização do querer olhar, tocar ou explorar. São a partir destas circunstâncias que podemos explicar o grande temor de tocar e da compulsão de lavar-se.

A Conferência XXII – Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia (1917 [1916-1917]) merece uma atenção especial. Nela, além de Freud contrapor a histeria e a neurose obsessiva, ele retoma uma questão que havíamos deixado em aberto quando estávamos trabalhando *A disposição à neurose obsessiva* – a de saber a que fase do desenvolvimento retorna a libido na histeria. Vejamos então a solução encontrada por Freud neste momento de sua obra.

Nas neuroses existem dois tipos de regressão da libido: um retorno da organização sexual como um todo a estádios anteriores do desenvolvimento; e um retorno aos objetos incestuosos que inicialmente foram investidos pela libido. Na neurose obsessiva, como já havíamos trabalhado anteriormente, o retorno da libido se dá ao estádio sádico-anal. Já na histeria, não existiria nenhuma regressão da libido a um estádio anterior da organização sexual. Nesta neurose, opera-se uma regressão da libido aos primitivos objetos sexuais incestuosos. Todavia, Freud não parece satisfeito por completo com a solução encontrada por ele e, mais uma vez, admite a possibilidade de ampliar sua tese: “Devemos estar preparados para constatar que nossos pontos de vista estarão sujeitos ainda a outras ampliações e reavaliações [...]” (Freud, 1917 [1916-1917] – 1976, p.402).

Ainda sobre a regressão da libido na histeria, no trabalho seguinte – *Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas* (1917 [1916-1917]), ele acrescenta que a libido encontra as fixações necessárias para romper o recalque nas atividades e experiências da sexualidade infantil, nas tendências parciais abandonadas e nos objetos da infância que foram abandonados.

Após percorrer estas *Conferências introdutórias* e delas extrair o material de interesse para esta pesquisa, podemos dizer que encerramos a investigação deste período. Os próximos

textos que poderiam nos interessar – *História de uma neurose infantil* (1918 [1914]) e *As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal* (1917), serão de pouca valia para nossa jornada. Contudo, podemos dizer algo sobre a *História de uma neurose infantil*, que ficou conhecido como o caso clínico do “Homem dos Lobos”. Apesar de sua publicação ser feita somente em 1918, Freud escreveu este caso em 1914. Se no caso clínico do “Homem dos Ratos” ainda claudicava sobre os mecanismos da neurose obsessiva, o que se vê no caso do “Homem dos Lobos” é a aplicação de uma teoria que já se encontrava mais sólida, é o modelo psicopatológico da neurose obsessiva funcionando a todo vapor.

Dito isto, já podemos passar para a última etapa de nosso percurso; e buscar o que de novidade encontraremos sobre a histeria e a neurose obsessiva a partir da segunda teoria das pulsões e da segunda tópica.

Capítulo 4

**Últimas contraposições entre as neuroses histérica e obsessiva:
Segunda teoria das pulsões e Segunda tópica**

A rigor, este último capítulo seguirá o método de exposição adotado até aqui, ou seja, percorrer cronologicamente os textos freudianos e deles retirar tudo o que se refere a contraposições efetuadas entre a histeria e a neurose obsessiva. O problema principal que nos ocupará a partir de agora diz respeito a investigar o modo pelo qual Freud aborda sua “neurótica” a partir do que podemos considerar seu último período teórico. Isto é, como a histeria e a neurose obsessiva são vistas a partir da introdução da *segunda teoria das pulsões* e da *segunda tópica*.

Algo digno de nota e que, no entanto, não é nenhuma novidade para o leitor familiarizado com a literatura freudiana, é o modo pelo qual a psicanálise é atravessada pela concepção dualista de Freud. Os pares de opostos: consciente-inconsciente, princípio de prazer-princípio de realidade, ativo-passivo, pulsões sexuais-pulsões de autoconservação, são exemplos do dualismo freudiano. Se no quadro da primeira teoria das pulsões, Freud opunha as *pulsões sexuais*²⁴ às *pulsões de autoconservação*²⁵ (ou *pulsões do eu*²⁶), a partir de 1920, esse dualismo é substituído por outro: pulsões de vida-pulsões de morte (Garcia-Roza, 2004). Sobre isso que foi assinalado nos diz Freud (1920 [1976], p.73): “[...] Nossas concepções, desde o início, foram *dualistas* e são hoje ainda mais definitivamente dualistas do que antes, agora que descrevemos a oposição como se dando, não entre instintos do ego [pulsões do eu] e instintos [pulsões] sexuais, mas entre instintos [pulsões] de vida e instintos [pulsões] de morte”.

Do ponto de vista histórico, *Além do princípio do prazer* (1920) pode ser considerado como um divisor de águas das formulações freudianas. Na série dos trabalhos metapsicológicos este texto aparece como uma introdução da fase final de suas concepções.

²⁴ “Pressão interna que, segundo a psicanálise, atua num campo muito mais vasto do que o das atividades sexuais no sentido corrente do termo. Nela se verificam eminentemente algumas das características da pulsão que a diferenciam de um instinto: o seu objeto não é predeterminado biologicamente e as suas modalidades de satisfação (metas ou objetivos) são variáveis, mais especificamente ligadas ao funcionamento de zonas corporais determinadas (zonas erógenas), mas suscetíveis de acompanharem as atividades mais diversas em que se apóiam. Esta diversidade das fontes somáticas da excitação sexual implica que a pulsão sexual não está unificada desde o início, mas que começa fragmentadas em pulsões parciais cuja satisfação é o local (prazer de órgão). [...] Do ponto de vista econômico, Freud postula a existência de uma energia única nas vicissitudes da pulsão sexual: a libido. Do ponto de dinâmico, Freud vê na pulsão sexual um pólo necessariamente presente do conflito psíquico: é o objeto privilegiado do recalçamento no inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.403).

²⁵ “Expressão pela qual Freud designa o conjunto das necessidades ligadas às funções corporais essenciais à conservação da vida do indivíduo; a fome constitui o seu protótipo. No quadro da primeira teoria das pulsões, Freud contrapõe as pulsões de autoconservação às pulsões sexuais” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.404).

²⁶ “No quadro da primeira teoria das pulsões (tal como é formulada por Freud nos anos de 1910-15), as pulsões do eu designam um tipo específico de pulsões cuja energia está colocada a serviço do ego no conflito defensivo; são assimiladas às pulsões de autoconservação e contrapostas às pulsões sexuais” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.416).

Aqui pela primeira vez ele apresenta a nova dicotomia entre *pulsões de vida*²⁷ e *pulsões de morte*²⁸, que caracteriza a sua segunda teoria das pulsões e irá encontrar sua plena elaboração em *O Ego e o Id* (1923). Em *Além do princípio do prazer*, também já podemos encontrar os novos sinais do quadro da estrutura psíquica (segunda tópica) que iria dominar todos os últimos trabalhos de Freud (Strachey, 1976).

4.1. Psicologia das massas e análise do eu

Depois de *Além do princípio do prazer*, o próximo trabalho freudiano a ser publicado foi *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921). De acordo com o próprio título, este trabalho é importante em dois sentidos diferentes: explica a psicologia dos grupos baseando-se em alterações na psicologia do psiquismo individual e, também, avança a investigação das estruturas psíquicas (Strachey, 1976). De todo modo, pode-se ver mais uma vez, mesmo que sucintamente, Freud (1921 [1976]) utilizando-se da histeria e da neurose obsessiva para entender outros fenômenos – neste caso, para defender o ponto de vista de que os grupos não buscam a verdade, mas que exigem ilusões sem as quais não podem passar. Neste sentido, diz que nos grupos, bem como nos neuróticos, predominam a vida da fantasia e da ilusão nascida da irrealização de um desejo. O sintoma histérico baseia-se na fantasia ao invés de uma experiência real, e o sentimento de culpa na neurose obsessiva fundamenta-se em uma intenção nunca realizada. Assim, percebe-se que os neuróticos são guiados pela realidade psíquica e não pela realidade objetiva comum.

Outro ponto trabalhado por Freud em *Psicologia dos grupos* e que interessa ao nosso percurso diz respeito ao mecanismo da estrutura do sintoma histérico. No final do capítulo anterior (pg. 85), quando foram aqui examinadas as *Conferências XXII – Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão* –, referimo-nos à solução encontrada por Freud naquele momento de sua obra sobre a questão da regressão da libido na histeria, e ao fato de que, embora insatisfeito, deixara o assunto sujeito a futuras ampliações e reavaliações. Pensava então que na neurose obsessiva o retorno da libido dava-se ao estágio sádico-anal, enquanto

²⁷ “Grande categoria de pulsões que Freud contrapõe, na sua última teoria, às pulsões de morte. Tendem a constituir unidades cada vez maiores, e a mantê-las. As pulsões de vida, também designadas pelo termo *Eros*, abrangem não apenas as pulsões sexuais propriamente ditas, mas ainda as pulsões de autoconservação” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.414).

²⁸ “No quadro da última teoria freudiana das pulsões, designa uma categoria fundamental de pulsões que se contrapõem às pulsões de vida e que tendem para a redução completa das tensões, isto é, tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico. Voltadas inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma de pulsão de agressão ou destruição” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.407).

que, na histeria, este retorno não se dava a um estágio anterior da organização sexual, mas pela ocorrência de uma regressão da libido aos primitivos objetos sexuais incestuosos.

Este ponto de vista permanece em *Psicologia dos grupos*; todavia, no sétimo capítulo deste trabalho, ao trabalhar o mecanismo da *identificação*, Freud irá fornecer uma descrição mais pormenorizada sobre o assunto, fornecendo uma distinção de três modalidades de identificação. Mesmo que a segunda e a terceira modalidade de identificação sejam as que interessam aos nossos objetivos, percorreremos as três modalidades para melhor situar o leitor neste segmento metapsicológico importante da obra freudiana.

A primeira modalidade é a identificação primária – formadora do *eu*, no que se refere à estruturação –, definida como um “modo primitivo de constituição do sujeito segundo o modelo do outro, que não é secundário a uma relação previamente estabelecida em que o objeto seria inicialmente colocado como independente” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.231). A identificação primária estaria em estreita correlação com a chamada relação de incorporação oral. Como consequência da fase oral, nesta identificação o que ocorre é a incorporação do objeto, ao modo canibalesco. Trata-se de uma introjeção total do objeto, ou seja, em bloco. Esta mesma identificação “constitui a forma original de laço emocional com um objeto” (Freud, 1921 [1976], p.136).

A outra modalidade de identificação pode ser denominada de secundária ou regressiva. Sobre esta, pode-se dizer “que a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto e que a escolha de objeto regrediu para a identificação” (Freud, 1921, p.135), ou seja, esta identificação ocorre posteriormente ao investimento libidinal em algum objeto. Esta modalidade de identificação é a que ocorre, por exemplo, na estruturação de um sintoma histórico. Segundo Freud, uma menina pode desenvolver um sintoma igual ao de sua mãe (uma tosse)²⁹. Isso pode ocorrer de diversas formas. Se a identificação for proveniente do complexo de Édipo, “nesse caso, significa um desejo hostil, por parte da menina, de tomar o lugar da mãe, e o sintoma expressa seu amor objetual pelo pai” (Freud, 1921, p.134). Agora, se o sintoma for o mesmo que o da pessoa amada pode-se dizer que houve a regressão libidinal e identificação. Assim, freqüentemente, na condição em que o sintoma é construído, a escolha do objeto regride para a identificação, sendo que o *eu* assume “aspectos” do objeto. Percebe-se que a identificação referida é apenas parcial (só um traço isolado é tomado para a identificação).

²⁹ Para o leitor não habituado com os textos psicanalíticos, cabe ressaltar que Freud está se referindo a um sintoma desenvolvido por sua paciente Dora, do primeiro de seus cinco grandes “casos clínicos” psicanalíticos, escrito desde 1901 e publicado em 1905 com o nome (na versão em português) de “Fragmento da análise de um caso de histeria”.

Este tipo de identificação secundária é a que ocorre também ao final do complexo de Édipo, quando há a retirada de investimento libidinal do objeto anteriormente investido e a tomada de traços de identificação. Este processo é o formador do *supereu*. Deste modo, “segundo Freud, a formação do superego [supereu] é correlativa do declínio do Complexo de Édipo: a criança, renunciando à satisfação dos seus desejos edipianos marcados de interdição, transforma o seu investimento nos pais em identificação com os pais, interioriza a interdição” (Laplanche e Pontalis, 1998, p.498).

A terceira modalidade de identificação não considera qualquer relação de objeto com a pessoa que está sendo copiada. E "pode surgir com qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa que não é objeto da pulsão sexual" (Freud, 1921, p.136). Aqui, é o que ocorre, por exemplo, na histeria, pois o desejo histérico é de se colocar no mesmo lugar de outro sujeito.

Diante do que foi exposto, percebemos que o ponto de vista sobre a regressão na histeria permaneceu o mesmo, ou seja, Freud não fala de uma regressão às fases do desenvolvimento, mas, sim, aos objetos sexuais incestuosos. Iremos adiar mais uma vez uma outra possível solução até uma nova retomada deste tema por Freud, e aqui desenvolvida mais adiante. Peço ao leitor que mantenha em suspenso sua curiosidade, acompanhando por enquanto esta trajetória freudiana através do recorte, proposto nesta dissertação, que privilegia em seu exame, a contraposição entre as neuroses histérica e obsessiva.

4.2 O eu e o isso

O trabalho que a partir deste momento será objeto de nossa investigação é *O ego e o id* (1923). Considerado o último dos grandes trabalhos metapsicológicos de Freud, este texto contém uma descrição do aparelho psíquico (segunda tópica) e seu funcionamento que, num primeiro momento, parece nova e revolucionária, até mesmo porque todos os seus trabalhos posteriores carregam a marca inequívoca de seus efeitos, no mínimo, em relação à terminologia. Contudo, como tão freqüentemente acontece com as aparentes inovações freudianas, a semente de suas novas idéias podem ser encontradas em trabalhos anteriores. No quadro da estrutura da mente, as três entidades apresentadas em “O ego e o id”: o *isso*³⁰, o

³⁰ “Uma das três instâncias diferenciadas por Freud na sua segunda teoria do aparelho psíquico. O id [*Isso*] constitui o pólo pulsional da personalidade. Os seus conteúdos, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes, por um lado hereditários e inatos e, por outro, recalçados e adquiridos. Do ponto de vista econômico, o id [*Isso*] é para Freud, o reservatório inicial da energia psíquica; do ponto de vista dinâmico, entra

*eu*³¹ e o *supereu*³² possuiriam uma história passada, inclusive, segundo Strachey (1976), com outros nomes. Não iremos aqui desenvolver essa história, pois fugiria dos objetivos de nosso trabalho. Só iremos acrescentar algumas palavras de acordo com o próprio Freud, no prefácio de *O ego e o id*, que mostram ser este trabalho a continuação de trabalhos anteriores, sendo seu precursor imediato *Além do princípio do prazer* (1920). Dito isto, já podemos nos concentrar nas concepções de Freud sobre a histeria e a neurose obsessiva, tendo ele já anunciado formalmente neste período a sua segunda tópica e a segunda teoria das pulsões.

No que diz respeito à segunda tópica e a segunda teoria das pulsões, mais especificamente em relação ao *supereu* e a *pulsão de morte*, parece-nos que a neurose obsessiva ocupa um lugar especial nas formulações freudianas. A faculdade autocrítica e o sentimento de culpa sempre atraíram o interesse de Freud, principalmente em relação à neurose obsessiva, onde já em seu segundo artigo sobre *As neuropsicoses de defesa* (1896) colocava as obsessões como autocensuras transformadas por um prazer sexual fruído na infância (Strachey, 1976). Deste modo, não é de se espantar que em *O ego e o id* esta neurose ocupe um lugar de maior relevo, apesar dele não abandonar o seu método de contrapor a histeria e a neurose obsessiva. Vejamos agora o que podemos encontrar no texto freudiano.

Começemos por investigar a questão do ‘sentimento de culpa’ dito normal, ou seja, aquele que nos apresenta como sendo consciente. Para tanto, observamos a terminologia da segunda tópica sendo utilizada por Freud (1923 [1976]) para explicar tal fenômeno. Afirma não existir, nesses casos normais, muita dificuldade para se entender o que acontece. O sentimento de culpa se baseia em uma tensão entre o *Eu* e o *Ideal do Eu*³³ (*Supereu*), sendo

em conflito com o ego [*Eu*] e o superego [*Supereu*] que, do ponto de vista genético, são as suas diferenciações” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.219).

³¹ “Instância que Freud, na sua segunda teoria do aparelho psíquico, distingue do Id e do Superego [*Isso* e do *Supereu*]. Do ponto de vista tópico, o ego está numa relação de dependência tanto para as reivindicações do id [*Isso*], como para os imperativos do superego e exigências da realidade (...). Do ponto de vista dinâmico, o ego [*Eu*] representa eminentemente, no conflito neurótico, o pólo defensivo da personalidade; põe em jogo uma série de mecanismos de defesa, estes motivados pela percepção de um afeto desagradável (sinal de angústia). Do ponto de vista econômico, o ego surge como um fator de ligação dos processos psíquicos; mas, nas operações defensivas, as tentativas de ligação da energia pulsional são contaminadas pelas características que especificam o processo primário: assumem um aspecto compulsivo, repetitivo, desreal” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.124).

³² “Uma das instâncias da personalidade tal como Freud a descreveu no quadro da sua segunda teoria do aparelho psíquico: o seu papel é assimilável ao de um juiz ou de um censor relativamente ao ego [*Eu*]. Freud vê na consciência moral, na auto-observação, na formação de ideais, funções do superego [*Supereu*]. Classicamente, o superego [*Supereu*] é definido como o herdeiro do complexo de Édipo; constitui-se por interiorização das exigências e das interdições parentais” (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 497-498).

³³ “Expressão utilizada por Freud no quadro de sua segunda teoria do aparelho psíquico. Instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo (idealização do eu) e das identificações com os pais, com os seus substitutos e com os ideais coletivos. Enquanto instância diferenciada, o ideal do eu constitui um modelo a que o sujeito procura conformar-se” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.222). Pelo fato deste conceito estar sendo apresentado enquanto trabalhamos *O ego e o id*, vamos nos limitar à sua conceituação no sentido que

assim, a expressão de uma condenação do *eu* por sua instância crítica. Presume-se que os sentimentos de inferioridade dos neuróticos também seguem de forma semelhante este mesmo mecanismo.

Ainda sobre o mecanismo de culpa, Freud (1923 [1976]) irá abordá-lo apontando para o modo como ele funciona na neurose obsessiva, na melancolia e na histeria. Para sermos fiéis à nossa proposta iremos nos deter apenas nas neuroses que são foco de nosso percurso.

Na neurose obsessiva, o sentimento de culpa é intensamente consciente e, nela, o *supereu* é extremamente severo e dirige essa hostilidade contra o *eu*. O sentimento de culpa é bastante ruidoso, mas, contudo, não se justifica ao *eu*, fazendo com que o *eu* do sujeito se rebelde contra a culpa a ele dirigida. Em uma análise, pode-se ver que o *supereu* está sendo influenciado por forças desconhecidas ao *eu*. Podemos até mesmo descobrir as moções recalçadas que se encontram na raiz do sentimento de culpa. O que está em questão neste caso é que o *supereu* sabe mais do que o *eu* sobre o *isso* inconsciente. Mas por que na neurose obsessiva esse sentimento de culpa atinge essa força tão extraordinária? É esta a pergunta que Freud se faz, mas, antes de respondê-la, ele aborda a questão do sentimento de culpa na histeria.

Na histeria o sentimento de culpa permanece inconsciente. Através do recalçamento, o *eu* do histérico desvia a percepção aflitiva com que as críticas do *supereu* o ameaçam. Este mecanismo é o mesmo utilizado para desviar um investimento objetal insuportável. Sendo assim, o *eu* é o responsável por fazer com que o sentimento de culpa permaneça inconsciente. “Sabemos que, via de regra, o ego [*eu*] efetua repressões [recalques] a serviço e por ordem do seu superego [*supereu*]; mas este é o caso em que ele voltou a mesma arma contra o seu severo feitor” (Freud, 1923 [1976], p.68). Em seguida, como temos defendido em todo nosso trabalho, Freud apresenta comparativamente os mecanismos na histeria e na neurose obsessiva: na neurose obsessiva, o que predomina são os fenômenos de *formação reativa*, no caso da histeria, o *eu* alcança o seu objetivo apenas mantendo a distância o material no qual o sentimento de culpa se refere.

Voltemos agora à questão deixada anteriormente, a de saber os motivos que levam o sentimento de culpa a atingir uma força tão extraordinária na neurose obsessiva. Para retomar este assunto, reformularemos a questão com o próprio Freud, como ele a coloca em seu texto:

aparece no texto. Sobre isso, Laplanche e Pontalis (1998, p.222) diz: “é difícil delimitar um sentido unívoco da expressão *ideal do eu* na obra de Freud. As variações deste conceito provêm do fato de que ele está estreitamente ligado à elaboração progressiva da noção de supereu e, mais geralmente, da segunda teoria do aparelho psíquico. É assim que, em *O ego e o id (Das Ich und das Es, 1923)*, ideal do eu e supereu são apresentados como sinônimos, enquanto que em outros textos a função do ideal é atribuída a uma instância diferenciada, ou pelo menos a uma subestrutura especial no seio do supereu”.

“Como é que o superego [*supereu*] se manifesta essencialmente como sentimento de culpa (ou melhor, como crítica – pois o sentimento de culpa é a percepção no ego [*eu*] que responde a essa crítica) e, além disso, desenvolve tão extraordinária rigidez e severidade para com o ego [*eu*]?” (Freud, 1923 [1976], p.69). Aqui as coisas tornam-se um tanto mais difíceis, uma vez que são conjuntamente articuladas a segunda tópica e a segunda teoria das pulsões. Mas não nos resta outro caminho a não ser adentrar o texto de Freud e com ele tentar responder essa questão.

Primeiramente, temos que dizer algo sobre a segunda teoria das pulsões e, mais especificamente, sobre a pulsão de morte, pois é a partir dela que Freud aborda o problema que nos ocupa. De acordo com o seu dualismo, ele supõe que as duas classes das pulsões – pulsões de vida e pulsões de morte – nunca atingem o ponto extremo de funcionar autonomamente. A partir daí, cria os conceitos de *fusão* e *des fusão* da pulsão.

As pulsões de vida e as pulsões de morte misturam-se em proporções variáveis (Garcia-Roza, 2004). A *fusão* designaria um grau elevado da mistura entre ambas, enquanto que a *des fusão* indicaria um funcionamento mais independente das duas espécies de pulsões. Para Freud (1923 [1976]), o sadismo da pulsão sexual seria o exemplo clássico de uma fusão pulsional; já o sadismo que se tornou independente como perversão, um exemplo típico de uma des fusão. A partir daí ele nos fornece a primeira pista para nosso problema.

A des fusão pulsional e o surgimento acentuado da pulsão de morte exigem considerações específicas na neurose obsessiva. Presume que a essência da regressão da libido para a fase anal-sádica reside na *des fusão* pulsional. Ao falar do sadismo, diz que o componente destrutivo alojou-se no *supereu* e voltou-se contra o *eu*. O *supereu* agora é influenciado por uma pura cultura da pulsão de morte e, deste modo, pode-se tornar moralmente tão cruel quanto somente o *isso* pode ser segundo outras exigências. Dependendo da gravidade, freqüentemente pode incitar o *eu* à morte, se este não afastar o seu cruel opressor a tempo. Com a introdução da possibilidade da morte, Freud faz uma digressão sobre o suicídio de interesse para esta dissertação, uma vez que novamente utiliza a histeria e a neurose obsessiva para abordar mais este tema específico.

O neurótico obsessivo está mais bem protegido contra o risco de matar-se do que o melancólico e o sujeito histérico. O que possibilita esta segurança ao *eu* é o fato do objeto alvo da agressividade ter sido mantido. O fator que torna isso possível na neurose obsessiva é a regressão à organização pré-genital, onde as moções amorosas transformaram-se em moções de agressividade contra o objeto. Ora, se as moções amorosas transformaram-se em moções destrutivas como pode o objeto ser mantido e o *eu* manter-se protegido? É que a pulsão de

morte aqui foi liberada e mais uma vez tenta destruir o objeto, ao menos parece ser essa a intenção. Entretanto, o *eu* luta contra as moções agressivas através de formações reativas e medidas protetoras, fazendo com que os objetivos destrutivos permaneçam no *isso*. Dito isso, já estamos em condição de entender como e por que o *supereu* age de forma tão inamistosa para com o *eu* na neurose obsessiva. Vejamos a resposta dada por Freud:

O superego [*supereu*], contudo, comporta-se como se o ego [*eu*] fosse responsável por eles e demonstra, ao mesmo tempo, pela seriedade com que pune essas intenções destrutivas, que elas não são meras aparências evocadas pela regressão, mas uma substituição real do amor pelo ódio. Impotente em ambas as direções, o ego [*eu*] se defende em vão, tanto das instigações do id [*isso*] assassino quanto das censuras da consciência punitiva. Ele consegue manter sobre controle pelo menos as ações mais brutais de ambos os lados; o primeiro resultado é um auto-suplício interminável, e eventualmente segue-se uma tortura sistemática do objeto, na medida em que este estiver ao alcance (Freud, 1923 [1976], p.70).

Se esta resposta ainda não é suficiente para esclarecer a questão da severidade do *supereu*, vamos abordá-la através de outra ótica, ou melhor, através de outra hipótese apresentada por Freud (1923 [1976]). O *supereu* surge a partir de uma identificação com o pai que é tomado como modelo. A identificação aqui tem a natureza de uma dessexualização ou até mesmo de uma sublimação. Quando isto ocorre, ou seja, quando existe esta transformação (dessexualização e sublimação), efetua-se simultaneamente uma des fusão pulsional. Deste modo, o componente erótico não é capaz de unir a agressividade que anteriormente encontrava-se combinada e, assim, esta agressividade é liberada sob a forma de uma inclinação à destruição. “Essa des fusão seria a fonte do caráter geral da severidade e crueldade apresentado pelo ideal – o seu ditatorial farás” (Freud, 1923 [1976], p. 71).

Tendo abordado a questão da severidade do *supereu* na neurose obsessiva, já estamos em condições de prosseguir em nossa caminhada; e na medida em que vamos aproximando do fim de nosso percurso, uma questão metodológica se impõe. Temos duas opções pelas quais podemos trilhar nosso caminho.

A primeira opção seria continuar percorrendo os textos freudianos, como temos feito, na ordem cronológica exata em que foram publicados. A segunda – sempre observando o período em exame (segunda tópica e segunda teoria das pulsões) – seria tentarmos de uma vez por todas nos aproximar das considerações freudianas sobre a histeria e a neurose obsessiva, mesmo que para isso, e com o fim de melhor visualizar nossa problemática, seja preciso prescindir de alguns textos.

Este problema se impõe uma vez que ainda restam dois segmentos temáticos a serem tratados antes de terminar nosso percurso. Primeiro, retomar a questão deixada em aberto

sobre a existência ou não de uma regressão da libido aos estádios do desenvolvimento sexual na histeria. Segundo, verificar as últimas construções freudianas sobre a histeria e a neurose obsessiva a partir da segunda tópica e da segunda teoria das pulsões. Deve-se adiantar que a opção escolhida foi a segunda porque, se fôssemos trabalhar na ordem cronológica exata, perderíamos o privilégio da síntese que neste momento parece ser tão importante.

Deste modo, serão percorridos primeiramente os dois últimos textos de Freud que podem nos fornecer suas últimas formulações de sua neurótica para depois retomarmos ao nosso último problema – a questão da regressão na histeria. Se ainda assim os motivos para adotarmos tal método não ficaram claros para o leitor, espera-se que a partir da própria apresentação eles se tornem cognoscíveis por si mesmos.

Os dois textos referidos são: *Neurose e psicose* (1924 [1923]) e *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926 [1925]). Em *Neurose e psicose* Freud não fará a contraposição entre histeria e neurose obsessiva, mas, sim, entre as neuroses de um modo geral e as psicoses. Seja como for, é importante ver a maneira como ele aborda as ditas neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva). Para tanto, partiremos de sua tão conhecida fórmula apresentada logo no início deste trabalho. Sobre a diferença genética entre uma neurose e uma psicose nos diz ele: “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id [*eu* e o *isso*], ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego [*eu*] e o *mundo externo*” (Freud, 1924 [1923] – 1976, p.189). Por respeito aos objetivos deste trabalho, iremos nos concentrar apenas na questão das neuroses.

As neuroses de transferência originam-se a partir de um recuo por parte do *eu* em aceitar uma moção pulsional do *isso*, auxiliando-o a encontrar uma descarga, ou do *eu* proibir àquela moção o objeto a que visa. O *eu* defende-se da moção pulsional através do mecanismo do recalque. Todavia, o material que foi recalcado luta contra o destino a ele imposto através de formações substitutas sobre as quais o *eu* não tem nenhum poder. Isto é, impõe-se sobre o *eu* uma representação substitutiva (formação de compromisso) – o sintoma.

Do mesmo modo que o *eu* desviou a moção pulsional original, ele continuará a lutar contra o sintoma, uma vez que este ameaça a sua unidade. Ao empreender o recalque, o *eu* está seguindo as ordens do *supereu*, tais ordens têm origem no mundo externo e vêm a encontrar uma representação nesta instância crítica. Nesta batalha, o *eu* tomou partido das exigências do *supereu*, mais fortes que as exigências pulsionais do *isso*. O que se passa nesta situação é o fato de o recalque ser colocado pelo *eu* contra as moções advindas do *isso*, fortalecendo-se assim através de um contra-investimento da resistência. É bem o que se passa

com todas as neuroses de transferência: “o ego [*eu*] entrou em conflito com o id [*isso*], a serviço do superego [*supereu*] e da realidade” (Freud, 1924 [1923] – 1976, p.190).

Tendo visto mais de perto o estado das coisas nas neuroses de transferência em geral, já podemos verificar as especificidades da histeria e da neurose obsessiva. O texto que irá fornecer os elementos buscados é *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926 [1925]), na tradução da *Standard Edition* brasileira.

4.3. Inibições, sintomas e angústia

Neste trabalho, os tópicos tratados abrangem um vasto campo, e existem mesmo indícios, como seu próprio título, da dificuldade de Freud em lhes dar alguma unidade. É de todo modo o problema da angústia que constitui o seu tema principal (Strachey, 1976). Sendo assim, vamos percorrer o texto freudiano e trabalhar o que de fato pode vir em benefício desta investigação.

Em *Inibições, sintomas e ansiedade*, talvez mais do que em qualquer outro trabalho, Freud utiliza-se constantemente da contraposição entre histeria e neurose obsessiva. No primeiro capítulo, ele retoma o confronto entre as duas neuroses para ilustrar a diferença entre *inibição* e *sintoma*.

Antes de passarmos às contraposições propriamente ditas, cabe observar a diferenciação que Freud faz entre inibição e sintoma. A inibição, nos diz ele, tem uma relação especial com a função e não implica necessariamente uma patologia. Já o sintoma, denota a presença de um processo patológico. Em termos lingüísticos, a palavra inibição é empregada quando há uma simples redução da função e, sintoma, quando uma função foi modificada ou quando uma nova manifestação surge desta mudança. Na síntese do próprio Freud (1926 [1925] – 1976, p.111):

No tocante às inibições, podemos então dizer, em conclusão, que são restrições das funções do ego [*eu*] que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia; e podemos ver sem dificuldade em que sentido uma inibição difere de um sintoma, porquanto um sintoma não pode mais ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego [*eu*] ou que atua sobre ele.

Passemos então às contraposições referidas entre a histeria e a neurose obsessiva. No que diz respeito às inibições da função sexual, a relação entre inibição e angústia torna-se evidente, uma vez que algumas inibições representam o abandono de uma função porque sua prática produz angústia. Muitos sujeitos histéricos temem a função sexual. O que está por trás

deste temor é uma experiência ou uma fantasia de um ato sexual passivo e, toda vez que a representação de tal ato aparece novamente, o sujeito utiliza a inibição do mesmo modo que o sintoma defensivo de repulsa. De modo semelhante, vários atos obsessivos representam medidas de precaução e de segurança contra experiências sexuais (Freud 1926 [1925] – 1976).

Outra forma de inibição é a que acontece no trabalho, onde o sujeito sente uma diminuição no prazer em realizá-lo, ou torna-se menos capaz de executar tão bem como outrora fizera. O histérico terá que desistir do trabalho devido ao surgimento de paralisias orgânicas e funcionais. Já o obsessivo será distraído continuamente de sua tarefa através de intromissões de delongas e repetições (Freud 1926 [1925] – 1976).

Tendo visto a questão das inibições na histeria e na neurose obsessiva, vamos seguir adiante com a questão do sintoma nestas neuroses. Se em *O ego e o id* Freud enfatizou mais a neurose obsessiva em relação à segunda tópica, no trabalho do qual nos ocupamos agora ele trabalha as duas neuroses de transferência de maneira mais simétrica, no que tange a utilização da segunda tópica no entendimento delas.

No caso dos sintomas, podemos ver seu início no recalque de alguma moção pulsional. O ato do recalque é acompanhado por uma luta contra a moção pulsional que se estende até uma luta contra o sintoma. Em alguns casos esta luta contra a moção pulsional desagradável é eliminada com a formação do sintoma, como no caso de algumas histerias de conversão. Mas no geral o resultado é diferente, a luta estende-se através de uma defesa secundária do *eu* que representa a expressão de duas faces contraditórias. Um exemplo clássico disso são aqueles sintomas histéricos que revelam ser a conciliação entre a necessidade de satisfação e a necessidade de punição. Estes sintomas atendem a uma exigência do supereu e, por outro lado, representam posições ocupadas pelo recalcado.

Isto que estamos colocando será importante para entendermos a questão do ganho secundário do sintoma. O *eu* se comporta como se o sintoma chegasse para ficar e age como se a única coisa que resta é aceitá-lo e dele tirar proveito. A presença de um sintoma pode impor uma certa diminuição da capacidade do sujeito, e este fato pode servir para atender às exigências do supereu e, também, do mundo externo. Deste modo, o sintoma gradativamente vai se tornando o representante de interesses importantes (Freud 1926 [1925] – 1976).

Na neurose obsessiva, os sintomas tornam-se importantes não por certas vantagens que apresentam para o sujeito, mas sim para sua satisfação narcísica. O neurótico obsessivo lisonjeia seu amor próprio, porque é especialmente limpo ou consciencioso e isto o faz sentir-se melhor do que outras pessoas (Freud 1926 [1925] – 1976).

4.4 A questão da angústia e seus derivados nas neuroses de transferência

De agora em diante passemos a investigar o problema da angústia e seus derivados nas neuroses de transferência. Antes disso, cabe ressaltar que, neste período, a concepção de Freud sobre a angústia sofreu uma alteração importante. Agora, é a angústia que produz o recalque e não, como ele acreditava anteriormente, o recalque que produz a angústia. Dito isso, vejamos como ele apresenta esta questão nas neuroses sempre enfatizando as semelhanças e diferenças dos processos e mecanismos na histeria e na neurose obsessiva.

Partiremos de sua afirmação de que tanto a histeria como a neurose obsessiva têm sua origem na mesma situação, a saber, a necessidade de desviar as exigências libidinais do complexo de Édipo. Do ponto de vista da angústia pode-se dizer que esta é sempre relativa à castração. No caso da histeria de angústia, a força motriz do recalque é o medo da castração. No exemplo das fobias de animais, pode-se dizer que os objetos fóbicos são substitutos por distorção do pai, representante da possibilidade da castração. Deste modo, a angústia sentida nas fobias refere-se ao medo de ser castrado pelo pai.

A questão da angústia que parece ser tão clara na histeria de angústia aparece como um complicador ao analisarmos as outras neuroses. Freud (1926 [1925] – 1976) começa abordar esta questão dizendo que vários mecanismos das fobias são tão parecidos com os da histeria de conversão que se sentiu obrigado a denominá-las de histeria de angústia. De todo modo, a questão da angústia aparece como uma incógnita no meio das semelhanças, uma vez que na histeria de conversão a angústia é praticamente inexistente.

Cabe precaver o leitor que as afirmações que se seguem têm o caráter de generalidades, uma vez que em psicanálise não podemos perder a noção de particularidade e de exceção à regra. Mas se formos nos apegar às tantas possibilidades, nossa tarefa de contrapor as neuroses se tornaria inexecutável. Resta assim lamentar não apresentar aqui os pormenores de cada situação. Voltemos à questão da angústia na histeria de conversão.

Nos sintomas crônicos (paralisias, contraturas) deslocados para a motilidade, a angústia e as sensações de desprazer encontram-se quase que completamente ausentes. O *eu* se comporta em relação a esses sintomas como se não tivesse nada a ver com eles. Além disso, verifica-se pouca ou nenhuma luta do *eu* contra estes sintomas. Freud (1926 [1925] – 1976) não hesita em admitir o quão obscuros são os sintomas conversivos para a pesquisa psicanalítica e, deste modo, prossegue sua investigação com a neurose obsessiva. Antes disso, chega mesmo a afirmar que a neurose obsessiva é o campo mais interessante e compensador

para a pesquisa analítica. Algo digno de nota são as oscilações que Freud faz em sua obra, ora elegendo a histeria como campo mais promissor, ora elegendo a neurose obsessiva.

Não vamos seguir todos os seus desenvolvimentos sobre a neurose obsessiva em *Inibições, sintomas e ansiedade*, até mesmo porque muito do que ele apresenta já foi antes desenvolvido quando trabalhamos *O ego e o id*. Por exemplo, a questão da severidade do supereu na neurose obsessiva e sua relação com a pulsão de morte. Serão agora mais focalizadas as semelhanças e diferenças apontadas por ele entre os mecanismos na histeria e na neurose obsessiva.

Freud (1926 [1925] – 1976) supõe que o recalque é somente um dos mecanismos de que a defesa faz uso. Nas neuroses obsessivas, mais do que nos casos de histeria, verifica-se que a força motora da defesa é o complexo de castração. Nesse momento, ele está pensando no período de latência, etapa que se inicia com a dissolução do complexo de Édipo, quando se consolidam o supereu e as forças éticas do *eu*. Pelo fato de ser na neurose obsessiva que estes processos aparecem como amplificados, em que o supereu se tornou extremamente severo, é que o *eu* produz fortes formações reativas sob a forma de consciência, piedade e asseio.

Este mecanismo de defesa da formação reativa parece estar ausente ou se apresenta de modo muito mais fraco nos casos de histeria. Nesta neurose, o recalque é o mecanismo de maior relevância. Através dele, o *eu* afasta-se da moção pulsional desagradável que segue seu curso no inconsciente sem tomar parte de sua vicissitude. Entretanto, este mecanismo deve ser visto somente como uma característica geral da histeria, uma vez que em alguns casos, o sintoma histérico aparece também como a realização de uma penalidade imposta pelo supereu.

As comparações de Freud não cessam com aquilo que acabamos de expor. Ele continua suas contraposições a partir dos mecanismos que considera como substitutos ou auxiliares ao recalque. Tais mecanismos servem de argumento para demonstrar que em muitos casos o recalque se depara com dificuldades em atingir seu objetivo. Diante disto, o *eu* seria mais o cenário da formação de sintomas na neurose obsessiva do que na histeria. Um dos mecanismos referido por Freud é o *isolamento*, peculiar à neurose obsessiva. Na histeria, o recalque produz amnésias, já na neurose obsessiva isto pode muitas vezes não ser alcançado. Ao invés de esquecer a representação traumática, o neurótico obsessivo separa a representação do afeto, ou seja, isola a representação destituindo-a de seu afeto. O efeito deste isolamento para a neurose obsessiva é semelhante ao efeito produzido pela amnésia na histeria.

A comparação seguinte apresentada por Freud tem como objeto a histeria de angústia e a neurose obsessiva. No que se refere à angústia, ele coloca as duas formas de neuroses em pé de igualdade. Nas duas moléstias, o que está em cena é o medo que o *eu* tem do *supereu*, na medida em que este representa a ameaça de castração advinda do pai. Se na histeria de angústia este perigo está projetado para o exterior, na neurose obsessiva este medo encontra-se totalmente internalizado e transformado em escrúpulos de consciência.

Tendo visto muitas das contraposições apresentadas por Freud em *Inibições, sintomas e ansiedade*, entre a neurose obsessiva e as duas formas de histeria (de conversão e de angústia), a próxima contraposição neste mesmo trabalho irá nos conduzir para o problema que havíamos deixado em aberto. Ou, seja, na medida em que avançarmos em direção a esta contraposição, também nos encaminharemos para a questão da regressão na histeria e, deste modo, para o fim de nosso percurso. Cabe advertir de antemão o leitor, que não encontraremos uma resposta definitiva para o nosso problema, o que não nos impede de a partir das pistas deixadas por Freud, fazer algumas inferências sobre o tema.

4.5. A questão da regressão na histeria

Iniciaremos com a afirmação de Freud (1926 [1925] – 1976) de que a angústia de castração pertence à fase fálica. Além disso, já vimos também que a angústia de castração foi por ele colocada como a única força motora dos processos defensivos que conduzem a toda forma de neurose. Dito isso, somos levados a alguns textos cronologicamente anteriores ao que vínhamos trabalhando, os quais podem nos dar as pistas necessárias para melhor abordar este problema.

Em *A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade* (1923), Freud faz um acréscimo aos *Três ensaios* com o objetivo de reparar uma negligência no campo do desenvolvimento da sexualidade infantil (Strachey, 1976). É neste trabalho que estabelece de forma completa os estádios do desenvolvimento sexual infantil. A fase fálica, que se formaliza agora publicamente, tem como característica a primazia de apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. Deste modo, neste período o que está em cena não é a primazia dos órgãos genitais, mas a primazia do *falo*³⁴.

³⁴ “Em psicanálise, o uso deste termo sublinha a função simbólica desempenhada pelo pênis na dialética intra e intersubjetiva, enquanto o termo pênis é sobretudo reservado para designar o órgão na sua realidade anatômica” (Laplanche & Pontalis, 1998, p.166-167).

Outro trabalho importante para o que estamos tentando estabelecer é *A dissolução do complexo de Édipo* (1924). Pela primeira vez, Freud propõe um curso diferente no desenvolvimento da sexualidade em meninos e meninas. Aproximadamente dezoito meses mais tarde, essa linha de raciocínio foi levada adiante em um outro trabalho intitulado *Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925) (Strachey, 1976). A essência destes dois trabalhos pode ser sintetizada com o estabelecimento de que meninos e meninas possuem uma trajetória diferenciada no que se refere ao complexo de Édipo e ao complexo de castração. Nos meninos, o complexo de Édipo é destituído pelo complexo de castração. Os investimentos libidinais são abandonados, dessexualizados e substituídos por identificação. Os objetos são incorporados ao *eu* e formam o núcleo do *supereu*.

No caso das meninas, este processo é um tanto diferente. O complexo de Édipo é uma formação secundária; as operações do complexo de castração o precedem e o preparam, até mesmo porque o palco deste processo é a fase fálica. E como o que está em cena é apenas o órgão sexual masculino, nas meninas a castração aparece como um fato consumado. Sendo assim, o complexo de Édipo nas meninas pode ser lentamente abandonado ou lidado mediante o recalque, uma vez que lhe falta o motivo para a demolição do mesmo. Tais acontecimentos possuem importância fundamental e conseqüências psíquicas distintas para ambos os sexos. Dentre estas diferenças, podemos citar que para as mulheres o nível do que seja eticamente normal é diferente daquele dos homens. A explicação que Freud (1925 [1976]) dá para este fato é que nas mulheres o supereu nunca é tão inexorável e impessoal como nos homens. Por estarmos abordando este assunto em função da questão da regressão na histeria, não vamos entrar nos pormenores da situação. Sugere-se aos interessados, que queiram saber mais sobre o assunto, percorrer os dois trabalhos mencionados. Aqui vamos focalizar na questão da feminilidade o que interessa ao problema que estamos apreciando.

Assim, avançando para o artigo intitulado *Sexualidade feminina* (1931), parece este bem o caso da divisão efetuada por Freud da vida sexual das mulheres na infância. A primeira destas fases possui um caráter masculino, ao passo que a segunda é especificamente feminina. Se os homens possuem apenas uma zona sexual principal, o pênis, as mulheres possuem duas: o clitóris (análogo ao órgão genital masculino) e a vagina (órgão sexual propriamente dito). Podemos encontrar nas mulheres durante a fase fálica tanto moções pulsionais passivas quanto ativas. As moções pulsionais passivas decorrem do fato de através dos cuidados de higiene as mães introduzirem as meninas na fase fálica. É digno de nota que a menina acuse a mãe de sedução, substituída posteriormente pelo pai nas fantasias: uma vez afastada da mãe,

ela transfere para o pai sua introdução na vida sexual. As moções pulsionais ativas, cheias de desejo, irão culminar na masturbação clitoriana. Outra questão importante para a sexualidade feminina é o afastamento da mãe. Este processo ultrapassa em importância a simples mudança de objeto (para o pai), uma vez que com o afastamento, também se podem perceber uma acentuada diminuição das moções sexuais ativas e uma ascensão das passivas.

Mas o que justifica este nosso breve percurso sobre a questão da feminilidade? Esperamos não ter sido infrutífera essa digressão, pois é a partir dela que apresentamos a última contraposição desenvolvida por Freud em *Inibições, sintomas e ansiedade*. Para tal, retomamos a afirmação de que a angústia de castração é a única força dos processos defensivos que conduzem à neurose. Ora, se nas meninas a castração já aparece como um fato consumado, como pode ser a angústia de castração responsável pela neurose? A resposta dada por Freud é que no caso das meninas o determinante da angústia não é a perda do objeto, mas, sim, o temor de perder o amor do objeto. A partir daí apresenta a última contraposição que vínhamos trilhando:

Visto não haver dúvida de que a histeria tem forte afinidade com a feminilidade, da mesma forma que a neurose obsessiva com a masculinidade, afigura-se provável que, como um determinante da ansiedade [angústia], a perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça de castração nas fobias e o medo do superego [supereu] na neurose obsessiva (Freud, 1926 [1925] – 1976, p.167).

A partir do que foi exposto até agora, não seria possível afirmar que, se existe na neurose obsessiva uma regressão da libido ao estágio sádico-anal, na histeria haveria uma regressão à fase fálica e não somente aos objetos parentais incestuosos como Freud afirmara anteriormente? Como já afirmado anteriormente, não temos a pretensão de alcançar respostas definitivas. De todo modo, através dos caminhos que trilhamos, nota-se a possibilidade de inferir a existência de uma fixação na fase fálica nos casos de histeria. Até mesmo porque a regressão aos objetos parentais incestuosos, mencionada por Freud, pode ser talvez considerada como o conflito que representa esta suposta fixação no estágio fálico. Isto que estamos desenvolvendo de maneira alguma é algo novo na literatura psicanalítica, como se pode ler no *Vocabulário de Psicanálise*, de Laplanche e Pontalis (1998):

[...] Pretende-se encontrar a especificidade da histeria na predominância de um certo tipo de identificação e de certos mecanismos (particularmente o recalque, muitas vezes manifesto), e no aflorar do conflito edípico que se desenrola principalmente nos registros libidinais fálico e oral (p.211).

O leitor deve observar que de modo algum a colocação tem um tom definitivo e o verbo “pretender”, no início da citação, por si só já justifica a iniciativa tomada nesta etapa do trabalho, ou seja, uma tentativa de encontrar algumas especificidades da histeria. Deste modo, espera-se que nossas inferências tenham sido plausíveis o suficiente não para confundir o leitor, mas antes para melhor visualizar um ponto de vista deste desenvolvimento.

Após termos retornado o problema que havíamos deixado em aberto e de percorrer as contraposições freudianas entre a histeria e a neurose obsessiva a partir da segunda teoria das pulsões e da segunda tópica, podemos partir para a última etapa de nossa pesquisa. Chegou o momento de fazermos nossas considerações finais.

Considerações Finais

Um longo percurso foi percorrido até chegar a este momento. Jornada esta que vai chegando ao seu fim. Apesar do planejamento que se empreendeu para a realização deste retorno aos textos freudianos, nem sempre foi possível caminhar em linha reta e em solos seguros. Em muitos momentos, foi necessário desviar dos caminhos traçados e pisar em terras mais arenosas. Neste sentido, invoca-se a epígrafe apresentada no início deste trabalho para que possamos dar os nossos últimos passos: “[...] Como um camaleão, o pesquisador honesto deve mudar suas cores de acordo com as cores cambiantes do chão em que pisa” (Frazer citado por Freud em *Totem e Tabu*, 1976, p.134). A essência desta citação vem de encontro àquilo que vínhamos tentando dizer, ou seja, que na busca do cumprimento dos objetivos traçados nesta dissertação, muitos problemas foram encontrados e, com eles, tentativas foram empreendidas para que estes pudessem ser ultrapassados. Sendo assim, primeiramente, recapitulemos as metas que colocamos para este trabalho.

É válido salientar que os objetivos e os problemas não foram colocados todos de antemão. Dentro da proposta de Mezan, eles foram construídos no decorrer do próprio trabalho. É claro que tínhamos um ponto de partida, uma idéia inicial, que consistiu em estudar a histeria e a neurose obsessiva, sempre contrapondo uma à outra, defendendo a tese de que Freud utilizou-se deste método para estudar estas neuroses em toda a sua obra. Deste modo, isto que acabamos de considerar constitui-se como o primeiro eixo de trabalho seguido.

O segundo foco de trabalho foi baseado na proposta de Philippe Julien para entender a teoria das neuroses freudiana conforme as três grandes etapas teóricas que o pai da psicanálise cruzou. Assim, fizemos um corte entre 1894 e 1905, onde as concepções freudianas mudariam a partir da teoria da sedução e o seu abandono. De 1905 a 1920, haveria uma outra mudança teórica sobre a psicopatologia em função da teoria da sexualidade, da primeira teoria das pulsões e da primeira tópica. E, por fim, um recorte a partir de 1920 devido à segunda teoria das pulsões e da segunda tópica. Este segundo eixo do trabalho serviu, inclusive, de base para a organização e a divisão dos capítulos desta dissertação.

O terceiro eixo da pesquisa foi baseado na proposta de Mezan – que, por sua vez, teve por base a de Paul Bercherie – segundo a qual existiria na obra freudiana quatro grandes modelos metapsicológicos, cada um deles baseando-se sucessivamente no estudo da histeria, da neurose obsessiva, da psicose e da melancolia. Tendo em vista a proposta deste trabalho, trabalhamos apenas com os dois primeiros modelos – o da histeria e o da neurose obsessiva. Este último eixo foi de grande valia para justificar o rumo em que o trabalho tomou em determinado momento, a saber, a priorização de determinada neurose em função do período em que estávamos trabalhando os textos freudianos. Se a primeira proposta do trabalho foi

contrapor a histeria e a neurose obsessiva, esta proposta de Mezan serviu para justificar o motivo pelo qual, em determinada circunstância, desenvolveu-se mais o segmento de uma neurose do que de outra.

Com isso, já estamos em condição de fazer uma retrospectiva de nosso percurso, retomando os principais pontos desenvolvidos neste trabalho. Deixar-se-á a critério do leitor verificar se os objetivos traçados foram alcançados satisfatoriamente ou não. Vamos mostrar o caminho trilhado e deixá-lo tirar sua própria conclusão.

No primeiro capítulo, foi feito um breve percurso histórico sobre a histeria e a obsessão. Nele, acompanhamos o *status* das duas moléstias na cultura antes das inovações freudianas. Referem-se aqui como moléstias, uma vez que nem sempre foram consideradas neuroses como o leitor pôde acompanhar. Também se acompanhou o histórico das duas neuroses na própria obra freudiana, sem maiores aprofundamentos, pois este trabalho foi realizado nos capítulos seguintes, e a título de preâmbulo, para fornecer um panorama geral das duas entidades clínicas. Daí em diante estudou-se mais de perto o tema deste trabalho, seguindo o próprio trajeto freudiano a partir da leitura cronológica de seus textos.

No segundo capítulo foram apresentados os primeiros desenvolvimentos de Freud sobre sua teoria das neuroses a partir da questão do trauma e da teoria da sedução. Verificou-se que os seus estudos sobre a histeria foram influenciados diretamente por Charcot, principalmente no que se refere ao fator traumático entre as presumidas causas da histeria. Neste momento, Freud já colocava que o operativo era o representante psíquico do trauma e não o trauma em si. Postulava também, que os traumas psíquicos eram fruto de experiências afetivas importantes, no entanto, não colocava a importância no fator sexual.

Foi só a partir de 1894, com a publicação de *As Neuropsicoses de Defesa*, que sua *Neurótica* assumiu certas características que iriam perdurar por toda a sua obra. Daí em diante, o método de contraposição entre a histeria e a neurose obsessiva começava a ser utilizado e, como vimos, permaneceu por toda sua obra. Neste período, Freud já colocava a importância do trauma de cunho sexual como agente etiológico das neuroses, mesmo que esta questão fosse apenas vislumbrada. O mecanismo característico da histeria é a conversão, o afeto separado do representante psíquico traumático de cunho sexual é condensado no sintoma corporal. Já na neurose obsessiva o mecanismo característico é o deslocamento, pois uma vez que o afeto tenha sido separado de seu representante psíquico ele é deslocado para outras representações e, portanto, permanece na esfera psíquica.

A partir de *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (1896), sob o prisma da teoria da sedução, Freud apresentou, no sentido de diferenciar e especificar as causas da

histeria e da neurose obsessiva, as polaridades: passivo-ativo e feminino-masculino. A histeria teria como fonte etiológica um trauma sexual vivido passivamente na infância. Já na neurose obsessiva houve uma atividade sexual agressiva executada com prazer neste período.

No terceiro capítulo viu-se uma nova virada teórica nas concepções freudianas acerca das neuroses, mudança essa que teve por base a introdução da sexualidade infantil, da primeira teoria das pulsões e da primeira tópica. Observou-se que a partir de 1905, com a publicação de *Fragmento da análise de um caso de histeria* e dos *Três ensaios*, Freud já havia abandonado a sua teoria da sedução. Vimos a partir deste fato que foram abertas as portas para a descoberta da sexualidade infantil e do complexo de Édipo, pois, enquanto persistiu a questão do trauma advindo de uma sedução externa, a sexualidade infantil e o Édipo não entraram em cena. Neste sentido, verificou-se que foi abandonada a teoria da sedução, uma vez que a questão do trauma permaneceu, não mais um trauma de origem externa, mas, sim, de origem interna, fantasmático, pulsional.

Outro fator importante foi a evidência de que as novas construções teóricas de Freud foram realizadas, predominantemente, a partir do estudo da histeria, confirmando a tese de que neste momento foi esta neurose que se constituiu como neurose paradigmática. A partir da teoria da sexualidade, as neuroses são apresentadas em relação à vida pulsional do sujeito. O que caracteriza as neuroses é o recalçamento da pulsão sexual e, deste modo, a pulsão sexual se expressa nos sintomas neuróticos.

Mesmo que neste período Freud já tivesse iniciado o estabelecimento dos estádios do desenvolvimento psicosexual, não havia ainda nenhuma correlação entre as fases do desenvolvimento sexual infantil e as neuroses. É a partir do estudo da neurose obsessiva, predominantemente a partir do “Homem dos ratos” que ele estabelece a relação entre as fases do desenvolvimento e a neurose. Neste período, por volta de 1907, período do atendimento do “Homem dos ratos”, o modelo psicopatológico ainda é o da histeria. Tanto que no início de seu caso clínico Freud afirma ser a neurose obsessiva apenas um dialeto da histeria. Daí em diante, a neurose obsessiva vai se constituindo aos poucos em neurose paradigmática por excelência. Vimos que uma das características desta moléstia é a fixação no estágio sádico-anal. O que Freud vem fazendo é associar a questão da neurose com a vida pulsional do sujeito. No entanto, ele faz a advertência de que o problema da escolha da neurose não deve ser buscado na vida pulsional do sujeito e que somente na esfera psicológica as neuroses se diferenciam. Apesar desta ressalva, ele continua a estudar a neurose obsessiva através da vida pulsional, principalmente no que se refere à questão do ódio na neurose obsessiva e sua relação com o estágio sádico-anal.

Daí em diante, um problema irá ocupar a mente de Freud durante muito tempo: se existe um retorno à fase anal na neurose obsessiva, a que fase do desenvolvimento aconteceria este retorno na histeria? A questão foi trazida para o nosso trabalho e tentamos abordá-la junto com Freud. A solução encontrada por Freud foi a de que nos casos de histeria o retorno se daria não a uma fase do desenvolvimento psicosexual, mas, sim, aos objetos parentais incestuosos. Apesar desta afirmação, através de algumas pistas deixadas por ele ao longo de sua obra, inferimos que no caso da histeria poderia haver um retorno ao estágio fálico – inferência esta que só fomos capazes de chegar no fim de nosso trabalho.

Ainda no terceiro capítulo, constatou-se que Freud utilizou as contraposições entre as neuroses histérica e obsessiva em seus artigos metapsicológicos. Neste momento, no sentido nosográfico, denominou-as de neuroses de transferência (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva). Como neste período, por volta de 1915, sua primeira teoria das pulsões e a primeira tópica já tinham atingido a maturidade, o que vimos Freud fazer foi trabalhar os mecanismos específicos das neuroses de transferência com a ajuda de seu novo aparato teórico. Assim, ao trabalhar o mecanismo do recalque nas neuroses, diferenciou-os de modo específico trabalhando as vicissitudes da pulsão sexual – tanto a parte representacional quanto a parte afetiva. Na histeria de angústia, o representante pulsional recalcado é substituído através do deslocamento para um objeto externo (fóbico), já a parte afetiva foi transformada em angústia relacionada ao objeto. Já na histeria de conversão, o representante psíquico da pulsão sexual permanece no inconsciente e consegue-se quase que de maneira completa provocar o desaparecimento da angústia; o recalcado é substituído de maneira condensada nos sintomas corporais. Por fim, na neurose obsessiva, o representante psíquico permanece na consciência, todavia é deslocado para outras representações aparentemente destituídas de sentido e de cunho não sexual. Os mecanismos característicos desta neurose são o isolamento e a formação reativa.

Algo digno de nota é o fato de que a maioria destes mecanismos, trabalhados por Freud em seus textos metapsicológicos, já terem sido quase que totalmente descritos em *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (1896). Todavia, neste momento, ele já pôde contar com seus novos conceitos para ampliar o entendimento de sua *Neurótica*. Neste sentido, viu-se operando nos artigos metapsicológicos os pontos de vista da primeira tópica e de sua primeira teoria das pulsões aplicados à sua teoria das neuroses.

Se no terceiro capítulo trabalhou-se o período que compreendeu os escritos de Freud entre os anos de 1905 até 1920, aproximadamente, no quarto capítulo trabalhou-se o último período teórico de Freud, a partir de sua segunda teoria das pulsões e da segunda tópica.

Vimos que suas inovações sobre a sexualidade infantil e a primeira teoria das pulsões foram realizadas, predominantemente, a partir dos estudos da histeria. Todavia, a partir do caso clínico do “Homem dos Ratos”, coexistiram o modelo psicopatológico da histeria e da neurose obsessiva, até que aos poucos a neurose obsessiva constitui-se como a neurose paradigmática por excelência. Daí em diante, os estudos sobre a neurose obsessiva serviram, muito mais do que a histeria, para o estabelecimento da segunda teoria das pulsões e da segunda tópica. Principalmente no que se refere ao supereu e sua relação com a pulsão de morte. Apesar da contribuição predominante da neurose obsessiva, Freud não abandona o seu método de contrapor as duas entidades clínicas.

Os mecanismos particulares de cada neurose de transferência continuam os mesmos que Freud já estabelecera muito tempo antes. Neste momento de sua obra, já dispondo dos elementos da segunda tópica (isso, eu e supereu), o que se vê é uma abordagem de tais mecanismos com sua nova terminologia. Nos textos metapsicológicos, ainda com os elementos da primeira tópica (inconsciente, pré-consciente e consciente), os mecanismos de defesa eram os responsáveis pela angústia, este afeto aparecia de modo diferenciado em cada neurose. A partir de 1920, é a angústia da castração que faz “disparar” os mecanismos de defesa específicos de cada moléstia.

De modo geral, este foi o percurso realizado em nosso trabalho, estes foram os argumentos que possibilitaram a construção desta dissertação. O artigo de Penna (1975), citado na introdução, serviu de inspiração para esta jornada. Assim, nada mais justo, que retomarmos as contraposições feitas por ela em seu trabalho para sintetizarmos nosso percurso em que estudamos a histeria e a neurose obsessiva na obra freudiana. Como visto nesta pesquisa, estas contraposições foram desenvolvidas seguindo o trajeto freudiano, restando agora, apresentá-las de maneira esquemática.

Na histeria, o operante é a representação inconsciente de uma experiência sexual passiva vivida com desprazer na infância. Na obsessão, a representação é de uma experiência ativa realizada com prazer. Na histeria, o acontecimento é representado de forma condensada nos sintomas convertidos para o plano somático. Na neurose obsessiva, o acontecimento é negado sob a forma de culpa e recriminações: o conflito permanece na esfera psíquica, dessexualizado e transformado em conflito moral. Na histeria o desejo sexual é substituído por repugnância, através de uma mudança na valência do afeto. Na neurose obsessiva, existe uma dissociação entre a representação e o afeto: o sujeito histérico condensa, assume os papéis feminino e masculino através de uma identificação múltipla, as fantasias são condensadas nos sintomas sobredeterminados. O obsessivo desloca, dissocia a ligação

original entre o afeto e a representação. Os seus sintomas aparecem em dois tempos (Penna, 1975).

Depois deste resumo esquemático, chegou o momento de despedir de nosso leitor. Espera-se que, de um modo ou de outro, o que foi apresentado possa ter contribuído em algum grau para os estudos que ele possa vir a empreender sobre este tema. Como tudo em psicanálise, se aposta que o efeito desta leitura apareça depois, *a posteriori*. Se talvez alguns frutos não possam ser colhidos de imediato, é esperar para ver: algum saber ou “des-saber” há de aparecer.

REFERÊNCIAS

ADAM, J. *et al.* Primera clinica freudiana de las neurosis. In: *Histeria y obsesión*. Buenos Aires: Manantial, 1987.

AGUIAR, F. Comentários avulsos sobre a prática universitária da psicanálise. *Psicanálise e Universidade*, n° 16, 2002, p. 93-116.

FORBES, J. Jacques Marie Émile Lacan, o analista do futuro. *Viver Mente&Cérebro – Coleção Memória da Psicanálise*, São Paulo, n.4, p. 06-13, 2005.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1976. p. 17-90.

_____. Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 303-320.

_____. Algumas observações gerais sobre ataques histéricos (1909 [1908]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 233-242.

_____. Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico (1916). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 351-378.

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. X, 1976. p. 13-154.

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1976. p. 239-287.

_____. Atos obsessivos e práticas religiosas (1907). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 121-136.

_____. A disposição à neurose obsessiva (1913). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1976. p. 399-414.

_____. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 215-224.

_____. A divisão do ego no processo de defesa (1940 [1938]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1976. p. 305-312.

_____. A etiologia da histeria (1896b). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 215-254.

_____. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 177-185.

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 227-234.

_____. A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher (1920). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1976. p. 183-212.

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 287-314.

_____. As Neuropsicoses de Defesa (1894). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 55-82.

_____. As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal (1917). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VXII, 1976. p. 159-170.

_____. Caráter e erotismo anal (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 175-186.

_____. Cinco lições de psicanálise (1910 [1909]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XI, 1976. p. 13-58.

_____. Conferência XVII (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 305-322.

_____. Conferência XVIII (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 323-336.

_____. Conferência XIX (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 337-354.

_____. Conferência XX (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 355-374.

_____. Conferência XXI (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 375-396.

_____. Conferência XXII (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 397-418.

_____. Conferência XXIII (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 419-440.

_____. Conferência XXIV (1917 [1916-1917]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI, 1976. p. 441-456.

_____. Conferência XXXI (1933 [1932]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII, 1976. p. 75-102.

_____. Conferência XXXII (1933 [1932]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII, 1976. p. 103-138.

_____. Conferência XXXIII (1933 [1932]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII, 1976. p. 139-166.

_____. Conferência XXXIV (1933 [1932]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII, 1976. p. 167-192.

_____. Construções em análise (1937). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1976. p. 289-304.

_____. Contribuições a um debate sobre a masturbação (1912). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1976. p. 303-319.

_____. Esboço de psicanálise (1940 [1938]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1976. p. 168-237.

_____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1950 [1892-1899]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. I, 1976. p. 243-380.

_____. Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 163-174.

_____. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1976. p. 277-290.

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1976. p. 13-116.

_____. Hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896a). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 163-182.

- _____. História de uma neurose infantil (1918 [1914]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1976. p. 19-152.
- _____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926[1925]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XX, 1976. p. 107-198.
- _____. Luto e melancolia (1917 [1915]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 271-291.
- _____. Minhas Teses Sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses (1906[1905]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1976. p. 255-265.
- _____. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 185-208.
- _____. Neurose e psicose (1924 [1923]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 187-194.
- _____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. X, 1976. p. 159-250.
- _____. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1896c). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 183-214.
- _____. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia (1895 [1894]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 85-97.
- _____. O ego e o id (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 23-76.
- _____. O esclarecimento sexual das crianças (1907). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 135-144.
- _____. O estranho (1919). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1976. p. 275-314.
- _____. O futuro de uma ilusão (1927). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1976. p. 13-71.
- _____. O inconsciente (1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 191-233.

_____. O mal-estar na civilização (1930 [1929]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1976. p. 75-171.

_____. O problema econômico do masoquismo (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 197-212.

_____. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 137-168.

_____. Psicologia de grupo e a análise do ego (1921). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1976. p. 89-179.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. I, 1976. p. 381-506.

_____. Repressão (1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 169-190.

_____. Romances familiares (1909[1908]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 241-248.

_____. Sexualidade feminina (1931). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1976. p. 255-279.

_____. Sobre as teorias sexuais das crianças (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 211-228.

_____. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência (1893). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 35-52.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 89-119.

_____. Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos (1917 [1915]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 249-267.

_____. Tipos de desencadeamento da neurose (1912). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1976. p. 291-306.

_____. Tipos libidinais (1931). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1976. p. 249-254.

_____. Totem e Tabu (1913). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIII, 1976. p. 13-191.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1976. p. 129-250.

_____. Um paralelo mitológico com uma obsessão visual. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1976. p. 381-382.

_____. Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1976. p. 223-256.

_____. *Sigmund Freud et Karl Abraham: correspondance (1907-1926)*. Paris: Gallimard, 1969.

_____. *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

GARCIA-ROZA, L.A. *Freud e o Inconsciente*. 20.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2004.

_____. *Artigos de Metapsicologia 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente* (Introdução à metapsicologia freudiana; v.3). 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000.

_____. Pesquisa de Tipo Teórico. *Psicanálise e Universidade*, PUC/SP:, n.1, p.9-32, 1994.

GOLDENBERG, R. Corte e Costura. *Viver Mente&Cérebro – Coleção Memória da Psicanálise*, São Paulo, n.4, p. 40-45, 2005.

ISRAËL, L. *A histérica, o sexo e o médico*. São Paulo: Escuta, 1995.

ISKANDAR, J. I. *Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos*. 2ªed. Curitiba: Juruá, 2003.

JULIEN, P. *Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

LACAN, J. *O Seminário, livro VIII: a transferência (1960-1961)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1992.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1998, 3 ed.

LAPLANCHE, J. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

MARIE, P. *Psychanalyse, psychothérapie: quelles différences?* Paris: Flammarion, 2004.

- MELMAN, C. *A Neurose Obsessiva*. Rio de Janeiro : Companhia de Freud, 2004.
- MEZAN, R. *Escrever a clínica*. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1998.
- _____. Pesquisa Teórica em Psicanálise. *Psicanálise e Universidade*, nº 2, p. 51-76, 1994.
- NASIO, J.D. *A Histeria: Teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- PENNA, S. Observações introdutórias a uma metapsicologia da neurose obsessiva (1975). Artigo inédito.
- QUINODOZ, J.-M. Lire Freud. *Découverte chronologique de l'oeuvre de Freud*. Paris: Presses Universitaires de France (PUF), 2004.
- RIBEIRO, M.A.C. *A Neurose Obsessiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- ROUDINESCO, E & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SCOTTI, S. *A estrutura da histeria em Madame Bovary*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- STRACHEY, J. Nota do Editor Inglês. In: A disposição à neurose obsessiva (1913). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1976. p. 399-414.
- _____. Nota do Editor Inglês. In: A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 215-224.
- _____. Nota do Editor Inglês. In: Além do princípio do prazer (1920). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1976. p. 17-90.
- _____. Nota do Editor Inglês. In: Algumas observações gerais sobre ataques histéricos (1909 [1908]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 233-242.
- _____. Nota do Editor Inglês. In: A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 177-185.
- _____. Nota do Editor Inglês. In: As Neuropsicoses de Defesa (1894). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 55-82.
- _____. Nota do Editor Inglês. In: Atos obsessivos e práticas religiosas (1907). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 121-136.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Caráter e erotismo anal (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 175-186.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Cinco lições de psicanálise (1910 [1909]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XI, 1976. p. 13-58.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976. p. 163-174.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1976. p. 13-116.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896a). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 163-182.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Inibições, sintomas e ansiedade (1926[1925]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XX, 1976. p. 107-198.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses (1906 [1905]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1976. p. 257.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. X, 1976. p. 159-250.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1896c). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 183-214.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia (1895 [1894]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 85-97.

_____. Nota do Editor Inglês. In: O ego e o id (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, 1976. p. 23-76.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Psicologia de grupo e a análise do ego (1921). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1976. p. 89-179.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência (1893). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, 1976. p. 35-52.

_____. Nota do Editor Inglês. In: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1976. p. 119-124.

UCHITEL, M. *Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.