

# PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA E ESTRUTURAS CLÍNICAS EM PSICANÁLISE

ORGANIZAÇÃO DE MATERIAL:  
ALESSANDRO EUZÉBIO

Todos os direitos reservados da Faculdade GAIO

Seja bem-vindo(a) E-book do curso de Psicopatologia Psicanalítica da Faculdade GAIO – Núcleo Psicanalítico

Este e-book faz parte dos materiais (apostila, vídeos, podcasts e materiais complementares) do curso completo de “*Psicopatologia Psicanalítico – EAD*” que integra aos cursos livres e de aperfeiçoamento do “*Núcleo de Formação Psicanalítica com abordagem clínica e de formação de mestres em psicanálise do Instituto GAIO*”.

O presente curso e seus respectivos materiais de **psicopatológica psicanalítica** oferecido pelo Instituto GAIO integra como um dos cursos mais completos do Brasil no seguimento EAD. Revisado e organizado pelo professor universitário Alessandro Euzébio, psicanalista, doutorando em psicologia e coordenador do “*Núcleo de Formação Psicanalítica com abordagem clínica e de formação de mestres em psicanálise do Instituto GAIO*”. E pela professora Cristiane Teodoro, psicanalista, psicopedagoga e mestre em psicanálise e Psicoterapeuta de abordagem psicossomática professora universitária e supervisora clínica “*Núcleo de Formação Psicanalítica com abordagem clínica e de formação de mestres em psicanálise do Instituto GAIO*”.

*(Nota de rodapé contato das redes sociais dos professores)*

### Quem somos?

O Faculdade GAIO é uma Instituição de Ensino Superior e Profissional mantida pelo (INSTITUTO GAIO ENSINO SUPERIOR) Atuamos a mais de 12 anos no seguimento educacional com fins de  **cursos livres profissionais, graduação e pós-graduação entre outros**. Formamos mais de 8.000 pessoas e organizações dentro dos diversos seguimentos educacionais que ofertamos. **Tudo isso por que acreditamos!** Estamos localizados na capital paulista em na Praça da Sé, 21, Conjunto 713, Sé - São Paulo/SP. Faça-nos uma visita ou conheça mais sobre a gente em nosso site: [www.institutogaio.com.br](http://www.institutogaio.com.br)

#NÓSACREDITAMOS

<https://www.instagram.com/aeuzebio.psi/>

[https://www.instagram.com/psic\\_cristeodoro/](https://www.instagram.com/psic_cristeodoro/)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO À PSICOPATOLOGIA GERAL .....	5
2.	A PSICOPATOLOGIA COM OLHAR PARA O SUJEITO .....	6
3.	SAÚDE MENTAL, NORMALIDADE E PSICOPATOLOGIA .....	7
4.	PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA .....	9
4.1.	O PSICANALISTA PODE SE UTILIZAR DO DSM? .....	9
4.2.	AS NEUROSES .....	9
5.	NEUROSES ATUAIS: NEUROSES DE ANGÚSTIA .....	12
6.	FÓBIAS.....	14
6.1	Características da clínica das fobias .....	17
7.	NEUROSE OBSESSIVO-COMPULSIVO .....	18
8.	HISTERIAS .....	23
8.1.	Tipos de Histerias .....	25
8.2.	Histerias Conversivas.....	26
8.3.	Histerias Dissociativas .....	27
8.4.	Transtornos de Personalidade Histriônica.....	28
8.5.	Personalidade Infantil (Transtorno de Personalidade Infantil) ou Psicoinfantil .....	29
8.6.	Características Próprias das histerias (para análise clínica).....	30
9.	PRÁTICA DE ATENDIMENTO ANALÍTICO COM PACIENTES HISTÉRICOS: (Artigo – INSTITUTO GAIO)	32
10.	DEPRESSÕES (e melancolia em psicanálise) .....	33
10.1	Depressão anaclítica .....	36
10.2.	Depressões por perdas.....	37
10.3.	Depressão por culpas .....	38
10.4.	Transtorno depressivo maior .....	40
11.	PSICOSES (AS PSICOSES EM PSICANÁLISE).....	41
11.1	Psicoses propriamente ditas .....	43
11.2.	Transtorno de personalidade borderline .....	45
11.3.	AS CONDIÇÕES PSICÓTICAS.....	47
12.	PACIENTES SOMATIZADORES (PSICOSSOMÁTICA) .....	48
12.1.	ENTÃO O QUE LEVA À SOMATIZAÇÃO?.....	49
13.	PERVERSÕES.....	51
13.1.	PERVERSÃO COMO ESTRUTURA CLÍNICA .....	52
13.2.	Subcategorias (tipos) das perversões sexuais em psicanálise .....	54
	REFERÊNCIAS .....	63

## Apresentação

### Curso de Psicopatologia Psicanalítica

FACULDADE GAIO

Podemos afirmar que **psicopatologia psicanalítica** é uma encruzilhada de **vários caminhos**. Nela desembocam o conhecimento da teoria psicanalítica geral, o conhecimento da psiquiatria dinâmica, o conhecimento das contribuições técnicas psicanalíticas por Freud e seus dissidentes, assim como os enquadramentos epistemológicos modernos que testam e avaliam todas essas produções discursivas em torno do ser psicopatológico.

Hoje, não resta dúvida sobre a **imensarevolução**. científica que significou a entrada em cena da **psicanálise no início deste século**. A sistematização dos seus modelos para a compreensão da conduta normal e anormal do homem, assim como a interpenetração de fatores biológicos, psicossociais e culturais na produção sintomatológica, foram — e continuam sendo — de valor inquestionável.

Desejamos a você uma boa leitura e aprofundamento!  
Ah, compartilhe o material com amigos!

Siga-nos em nossas redes sociais e fique por dentro de nosso e-books gratuitos.

Instagram

Pesquisar



faculdadegaio

Enviar mensagem



451 publicações

15,3mil seguidores

790 seguindo

Faculdade GAIO

🎓 Graduação e Pós-Graduação

🧠 Formação de Psicanalistas Clínicos

🌻 Formação de Terapeutas Integrativos

☎️ (11)3101-9400/(11)98440-3664

[linktr.ee/institutogaio](https://linktr.ee/institutogaio)

Seguido por gihleine.g, juliaaalemeida, paulaandrade\_23 e outras 178 pessoas

<https://www.instagram.com/institutogaio/>

1. INTRODUÇÃO À PSICOPATOLOGIA GERAL

(...) a psicopatologia é uma ciência complexa: *é uma ciência natural, destinada à explicação causal dos fenômenos psíquicos mediante os recursos e teorias acerca dos nexos extraconscientes que determinam esses fenômenos; e é ciência do espírito, voltada para a descrição das vivências subjetivas, para a interpretação das suas expressões objetivas e para a compreensão de seus nexos internos e significativos.* (JASPERS, Karl 2000.)

É uma área do conhecimento que objetiva estudar os **estados psíquicos relacionados ao sofrimento mental**. É área da medicina, psicologia e psicanálise que tem como objetivo fornecer a referência, a classificação e a explicação para as modificações do modo de vida, do comportamento e da personalidade de um indivíduo, que se desviam da norma e/ou ocasionam sofrimento e são tidas como expressão de doenças mentais.

Dessa forma, **Psicopatologia** pode ser compreendida como um discurso ou um saber (**logos**) sobre a paixão, (**pathos**) da mente, da alma (**psiquê**). Ou seja, um discurso representativo a respeito do **pathos** psíquico; um discurso sobre o sofrimento psíquico sobre o padecer psíquico. A **psychê** é alada; mas a direção que ela toma lhe é dada pelo **pathos**, pelas paixões. Veja figura abaixo sobre os conceitos abaixo:



Figura: Origens dos termos de psicopatologia - INSTITUTO GAIO

Psicopatologia tem dificuldade de coesão teórica devido aos muitos discursos que abarca. Percebe-se que os conhecimentos a ela relativos parecem constituir-se apenas como um aglomerado de especialidades. A Psicopatologia está ligada a diversas disciplinas: **as psicologias, as psiquiatrias e ao corpo teórico psicanalítico**. Dentro da Psicologia, liga-se com Psicologia Clínica (direcionada ao diagnóstico, e ao estudo da personalidade), Psicologia Geral (noções de subjetividade, intencionalidade, representação, atos voluntários etc.), e ainda Psicologia ligada às neurociências, tradições hinduístas e outros.

## PSICOPATOLOGIA COM OLHAR PARA O “SUJEITO”



INSTITUTO GAIO  
*Ensino Superior*

### 2. A PSICOPATOLOGIA COM OLHAR PARA O SUJEITO

A psicopatologia enquanto estudo das "**anormalidades**" da vida mental é às vezes referida como **psicopatologia geral**, psicologia anormal, psicologia da anormalidade e psicologia do patológico. É uma visão das patologias mentais (desordens) fundamentada na evolução dos conceitos pelas áreas de psicologia, psiquiatria e psicanálise (nesta última área, no sentido de psicologia profunda das manifestações do inconsciente), em oposição a uma abordagem estritamente médica de tais patologias, buscando não reduzir **o sujeito a conceitos patológicos**, **enquadrando-o em padrões baseados em pressupostos e preconceitos**.





### 3. SAÚDE MENTAL, NORMALIDADE E PSICOPATOLOGIA

Uma das primeiras, e talvez uma das mais importantes, discussões sobre **psicopatologia** diz respeito à **questão da normalidade**. Como vimos na disciplina anterior (*Estrutura e Funcionamento do Psiquismo*). Existem várias definições sobre o que é "**normal**".

Estatisticamente, normal refere-se a uma propriedade de uma distribuição que aponta uma tendência, o que seria "mais comum" de encontrar em determinada amostra, o mais provável (**cf. distribuição normal**). Assim, o normal é o que seria o mais provável de encontrarmos numa população, o comum, o esperado. Portanto, deste ponto de vista, os comportamentos que são considerados típicos, ou seja, que são "**esperados**" de se encontrar ou de acordo com os padrões sociais aceitáveis para o agir, podem ser considerados comportamentos "**normais**".

(...) São vários os fatores que podem caracterizar um transtorno. De forma geral, considera-se que a presença de uma psicopatologia ocorra quando houver uma variação quantitativa em determinados tipos específicos de afetos, comportamentos e pensamentos, afetando um ou mais aspectos do estado mental da pessoa. Neste sentido, a psicopatologia não é um estado qualitativamente diferente da vida normal, mas sim a presença de alterações quantitativas. (INSTITUTO GAIO).

*Saúde, normalidade e psicopatologia* são termos altamente relacionados. A psicopatologia passa a ocorrer quando o comportamento de uma pessoa, ou eventualmente de um grupo de pessoas, foge àquilo que é esperado como referência de determinada sociedade, quando a pessoa passa a ter alterações importantes em relação ao comportamento que tinha no passado, com prejuízos significativos em seu funcionamento (comportamento), causando a si

e a outros, especialmente seus familiares, acentuado grau de sofrimento. **Tem-se como expectativa** que a normalidade seja o tipo de comportamento que mais ocorre em qualquer cultura.

A saúde mental, por sua vez, seria então uma condição ideal ou desejada para que essa normalidade possa vir a existir, com qualidade e capaz de oferecer as melhores condições para que as pessoas vivam satisfatoriamente, produzam com eficiência e possam gozar de certo grau de felicidade para com as pessoas próximas a si. **Segundo a OMS, a saúde mental refere-se a um amplo espectro de atividades direta ou indiretamente relacionadas com o componente de bem-estar, que inclui a definição de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença.** Este conceito engloba não apenas o comportamento manifesto, mas o sentimento de bem-estar e a capacidade de ser produtivo e bem adaptado à sociedade.

Por exemplo, considera-se que a tristeza seja normal e esperada na vida de qualquer pessoa, e é mesmo necessária em determinados momentos da vida (p. ex., em situação de luto). Entretanto, num quadro depressivo estabelecido, a tristeza é mais intensa e mais duradoura do que seria esperado numa situação normal e transitória. Assim, uma situação normal e esperada torna-se patológica não por ser uma experiência ou vivência qualitativamente diferente, mas por ser mais ou menos intensa do que se espera em situações normais. Neste sentido o trabalho do psicanalista na compreensão dessa desordem vai na busca da construção de um processo analítico (entre paciente/cliente e analista) capaz de conduzir ao "tratamento" dessa psicopatologia.





#### 4. PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

##### 4.1. O PSICANALISTA PODE SE UTILIZAR DO DSM?

Para mim a resposta é "**não somente desse instrumento**", o que eu quero dizer com essa resposta é que o psicanalista precisa ter como base que o seu instrumento para psicodiagnóstico de uma desordem mental é inicialmente é por meio "**da escuta subjetiva de um sujeito**", por meio dos *sintomas*, do *caráter*, da *inibição* e do *estereótipo*, ou seja, não existe uma regra "geral" ou mesmo o termo propriamente dito **psicodiagnosticar em psicanálise**. Cada pessoa tem a sua subjetividade e esse olhar para o "**Outro**" e seu sofrimento psíquico. É, portanto, esse olhar que nos faz psicanalistas, bem como difere do psicodiagnóstico psiquiátrico e em muitos casos psicológicos. (ALESSANDRO EUZÉBIO, 2019)



##### 4.2. AS NEUROSES

Freud, nos textos iniciais de sua obra, explicou o mecanismo da divisão, afirmando que os neuróticos, antes do adoecimento, gozavam de boa saúde mental. Porém, em determinado momento, aconteceu uma *incompatibilidade na sua vida ideativa*, ou seja, **seu ego foi confrontado com uma experiência, uma ideia ou um sentimento que suscitou um afeto aflitivo** e com isso o sujeito deseja esquecê-lo. **Percebe-se, então, que passa a ser complicada qualquer mediação entre a ideia aflitiva e seu próprio ego.**

No texto "**As Neuroses de Defesa**", Freud propõe que, nas histerias, fobias e obsessões, o processo inicial de um conflito entre uma ideia incompatível e o posicionamento do ego é semelhante e as divergências dar-se-ão nas etapas seguintes.

"Na histeria a ideia incompatível é tornada inócua pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática. Para isto eu gostaria de propor o nome **conversão**". (Freud, 1894, pag 61).

No início de sua obra, Freud dividiu os transtornos emocionais, que então ele denominava psiconeuroses, em três categorias psicopatológicas:

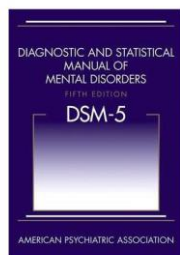
1) **As neuroses atuais** (que estavam em desuso na psicanálise, mas que recentemente voltam a ocupar, com esse mesmo nome, um lugar de destaque, principalmente a partir dos estudos com pacientes somatizadores).

2) **As neuroses transferenciais**, também conhecidas como psiconeuroses de defesa (que eram as histerias, as fobias e as obsessivas).

3) **As neuroses narcisistas (que constituem os atuais quadros psicóticos).**

Freud afirmava então que somente as neuroses transferenciais poderiam ser tratadas pelo método psicanalítico, visto a transferência ser a matéria-prima da psicanálise, e, na época, a psicanálise não reunia condições para perceber a existência da transferência naqueles pacientes que estavam em um estado de encapsulamento narcisístico próprio das psicoses

De lá para cá, muita coisa modificou substancialmente na **ciência da psicanálise e na da psiquiatria**: as síndromes da psicopatologia foram ganhando uma crescente compreensão genético-dinâmica e paralelamente os autores foram ampliando, subdividindo, diversificando, construindo novos modelos e, portanto, aumentando a complexidade nosológica, tal como aparece nas modernas classificações diagnósticas, como o **DSM ou o CID**.



Seguindo o planejamento dessa disciplina, fica evidente que este conteúdo não ficará reduzido à simplória (vista de hoje) classificação original de Freud, porém tampouco pretenderá, sequer de perto, abranger a totalidade dos tópicos nosográficos daquelas classificações oficiais

No texto **“Neurose e Psicose”** (1923-1925), Freud aponta uma **diferença básica entre neurose e psicose**:

**Neuroses atuais**

A neurose atual, segundo Freud, não é produzida por conflitos históricos, mas sim por motivos atuais, de modo que ela não depende **estritamente de fatores psicológicos**. Antes disso, a neurose de angústia seria resultante de fatores biológicos que agiriam através de substâncias químicas, sendo que o acúmulo dessas **“toxinas sexuais”** produzidas pelas excitações frustradas manifesta-se diretamente por sintomas de angústia livre, como taquicardia, palpitações,

respiração ofegante, etc., que, diz Freud, são aquelas mesmas que estão presentes no ato sexual.

Freud deixou o tratamento das neuroses atuais de lado. Segundo ele, tanto os sintomas das psiconeuroses como das *neuroses atuais são o resultado de um uso anormal da libido*:

[...] os sintomas das neuroses “atuais” – pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação em um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função – não têm nenhum “sentido”, nenhum significado psíquico. Não só se manifestam predominantemente no corpo (como, por exemplo, os sintomas histéricos entre outros), como também constituem eles próprios processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismos mentais que já conhecemos.

[...] se, nos sintomas das psiconeuroses, nos familiarizamos com as manifestações de distúrbios na atuação psíquica da função sexual, não nos surpreenderemos ao encontrar nas neuroses “atuais” as consequências somáticas diretas desses distúrbios sexuais (Freud, 1917 - Obra: Conferências introdutórias à psicanálise.)

Para Freud, as neuroses atuais tinham características semelhantes aos quadros de intoxicação orgânica, o que acabou deixando muito pouco espaço para a atuação da terapia psicanalítica e também para desenvolvimento de hipóteses metapsicológicas. Justificando porque não deu início à sua conferência sobre “O estado neurótico comum” (Freud, 1917/1969: 453-4) pela descrição destes quadros, ele escreve:

(...) os problemas das neuroses atuais, cujos sintomas provavelmente são gerados por lesão tóxica direta, não oferecem à psicanálise qualquer outro ponto de ataque. Ela pouco pode fazer para esclarecê-los e deve deixar essa tarefa para a pesquisa bioquímica [...] por essa razão, as neuroses “atuais”, improdutivas no que concerne à psicanálise, não podiam mais ocupar um lugar em primeiro plano (Freud, 1917).

Inicialmente, Freud descreveu dois tipos de **neurose atual**: a *neurose de angústia* (resultante da libido estancada, como no caso do “coito interrompido”) e a *neurastenia*.

Neste último caso, teria havido uma excessiva descarga de substâncias sexuais, como aconteceria no exagero da prática da masturbação, sendo que como decorrência dessa hemorragia de substâncias sexuais, a neurastenia caracteriza-se por um quadro sintomático de fraqueza, apatia, cansaço, etc. Posteriormente, em 1911, ao estudar o “**Caso Schreber**”, Freud descreveu um terceiro tipo de neurose atual: a hipocondria, que poderia estar representando um núcleo “**atual**” de uma *esquizofrenia*.



## 5. NEUROSES ATUAIS: NEUROSES DE ANGÚSTIA

### Conceituação

Freud estudou a angústia em dois momentos diferentes de sua obra. Na primeira formulação, a angústia seria consequente à repressão, o que provocaria uma libido acumulada que funcionaria de uma maneira "tóxica" no organismo.

A partir de sua monografia *Inibições, sintomas e angústia* (1926) ele conceituou de forma inversa, ou seja, é a repressão que se processa como uma forma de defesa contra a ameaça de irrupção da angústia, mais especificamente, a angústia de castração.

Portanto podemos dizer que a **neurose de angústia** consiste em um transtorno clínico que se manifesta por meio de uma **angústia livre**, quer sob uma forma permanente, quer pelo surgimento em **momentos de crise**. Em outras palavras, a ansiedade do paciente expressa-se tanto por equivalentes somáticos (*como uma opressão pré-cordial, taquicardia, dispneia suspirosa, sensação de uma "bola no peito", etc.*), como por uma indefinida e angustiante sensação do medo de que possa vir a morrer, enlouquecer, ou da iminência de alguma tragédia.

Ex: Seria hoje o que popularmente chamamos conforme manual de psiquiatria (DSM) atualmente como transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

Habitualmente, os psicanalistas empregam os termos "angústia" e "ansiedade" de forma indistinta, porém que cabe alguma distinção.

O termo ansiedade (talvez tenha alguma relação com "ânsia", isto é, um desejo desmedido) designa alguma descompensação da harmonia psíquica interna, no entanto, nem sempre ela é

visível ou perceptível porque, por meio de recursos defensivos que constituem os mais diversos tipos de negação da referida ansiedade, o sujeito pode estar impregnado por uma ansiedade latente sem que ela seja manifesta.

Como exemplo disso, pode ser o caso de uma fobia específica a utilizar um elevador, sendo que essa pessoa nada sentirá enquanto puder administrar bem as suas técnicas evitativas dessa situação fóbica, porém um enfrentamento direto da situação ansiogênica pode fazer vir à tona, de forma ruidosa, aquela angústia que estava latente, aparentemente inexistente.

Por sua vez, a palavra angústia deriva do latim *angor*, que quer dizer **“angustura, estreitamento, apertamento”**, o que traduz fielmente os sintomas que emergem e ficam livremente manifestos nos sintomas opressivos acima assinalados. Na maioria das vezes, tais sintomas indicam que está havendo uma falha do mecanismo de repressão, diante de um – traumático – excesso de estímulos, externos e/ou internos.

Nos quadros clínicos em que prevalece uma recorrência de episódios de crises de angústia, é necessário que se levante a hipótese que se esteja tratando do transtorno conhecido como **“doença do pânico”**, o qual costuma responder muito bem à medicação específica. Conquanto para Freud, como vimos antes, o termo **“neurose de angústia”** designasse uma das formas de **“neurose atual”** – portanto, sem estar diretamente ligada a antigas repressões – posteriormente, aquela terminologia também costumava ser utilizada na literatura psicanalítica para designar uma modalidade de neurose que guarda raízes históricas com fixações das repressões dos desejos proibidos que, por isso, quando surge uma ameaça do retorno do reprimido à consciência, a neurose de angústia manifesta-se pela via somática, através de sintomas de angústia livre.

Assim, é útil estabelecer uma certa diferença entre a neurose de angústia e a neurose atual. Enquanto a primeira alude mais diretamente à manifestação sintomática de uma angústia livre, resultante da ameaça de que os primitivos desejos proibidos, que estão reprimidos no inconsciente, retornem à consciência, a **“neurose atual”** refere mais diretamente que o sujeito não está conseguindo processar um excesso de estímulos que, na realidade e na atualidade, estão acossando ao seu ego.

Caso o ego não consiga processar adequadamente esse estressante excesso de estímulos (Freud, em suas primeiras formulações acerca da neurose atual, exemplificava com a **masturbação mal dirigida, ou com os edípicos incrementados por uma hiperestimulação ambiental**), os mesmos escoarão por outras vias, como são as diversas possibilidades da fisiologia orgânica.

**ATENÇÃO:** O termo **“neurose de angústia”** caiu em certo desuso visto que ela ora se confunde com a síndrome do pânico, ora com a neurose atual, ora com a angústia dos fóbicos diante de situações especificamente ansiogênicas. Aliás, nos primeiros tempos, Freud designava as fobias



com a denominação de “histeria de angústia” o que evidencia a sua percepção de que a neurose de angústia e a fobia são parentes íntimos.

# fobias



## 6. FOBIAS

Uma complexa e diversificada combinação de *pulsões, fantasias, angústias, defesas do ego e identificações patógenas* pode determinar na personalidade do sujeito uma estruturação de natureza fóbica. Pelo fato de que essa estrutura fóbica axial costuma ser multideterminada e variar intensamente de um indivíduo para outro, tanto em intensidade como em qualidade, ela configura-se clinicamente com uma ampla gama de possibilidades, desde as mais simples e facilmente contornáveis até as mais complicadas, a ponto de serem incapacitantes e paralisantes.

Assim, desde uma situação em que estão presentes alguns traços fóbicos na personalidade (sob a forma de inibições, por exemplo), passando pela possibilidade de uma **caracterológica fóbica**, caracterizada por uma modalidade evitativa de conduta, aliada a um típico estilo de comunicação e de lógica, **pode-se atingir uma configuração clínica de uma típica neurose fóbica, sendo que em certos casos é tal o grau de comprometimento do sujeito, que não é exagero designar como psicose fóbica.**

Uma razão importante para que seja estabelecido um **diagnóstico diferencial** entre esses dois **quadros clínicos** é que a doença do pânico costuma dar uma resposta positiva (às vezes dramática) ao uso da moderna farmacoterapia da família dos antidepressivos, sendo relevante acentuar que, ao contrário do que muitos pensavam (e alguns ainda persistem), esse eventual uso da medicação em nada de negativo interfere no tratamento psicanalítico.

É útil lembrar que a Associação Americana de Psiquiatria, no seu Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quarta edição (DSM IV), situa as fobias dentre os Transtornos de Ansiedade.

### *Etiologia das Fobias*

Sabe-se que, na infância, as manifestações clínicas mais frequentes são aquelas relativas aos medos, fobias (especialmente a animais) e aos “**terrores noturnos**”. É difícil estabelecer uma classificação definitiva das fobias, pelo fato de que são muitos os critérios que podem ser empregados: assim, unicamente para exemplificar, se o referencial etiológico estiver baseado na fixação da etapa evolutiva, ela também permite várias vertentes etiológicas.

Destarte, a fobia pode ser originária da clássica conflitiva da **fase fálica-edípica**, com o respectivo “**complexo de castração**”, tal como está magistralmente descrito por Freud na fobia que o menino Hans tinha por cavalos. Entretanto, abundam evidências de que a fobia também pode estar radicada na fase anal, até mesmo porque essa etapa evolutiva coincide com os processos de “separação e individuação” da criança, conforme os estudos de M. Mahler e colaboradores (1975).

### *Saiba mais sobre as fobias:*

Da mesma forma, podemos adotar o ponto de vista da escola kleiniana, que enfatiza o fato de a fobia resultar da fixação na fase evolutiva do sadismo oral canibalístico, com a respectiva projeção dos primitivos objetos aterrorizantes sobre o espaço exterior que, então, transforma-se em fóbigeno.

Pelo fato de que não há uma explicação unitária para a formação das fobias, cabe tentar classificá-las de acordo com a pluralidade causal, **segundo a enumeração a seguir:**

- ***Além da angústia de castração***, também está sempre presente em qualquer fobia alguma forma de ansiedade de aniquilamento e, sobretudo, de desamparo.
- ***Existe uma permanente simbolização e deslocamento da ansiedade***, que se constitui como uma cadeia de significantes. O melhor exemplo da rede de significantes que estabelecem um significado fóbico consiste em correlacionar como as fobias originais da criança, do medo da escuridão, da solidão e de estranhos, estão intimamente conectadas com o significado do medo de perda da mãe, ou do amor dela. Da mesma forma, comportam-se as representações simbólicas que, transmitidas pela cultura milenar, transformam-se em medos universais (serpentes, ratos, baratas, escuridão, etc.).
- ***Praticamente, sempre constatamos que no passado houve uma intensa relação simbiótica com a mãe***, com evidente prejuízo na resolução das etapas da fase evolutiva da separação-individuação. Na prática clínica, é fácil observar a persistência desse vínculo simbiótico com a

mãe, tanto a real como a que está internalizada no paciente. Correlato a isso, a figura do pai quase sempre foi desvalorizada e excluída, principalmente a partir do discurso da mãe.

- **A patologia da fase de separação-individuação promove uma dupla ansiedade:** a de engolfamento (resultante do medo de chegar perto demais e absorver ou ser absorvido pelo outro) e a de separação (pelo risco imaginário de perder o objeto), de tal sorte que é característico da fobia a pessoa criar um delimitado e restrito espaço fóbico para a sua movimentação.

- **Um aspecto etiológico significativo é o que se refere à identificação da criança com a fobia de ambos pais,** ou de um deles, bastante mais freqüentemente com a mãe, sendo comum que atribuam à criança – futuro adulto – o papel de proteger a fobia de solidão dos pais, assim construindo, às custas de um investimento fóbico no filho, aquilo que eu costumo chamar de seguro-solidão.

- **Dessa maneira, adquire uma importância na etiologia da fobia o tipo de discurso dos pais,** repletos com os respectivos significados fóbicos, nos quais, acima de tudo, prevalecem as palavras “cuidado”; “é perigoso”, “faz mal”, “evita chegar perto”, etc., etc. e que refletem uma excessiva carga de identificações projetivas dos temores dos pais na mente da criança.

- **É evidente que essa ação fobigênica dos pais vai depender diretamente do grau de insuficiência das funções do ego da criança** em poder discriminar e pensar sobre aquilo que está sendo invadido no seu psiquismo.

Também pesa um prévio conhecimento quanto ao risco de que o medo do sujeito esteja justificado por uma ameaça real, ou que ele esteja fora de proporção, devido ao seu desconhecimento da natureza do fato que ele enfrenta, o que dá lugar à produção de fantasias de terror. Um exemplo banal: se diante de um trovão em dias de chuva a mãe se apavora e cria um cenário de terror em casa, com mil recomendações para os filhos, ela está criando um excelente caldo de cultura para a construção de uma fobia. Se, pelo contrário, essa mãe encarar o trovão com naturalidade e, melhor ainda, puder explicar que ele sempre acompanha o relâmpago que resulta das leis da natureza, quando ocorre o encontro de cargas eletromagnéticas positivas com as negativas, e que o trovão vem depois do raio porque a luz se propaga com uma velocidade muitíssimo superior que a do som, a criança fica tranqüila, pelo menos dessa fobia ela está livre, e, de “lambuja”, ainda fez um aprendizado. Essa experiência gratificante para a criança, de ver o medo transformado em palavras que dão um significado e um nome ao que lhe é desconhecido, é aquilo que todo paciente, muito particularmente o que estiver bastante regressivo, espera do seu analista.

### 6.1 Características da clínica das fobias

- *Na clínica, como já foi acentuado, os estados fóbicos virtualmente sempre vêm acompanhados de manifestações paranóides e obsessivas, e sempre estão encobrendo uma depressão subjacente.*

- *Tanto ou mais do que a sexualidade conflitada, sempre encontramos uma má elaboração das pulsões agressivas.*

- *Há uma acentuada tendência a manifestações de natureza psicossomática.*

- *Basicamente, o que define uma condição fóbica é o uso, por parte do paciente, de uma “técnica de evitação” de todas as situações que lhe pareçam perigosas. Essa sensação de perigo decorre do fato de que a situação exterior fóbigena (por exemplo, um elevador, um avião, uma viagem, um tratamento analítico...) está sendo o cenário onde estão sendo projetados, deslocados e simbolizados os aspectos dissociados das pulsões e objetos internos, representados no ego como perigosos.*

- *Por saber da irracionalidade de seus sintomas, o indivíduo fóbico desenvolve uma “técnica de dissimulação”, por vezes, até ao nível de um falso self, tal é o seu grau de culpa, vergonha e humilhação diante de seus temores ilógicos.*

Muitas outras vezes, a fobia não aparece manifestamente, e ela somente pode ser detectada pelo seu oposto, isto é, de sua conduta contrafóbica.

- *Em certas fobias, como as claustrofóbicas e as agorafóbicas, sempre existe uma escolha de pessoas que se prestem ao papel de “acompanhantes” – e de continuadores – da mesma fobia. Essa é a razão pela qual determinadas características fóbicas, em certas famílias, perpetuam-se durante gerações.*

É útil assinalar que a grande “união” que muitos casais e famílias se vangloriam de possuir (“estamos sempre juntos, nunca nos separamos seja qual for a circunstância, etc.”) muitas vezes pode estar expressando uma modalidade fóbica, na qual predomina a “técnica de um controle mútuo”.

- *Na situação analítica, costuma ocorrer que o paciente fóbico, repetindo o que faz com todas as pessoas em geral, mantenha a técnica da regulação da distância afetiva com o terapeuta, de modo a não ficar nem próximo demais, para não correr o risco de ser “engolfado”, e nem tão longe que possa correr o risco de perder o vínculo e o controle sobre o necessitado analista.*

De forma análoga, é frequente a possibilidade de que, como uma forma de regular a distância com a análise e com o analista, eles faltem regularmente a muitas sessões ou apresentem outros tipos de resistências, sendo que não é rara a possibilidade de que façam um tratamento “descontinuado”, ou seja, com uma alternância de muitas interrupções e outras tantas

retomadas, quase sempre com o mesmo terapeuta, constituindo aquilo que Nogueira (1996) chama de “uma análise em capítulos”.

- *Uma outra decorrência de ordem prática é que os pacientes fóbicos, nos quais predomina a “ansiedade de engolfamento”, podem responder muito persecutoriamente à insistência do analista em interpretar sistematicamente no “aqui-agora-comigo”, não sendo poucos os casos que interrompem a análise em função disso.*

## neurose obsessivo- compulsivo



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 7. NEUROSE OBSESSIVO-COMPULSIVO

#### *Conceituação*

No DSM-IV, essa entidade clínica está enquadrada como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Da mesma forma que acontece em outras estruturas da personalidade, também a de natureza obsessiva diz respeito à forma e ao grau como organizam-se os mecanismos defensivos do ego diante de fortes ansiedades subjacentes.

Assim, embora a obsessividade possa ser um elemento comum em diversas pessoas diferentes, é importante que se faça uma indispensável discriminação entre os seguintes estados:

- 1) Traços obsessivos em uma pessoa normal, ou como traços acompanhantes de uma neurose mista, uma psicose, perversão, etc.
- 2) Caráter marcadamente obsessivo.
- 3) Neurose obsessivo-compulsiva.



Sabemos que as duas últimas categorias se diferenciam especialmente pelo fato de que uma caracterológica obsessiva implica na presença permanente e predominante dos conhecidos **traços de meticulosidade, controle, dúvida, intolerância, etc.**, sem que isso altere a harmonia do indivíduo ou que o faça sofrer exageradamente, embora ele apresente algumas inibições que o desgastam e possa estar infligido algum sofrimento aos que convivem mais intimamente com ele. **Pode-se mesmo dizer que uma pessoa portadora de um caráter obsessivo**, desde que esse não seja excessivo, é aquele que melhor reúne os sadios aspectos de uma necessária disciplina, **método, ordem, respeito, moral e ética**.

Já a neurose obsessiva, pelo contrário, implica um grau de sofrimento, a si próprio e aos demais, e também em algum prejuízo no seu funcionamento na vida familiar e social. É bem sabido o quanto, em certos casos, os sintomas obsessivos e compulsivos, compostos por dúvidas ruminativas, pensamentos cavilatórios, controle onipotente, frugalidade, obstinação, rituais e cerimoniais, atos que compulsiva e repetidamente são feitos e desfeitos num nunca acabar, podem atingir um alto grau de incapacitação total do sujeito para uma vida livre, configurando uma gravíssima neurose, beirando à psicose (**Exemplo: Uma jovem paciente, internada, que estava com as suas mãos em carne viva de tanto que, o tempo todo, lavava-as, esfregando nelas energicamente um sabão**).

Vale lembrar que o termo “**obsessão**” refere-se aos pensamentos que, como corpos estranhos, infiltram-se na mente e atormentam o indivíduo, enquanto, por sua vez, o termo “**compulsão**” designa os atos motores que o neurótico executa como uma forma de contra-arrestar a pressão dos referidos pensamentos.

Também é útil esclarecer que o diagnóstico de “**obsessivo**” não define uma forma única de caracterologia, porquanto a mesma pode manifestar-se de formas opostas, ou seja, tanto são obsessivos aqueles nos quais predomine uma tendência à passividade e que tomam inúmeros cuidados antes de tomar uma iniciativa e deixam-se subjugar, como também são obsessivos aqueles nos quais prevalece uma atividade agressiva, que se tornam líderes com um perfil de mandonismo, intolerância a erros, falhas ou limitações dos outros, assim adotando uma postura despótica e tirânica, ainda que sejam pessoas sérias, bem-sucedidas e bem-intencionadas.

É fácil o terapeuta perceber o quanto o “**ideal do ego**” se constitui como o tirano do paciente obsessivo, forçando-o a uma idealização da perfeição e a adotar um estilo de pessoa excessivamente lógica. O sujeito esforça-se ao máximo para atingir um perfeccionismo, porém nada adianta; não vem a recompensa imaginada e com facilidade ele fica aprisionado em um estado de decepção e depressão.

O maior cuidado que o analista deve ter consiste na possibilidade de ele se deixar equivocar pela colaboração irretocável desse paciente, que costuma ser obsessivamente correto, assíduo, pontual, associa livremente, bom pagador, com boa apresentação e vida profissional

geralmente bem resolvida; porém, existe a possibilidade de que este analisando mais esteja “cumprindo a tarefa de ser um bom paciente” do que propriamente alguém disposto a fazer mudanças verdadeiras. Nesses casos, não basta que as interpretações do analista estejam corretas, é necessário observar o destino que elas tomam na mente do obsessivo, se elas lá germinam ou se ficam desvitalizadas. Um bom recurso técnico é o de fazer um permanente confronto para o paciente entre o que ele diz, sente e, de fato, faz

***Resumidamente a Neurose Obsessão-Compulsivo:***

Os fatores etiológicos mais marcantes consistem na existência de:

- 1) Pais obsessivos que impuseram um superego por demais rígido e punitivo.
- 2) Uma exagerada carga de agressão que o ego não conseguiu processar, e, igualmente, uma falha da capacidade do ego na função de síntese e discriminação das permanentes contradições que atormentam o obsessivo.
- 3) Do ponto de vista estrutural, há um constante conflito intra-sistêmico (o ego está submetido ao superego cruel e, ao mesmo tempo, ele está pressionado pelas demandas enérgicas do id) assim como um conflito intra-sistêmico (por exemplo, dentro do próprio id, as pulsões de vida e de morte podem estar num forte conflito; ou, nas representações do ego, o gênero masculino e o feminino não se entendem entre si, etc.).
- 4) Muitos autores apontam a importância da defecação para a criança, com as respectivas fixações anais que se organizam em torno das fantasias que cercam o ato de defecar; o significado atribuído às fezes (que a criança vivencia como sendo a sua “obra”), a relação que a criança tem com os pais que podem determinar se o defecar e urinar representam sadias e estruturantes conquistas suas, ou uma forma de presentear os educadores, ou uma forma de poder controlar e castigá-los.
- 5) De forma análoga, também importa a fixação no psiquismo da criança daquela conhecida equação de Freud, pela qual ele postulava que a criança equipara as fezes a pênis, bebês e presentes. No entanto, ninguém contesta que a educação esfinteriana da criança, quando adequadamente exercida pela mãe, representa um importante fator de estruturação do psiquismo.

**As características Clínicas da Neurose obsessivo-compulsivo**

De uma forma algo abreviada, os seguintes ***aspectos merecem ser destacados:***

- a) O termo “**obsessivo**” etimologicamente deriva dos étimos latinos “ob” (quer dizer: contra, a despeito de...) + “stinere” (significa: uma posição própria, tal como aparece em “destino”), bastando isso para definir o quanto existe uma ambiguidade e ambivalência no sujeito obsessivo, resultante do fato de que, por um lado, ele sente o seu ego submetido a um superego tirânico (ele é obrigado a fazer, a pensar, ou a omitir, sob penas de...), ao mesmo tempo em que ele quer tomar uma posição contra esse superego e dar livre vazão ao id.

b) Esse conflito entre as instâncias psíquicas explica os sintomas, já mencionados, de ordem, limpeza, disciplina, escrupulosidade e afins, que caracterizam o obsessivo, sendo que a obsessividade pode manifestar-se com dois perfis caracterológicos: um se manifesta sob uma forma passiva (corresponde à chamada “fase anal retentiva”) e o outro tipo é de natureza ativa (corresponde à “fase anal expulsiva”), como foram denominadas por Abraham. Os primeiros, aqueles obsessivos que podemos considerar como sendo do tipo “passivo submetido”, apresentam uma necessidade enorme de agradar (**melhor seria dizer: não desagradar**) a todas as pessoas, devido à sua intensa ansiedade em poder magoar ou vir a perder o amor delas. Assim, esse tipo de obsessivo pode ficar no papel da criança intimidada e submetida aos **objetos superegóticos**, as quais passam o tempo todo pedindo “desculpas”, “por favor”, “com licença”, “muito obrigado”..., ou adotando atitudes masoquistas. A segunda modalidade caracterológica de obsessivos consiste no tipo do “**ativo-submetedor**”, que resulta de um processo de identificação com o agressor pelo qual o sujeito adquire as características de exercer um controle sádico sobre os outros, aos quais ele quer impor as suas verdades.

c) Em ambos os tipos de **neuróticos obsessivo-compulsivos** há uma permanente presença de pulsões agressivas, mal resolvidas, de um superego rígido, muitas vezes cruel, ante a desobediência aos seus mandamentos, e de um ideal de ego cheio de expectativas a serem cumpridas, sendo que tudo isso **mantêm-nos em um continuado estado de culpa**.

d) Os mecanismos defensivos mais utilizados pelo ego para poder sobreviver à carga das ameaças são os de anulação (desfazer aquilo que já foi feito, sentido ou pensado), de isolamento (isolar o afeto da ideia), formações reativas (**como forma de negar os sentimentos que lhe despertem ansiedade**), racionalização e intelectualização (especialmente na situação analítica, são muito empregadas a serviço das resistências). Mais ainda, existe a defesa inconsciente que consiste em utilizar um sistema de pensar ruminativo, cavilatório, com uma nítida preferência pelo emprego do “ou”, disjuntivo, no lugar do “e”, integrativo, de sorte que a presença compulsiva e recorrente de certos pensamentos obsessivos visam justamente anular a outros pensamentos que estão significados como sendo desejos proibidos.

e) Se falham as defesas obsessivas, aparecem extratos mais primitivos da mente (como ânsia de fusão com o objeto, por exemplo) e que podem provocar soluções fóbicas, paranóides ou perversas. Da mesma forma, como conseqüência da relação íntima que existe entre obsessividade, fobia e paranóia, freqüentemente observa-se que muitas vezes as obsessões **não são mais do que uma modalidade de contrafobia** e, em outras vezes, o detalhismo obsessivo está claramente a serviço das desconfianças e da conseqüente defensividade paranóide. Nesse último caso, o sujeito fica sendo um polemizador, ele querela e porfia em cima de detalhes mínimos (ele sempre tem um “não” engatilhado na ponta da língua, ou quando diz “sim”, em seguida vem um “mas”...), configurando aquilo que, comumente quando alguém quer se referir a alguém “chato”, define-o como sendo um “**pentelhador**”.

f) A escolha de suas relações objetais costuma recair em pessoas que se prestem a fazer a complementação dos dois tipos antes descritos, como é, por exemplo, o de uma relação tipo dominador x dominado; ativo x passivo; sádico x masoquista, etc.

g) Quando prevalece uma **obsessividade narcisista**, o sujeito exibe uma superioridade, por vezes muito bem disfarçada sob uma capa de modéstia, pela qual ele tenta convencer aos outros (e a si próprio) o quanto ele é, entre todos mais, o mais honesto, dadivoso, humilde (faz lembrar aquela anedota do sujeito que se jactava de ter conseguido o título mundial do “sujeito mais humilde”), etc. **Essa superioridade obsessiva pode manifestar-se por uma dimensão “moral”, que consiste no fato de que o sujeito se torna, compulsivamente, um “coleccionador de injustiças”.**

h) Frequentemente, os obsessivos encaram a sexualidade do ponto de vista da analidade (**cuidados de limpeza e asepsia, sentimento de ser propriedade, ou ser proprietário, do(a) parceiro(a), controle do orgasmo e exagerados escrúpulos em utilizar os recursos orais e anais que uma sexualidade adulta permite**). Também acontece seguidamente uma dificuldade em o obsessivo “soltar-se” no ato sexual, com a consequência de uma **dificuldade orgástica**, porquanto uma “parte” de sua mente está inconscientemente “escalada” para funcionar como “observadora” daquilo que está se passando com os dois da parceria. Quando prevalece a obsessividade narcisista, é tal o pavor de que haja um fracasso da potência ou da orgasmia, que ele(a) usa de mil subterfúgios para evitar o enfrentamento de uma ligação erótica porque não se entregam ao ato precipuamente na busca de um prazer, antes disso, é como se estivessem se submetendo a um exame de avaliação de sua autoestima, sempre a perigo, e daí a facilidade de instalar-se um círculo vicioso de medo e evitação, que acaba adquirindo características fóbicas.

i) Na situação analítica, o risco é de que o paciente obsessivo consiga fazer prevalecer o seu controle, sobre si mesmo e sobre o terapeuta, pelo uso de seus habituais mecanismos defensivos: o de um controle onipotente (**deixa o processo analítico estagnado**); o deslocamento (**para detalhes, que se tornam enfadonhos e podem provocar uma, esterilizante, contratransferência de tédio**); a anulação (com o emprego sistemático de um discurso na base do “é isto, mas também pode ser aquilo, ou, não é nada disto...”); a formação reativa (sempre gentil, educado e bem comportado, o paciente não deixa irromper a sua agressão reprimida), o isolamento (em narrativas desprovidas de emoções), etc. É preciso levar em conta que a força mágica que o neurótico obsessivo empresta aos seus pensamentos e às suas palavras colabora para que o seu ego mobilize as defesas mencionadas.

# histerias



## 8. HISTERIAS

### *história e evolução do conceito de histeria*

O próprio nome “histeria” (de “histeros” que, em grego, quer dizer “útero”) já dá uma idéia clara de como os antigos atribuíam unicamente às mulheres a condição de serem as portadoras desse transtorno psicológico e, mais ainda, havia a crença de que elas estariam sendo presas de “maus espíritos” e, por isso, deveriam ser banidas da comunidade ou submetidas a rituais de exorcismo por meio de torturas.

Decorridos alguns séculos, o atendimento das histerias ganhou um certo cunho científico pelo grande mestre Charcot, que então pontificava em Paris, por meio da prática da hipnose com pacientes histéricas, experimentos esses que encantaram Freud e motivaram-no ao prosseguimento da investigação e prática clínica com pacientes histéricas.

Na época em que Freud publicou Estudos sobre histeria (1895), quando ele recém estava esboçando as suas ideias psicológicas ligadas ao dinamismo do inconsciente, a comunidade médica ficou chocada porque até então a histeria era considerada uma doença degenerativa, que seria causada principalmente pela sífilis. No referido livro, escrito juntamente com Breuer, em quatro pacientes histéricas, Emmy von N. Lucy R., Katherina e Elisabeth, Freud começa verdadeiramente a encontrar o berço da psicanálise, e assim abrir as portas para novos descobrimentos em sucessivos trabalhos, sendo que o seu estudo mais notável acerca da histeria, publicado em 1905, é conhecido como o célebre Caso Dora.



Nos primeiros tempos, Freud também estabeleceu uma diferença na etiologia da histeria e da neurose obsessiva: na histeria, o **trauma sexual ocorre entre os 3 ou 4 anos** e é experimentado passivamente pela criança, enquanto na neurose obsessiva a participação da criança no abuso sexual seria ativa e, por isso, ela vem a **sofrer autorrecriações**.

Reich (1933), a quem a psicanálise deve o estudo do caráter, descreveu a **“personalidade fáliconarcisista”** que ele considerava como constituindo uma categoria psicopatológica própria, situada em um lugar intermediário entre a personalidade obsessivo-compulsiva e a histeria. Na atualidade, essa denominação de **“fálico-narcisista”**, que caracterizava, sobretudo, uma forte agressividade viril, caiu em desuso, e as suas características clínicas foram absorvidas dentro da categoria mais ampla de **“caráter histérico”**.

Lacan retorna a Freud, mas ele o faz postulando que não é o pênis (como órgão anatômico) que a histérica busca de forma afanosa, mas, sim, o falo (**símbolo do poder que, comumente, mas não exclusivamente, a criança atribui ao pênis do pai**). No imaginário da criança, o falo designa justamente aquilo que falta à mãe, e que vem a ficar representado no seu ego como uma ausência, falha, falta e, por essa razão, ela pode passar a vida inteira acossada por desejos e demandas para preencher esse vazio imaginário.

Em resumo, na atualidade, à medida que escasseiam cada vez mais as histerias com os sintomas dramáticos dos primeiros tempos de Freud, em uma proporção inversa, abundam os escritos sobre os transtornos da **“personalidade histérica”**. No entanto, os autores não rejeitam as descobertas anteriores e tampouco deixam de lado o desejo edípico com toda a sua constelação de consequências, embora esteja havendo uma crescente ênfase na organização narcisista da estrutura histérica.

### **Conceituando histeria**

Caro aluno (a) o conceito de histeria abrange muitas modalidades e graus de quadros clínicos dentro da categoria de **“neurose histérica”**, porém também permite ser abordado de outros vértices, como o de uma **“personalidade (ou caracterologia) histérica”** ou o da possível presença de **“traços históricos”** em praticamente todas as personalidades normais ou psicopatológicas, inclusive em psicóticos. Pode servir como exemplo o fato de que, considerando unicamente a **“neurose histérica”**, a mesma costuma ser descrita por múltiplos pontos de vista: assim, do ponto de vista psiquiátrico, essa histeria costuma ser dividida em dois tipos, a conversiva e a dissociativa, mais adiante explicitadas.

Do ponto de vista psicanalítico, cabe tomar a conhecida subdivisão que propõe a existência de quatro subtipos de pacientes histéricas, as quais ela denominou:

- 1) As “**verdadeiras**” ou “**boas**” histéricas, que atingem a condição de casar, ter filhos, com bom desempenho profissional e que se beneficiam com a psicanálise.
- 2) Outras, também “**verdadeiras**”, com casamentos complicados, geralmente de natureza sadomasoquística, que não conseguem manter por muito tempo um satisfatório compromisso com a análise.
- 3) Aquelas pacientes que manifestam sintomas histéricos, que lhes confere uma fachada de pessoa histérica, mas que, na verdade, encobre uma subjacente condição bastante depressiva, sendo que essas pessoas não se completam em nenhuma área da vida.
- 4) As “**pseudo-histerias**”, presentes em personalidades muito mais primitivas, sendo que a sua extrema instabilidade emocional justifica a antiga denominação “**psicose histérica**”. Segundo Zetzel, a indicação de psicanálise para as duas últimas formas de personalidade histérica, especialmente a última, seria muito discutível. Além disso, cabe acrescentar mais três aspectos: um, o de que a compreensão dinâmica dos autores quanto à etiologia da histeria também varia bastante, desde aqueles que priorizam, alguns exclusivamente, o pólo fálico, edípico, até outros psicanalistas que mais enfaticamente valorizam o pólo oral, narcísico. Um segundo ponto diz respeito a que as histerias se modificam conforme o contexto sociocultural vigente em uma determinada época.

O terceiro aspecto consiste no fato de que a histeria é tão plástica e proteiforme, que de alguma forma, ela está presente em todas as psicopatologias, sendo que a compreensão dos psicanalistas deixou de ser unicamente da psicodinâmica dos conflitos sexuais reprimidos, mas também como uma expressão de problemas relacionais e comunicacionais. **Um espectro assim tão largo leva, inevitavelmente, a uma confusão conceitual e semântica, o que justifica o questionamento: uma histeria ou muitas?**

### 8.1. Tipos de Histerias

Como antes foi frisado, a histeria é tão plástica que, a rigor, pode-se dizer que, de alguma forma, ela está presente em todas as psicopatologias; no entanto, o termo histeria deve ficar restrito para aqueles quadros sintomatológicos e caracterológicos que obedecem a uma estruturação própria e conservam uma série de pontos em comum.

A própria classificação nosológica das doenças mentais (DSM) não fica restrita a um único eixo: assim, partindo do eixo I (sintomas, psicopatologia) as histerias mantêm a velha divisão nos dois tipos, denominados como conversivas e dissociativas, enquanto que, visto do eixo II

(caracterologia, transtornos da personalidade), o conceito é mais abrangente e inclui as denominações de transtornos de personalidade histérica; personalidade infantil dependente; personalidade fálico-narcisista; traços histéricos em outras personalidades; transtornos de personalidade histriônica.

## histerias Conversivas



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 8.2. Histerias Conversivas

Diz respeito ao fato de que os conflitos sofrem uma “conversão” nos órgãos dos sentidos (cegueira, surdez, perda do tacto, alucinoses, etc.), e no sistema nervoso voluntário (contraturas musculares, paralisias motoras, etc.).

A conversão segue a mesma deformação simbólica dos sonhos, sendo que muitas vezes os sintomas conversivos deixam transparecer com relativa facilidade o conflito subjacente.

Um determinado sintoma conversivo pode conter muitos significados, como pode servir de exemplo a tosse que acometia a célebre paciente Dora, e que representava três aspectos: um simbolismo de sentimentos sexuais, agressivos, narcisistas e melancólicos, uma forma de identificação com a tosse da sra. K., sua rival sexual, e a aquisição de um ganho secundário.

Por outro lado, vale consignar mais três aspectos acerca da conversão: ela não é específica das histerias, o diagnóstico diferencial, com doenças orgânicas, hipocondria ou manifestações psicossomáticas, nem sempre é fácil e, por fim, a constatação de que a psiquiatria moderna inclina-se acentuadamente para a postulação de que não há uma direta relação clínica ou dinâmica, entre os sintomas histéricos conversivos e os “transtornos de personalidade histérica”.

## histerias dissociativas



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 8.3. Histerias Dissociativas

Os sintomas clínicos mais comuns que caracterizam esses quadros dissociativos consistem em desmaiados, desligamentos, ataques do **tipo epilético**, **estados de “belle indifference”**, sensações de despersonalização e estranheza, estados crepusculares e, mais tipicamente, os conhecidos casos de **“personalidade múltipla”** (como aparece nas “Três Faces de Eva”, etc.). **Esses últimos casos devem-se ao fato de que diversas representações** distintas coexistem dentro do ego, dissociadas entre si, e que emergem separadamente na consciência de acordo com determinadas necessidades e circunstâncias. É comum que os portadores de transtorno dissociativo apresentem mudanças de comportamento, como uma súbita reação exaltada ou desequilibrada, por isso, este transtorno também é conhecido como histeria ou reação histérica.

Geralmente, o **(histeria dissociativa) transtorno dissociativo** costuma se manifestar ou ser agravado após eventos traumáticos ou de grande estresse, e costuma surgir de forma brusca. Os episódios podem surgir de vez em quando ou se tornarem frequentes, a depender de cada caso. Também é mais comum em mulheres do que em homens.

O tratamento do transtorno dissociativo no geral sempre é acompanhado por um psiquiatra e pode incluir uso de remédios ansiolíticos ou antidepressivos para aliviar os sintomas, e paralelo sendo muito importante a realização de psicoterapia psicanalítica.

## transtornos de personalidade histriônica



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 8.4. Transtornos de Personalidade Histriônica

Esta denominação refere-se a uma forma mais regressiva de histeria, sendo que as suas manifestações são muito mais floridas que as das “**histéricas**”, a ponto de alguns autores apontarem para um íntimo parentesco entre o histrionismo e os estados borderline.

Destarte, a menina estabelece uma equação de igualdade sincrética entre o seio e o pênis, de tal sorte que, quando ela crescer, vai envolver-se em comportamentos sexuais promíscuos e insatisfatórios, pois o pênis masculino que ela tanto almeja não passa de um fetiche do materno seio feminino, em uma busca interminável e sempre incompleta.

O termo “**histrião**”, na Roma antiga, designava os atores que representavam “farsas bufonas ou grosseiras”, de modo que, nas histerias, essa palavra alude àquelas pessoas que “representam” ser o que de fato não são, fingem, são falsas e teatrais, inclusive, são impostores na sexualidade, por meio de uma aparência de “**hiperfeminilidade**”, ou, no caso dos homens, de uma “**hipermasculinidade**”.

#### *Sintomas*

##### *Necessidade de atenção*

A pessoa com transtorno de personalidade histriônica fica tentando continuamente ser o centro das atenções e com frequência fica deprimida quando não é. Ela frequentemente é uma pessoa cheia de vida, dramática, entusiasmada e paqueradora e, às vezes, encanta novos conhecidos.



A pessoa com esse transtorno com frequência se veste e age de forma indevidamente sedutora e provocante, não apenas com potenciais interesses românticos, mas em muitos contextos, incluindo no trabalho e na escola. Ela quer impressionar os outros com sua aparência e, assim, frequentemente fica preocupada com o visual.

### Problemas com emoções

As emoções podem ser ligadas e desligadas rapidamente e, com isso, a pessoa pode dar a impressão de ser supérflua. Ao mesmo tempo, as emoções costumam ser demonstradas de maneira exagerada. A pessoa com esse transtorno fala de forma dramática, expressando opiniões fortes, mas com poucos fatos ou detalhes para dar respaldo às suas opiniões.

Alcançar intimidade emocional ou sexual pode ser difícil. A pessoa pode, frequentemente sem perceber, desempenhar um papel (por exemplo o de vítima). Ela pode tentar controlar seu parceiro usando sedução ou manipulações emocionais e, ao tempo, tornar-se muito dependente do parceiro.

### Outros sintomas

A pessoa com transtorno de personalidade histriônica é facilmente influenciada por outros e pelas tendências atuais. Ela é altamente sugestível. Ela tende a confiar demasiadamente nos outros, especialmente em figuras de autoridade que ela acredita serem capazes de resolver todos os seus problemas.

Ela frequentemente acredita que seus relacionamentos são mais próximos do que eles de fato são. A pessoa com transtorno de personalidade histriônica anseia por novidade e tende a se aborrecer facilmente. Assim, ela pode trocar de emprego e de amigos com frequência. Ela se sente muito frustrada com a demora em ser gratificada e, por isso, suas ações são frequentemente motivadas para obter satisfação imediata.

## 8.5. Personalidade Infantil (Transtorno de Personalidade Infantil) ou Psicoinfantil

Nos **“transtornos da personalidade do tipo histérico”**, do DSM III, os termos “personalidade histérica, histriônica ou psicoinfantil” aparecem virtualmente como sinônimos; logo, as pessoas portadoras de um caráter infantil-dependente aparecem aparentadas com a histeria, embora elas guardem características específicas. Dentre essas características, ***cabe destacar as seguintes:***

- a) O comum é a transparência de uma labilidade emocional difusa e generalizada.
- b) Contrariamente ao tipo “fáliconarcisista”, essas personalidades infantis costumam ser dependentes e submissas.
- c) Apresentam demandas regressivas, infantis, oral-agressivas.
- d) Uma conduta social inapropriada, com prejuízo do senso crítico.
- e) Os desejos exibicionistas têm um caráter sexual menor do que nas marcadamente histéricas, no entanto, podem descambar para os extremos de uma pseudo-hipersexualidade ou o de uma inibição sexual.
- f) A imitação prevalece sobre a verdadeira identificação; etc.

### 8.6. Características Próprias das histerias (para análise clínica)

Não existe propriamente uma especificidade perfeitamente circunscrita nas histerias, até mesmo porque, como vimos, existe uma diversidade de enfoques, nem sempre compatíveis entre si, porém vale afirmar que as diversas modalidades de histerias podem ser entendidas a partir das identificações de cada uma dessas pessoas, bem como da predominância das fixações, desde as narcísicas até as edípicas.

*No entanto, algumas características comuns, embora não exclusivas, podem ser assim sintetizadas:*

- A) A existência de uma **mãe histerogênica**, que provoca na criança sentimentos muito contraditórios porque ao mesmo tempo ela é dedicada, falsa, cobradora, carinhosa, ambígua, usa a criança como uma vitrine sua, para exibir-se aos outros, e projeta no filho culpas, responsabilidades e seus próprios aspectos históricos; enfim, provoca na criança um estado confusional, notadamente no que diz respeito ao sentimento de identidade.
- B) O pai, no caso das meninas, costuma ser simultaneamente sedutor e frustrador, permanentemente erotizando-as e permanentemente rejeitando-as. A confusão dos filhos pode aumentar no caso em que o pai é desqualificado pela mãe, já que “pai é alguém reconhecido como tal pela mãe, é aquele que tem autoridade e exerce a lei no seio da família”, o que nem sempre acontece nesses casos. As pacientes histéricas com frequência têm um pai insatisfeito com a esposa, que se voltou para a filha em busca da satisfação e da gratificação que não foi possível no casamento. **A experiência clínica comprova o quanto é frequente na mulher histérica que o pai era o seu centro do universo, enquanto a sua mãe restou desvalorizada, em um misto de amor e ódio.**

- C) Em relação à ansiedade existente nas histerias, além da clássica angústia de castração, todas as demais podem ser sintetizadas na angústia de cair em um estado de desamparo e de baixa autoestima.
- D) A tolerância às críticas e às frustrações, em geral, costuma ser muito baixa, vindo acompanhada por uma **labilidade emocional**, sugestionabilidade e uma alternância de idealização e obedecer a ordem dos outros significativos.
- E) Os mecanismos de defesa predominantes são todos aqueles que levam a algum tipo de **negação, como a repressão que Freud, nos primeiros tempos, apontava como sendo a única, além das demais formas denegatórias que, aos poucos, foram sendo descritas.** Um mecanismo defensivo particularmente importante, e algo mais específico das histerias, consiste em uma dissociação das representações internas, de forma que é bastante frequente que elas funcionem dissociadamente, ou seja, tal como se passa em um giro de um caleidoscópio, essas pessoas podem mudar subitamente de identidade. De forma análoga, também é comum que uma **pessoa histórica negue-se, conscientemente a praticar alguma atuação, mas inconscientemente (e “ingenuamente”) ela faz de tudo para que esse acting aconteça.**
- F) Em relação ao sentimento de identidade, **é bastante frequente a existência de um falso self (falta de autenticidade, insinceridade e um aparentemente inexplicável sentimento de falsidade),** assim como também existe uma certa confusão quanto ao gênero sexual e outros aspectos identificatórios (**“Sou mulher ou sou homem?; Sou criança ou adulto?; Sou hetero ou homossexual?, etc.”**). Um outro aspecto que complica a aquisição de um definido sentimento de identidade consiste no fato de que, como o histórico tem uma grande dificuldade em aceitar falhas e faltas, ele vai usar de todos recursos inconscientes (**apelo às fantasias, provocação de certos papéis nos outros, etc.**) a fim de conservar a crença imaginária de que ele continua sendo todos os personagens que habitam dentro dele, o que fica ainda mais complicado porque comumente as identificações são também feitas com figuras imaginárias.
- G) O vínculo do reconhecimento adquire uma enorme importância nas pessoas históricas, porquanto elas estão permanentemente pressionadas pelas suas demandas de obtenção de provas concretas de que são amadas, desejadas e reconhecidamente valorizadas. Igualmente, **há uma demanda por uma aprovação de suas teses narcísicas ou, muitas vezes, masoquísticas.** É tão intensa a demanda por um reconhecimento que, em algumas formas de histeria, transparece um egocentrismo e infantilismo, de modo que o outro significativo é utilizado unicamente como provedor das necessidades materiais e afetivas; assim como não lhes basta ter o amor da pessoa amada, exigem ser o centro da vida desta pessoa.

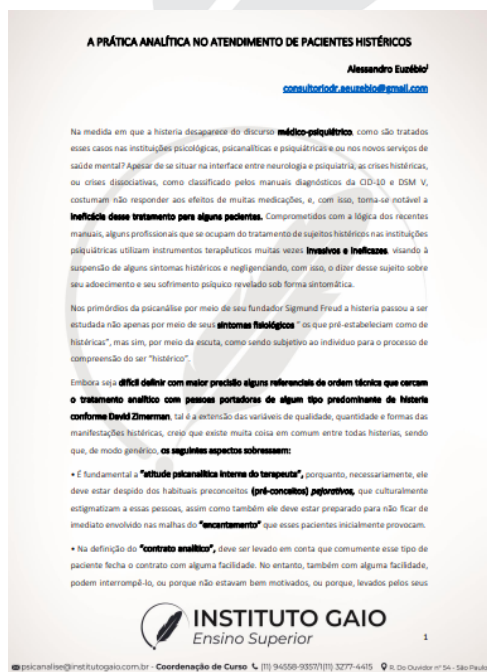
H) Em razão dessa alta vulnerabilidade da autoestima, as pessoas histéricas são presas fáceis de estados depressivos, especialmente a, assim chamada, “depressão narcisística”.

I) Para compensar esse permanente vazio existencial, buscam compensações na obtenção de *dinheiro, beleza, prestígio, glória, joias e de um consumismo exagerado*.

J) Destarte, o corpo adquire uma extraordinária importância para a pessoa histérica não só porque ela ficou hiperlibidinizada (*quase sempre por excessivos estímulos erógenos na infância*), mas também porque é por meio do corpo – uma forma de vestir, um sorriso enigmático, um olhar diferente, uma certa entonação vocal, alguma manifestação conversiva ou dissociativa – que a pessoa histérica pretende garantir a posse da pessoa desejada. A aparência externa do corpo também é levada a extremos (*muitas vezes, dissimulada por um extremo oposto de total desleixo*) porque é tão acentuada a desvalia dos autênticos valores internos que só resta o recurso da aparência externa como garantia de vir a ser reconhecida e valorizada.

9. PRÁTICA DE ATENDIMENTO ANALÍTICO COM PACIENTES HISTÉRICOS:  
(Artigo – INSTITUTO GAIO)

<https://www.institutogaio.com.br/wp-content/uploads/2020/03/A-PRÁTICA-ANALÍTICA-NO-ATENDIMENTO-DE-PACIENTES-HISTÉRICOS.pdf>



Clique no link para você ser direcionado para o artigo.

# depressões

(estados de melancolia em psicanálise)



## 10. DEPRESSÕES (e melancolia em psicanálise)

Atualmente não somente vemos nas redes sociais, como artigos em revistas, jornais e até campanha temos. Em nossa área de saber psicanalítico o tema relativo às depressões sempre teve um lugar muito importante, desde Freud até os teóricos modernos, uma aprofundada e crescente valorização e investigação a partir de múltiplos vértices de abordagem. **Temos então duas considerações a fazer conceituais, tais que diferenciam depressão de melancolia.**

Ambas apresentam sintomatologias semelhantes, como a perda da capacidade de amar, falta de interesse por si próprio ou atividades rotineiras, entre outras, sendo que **o principal fator que as diferenciam corresponde ao objeto específico do sofrimento**, pois na **depressão** tem-se algo que causou o comportamento tal sofrimento (exemplo o luto), enquanto na **melancolia** o sujeito não sabe ao certo o porque de tal sofrimento, não encontra-se um objeto ligado a isto. **Não fugimos da possibilidade então em psicanálise de afirmar que o sujeito que esta em depressão, está em um estado de melancolia.**

Sigmund Freud, **o pai da psicanálise, definia a melancolia** como um *árduo estado de desânimo, de desinteresse pelas coisas do mundo, incapacidade de amar, contenção na realização de qualquer tarefa, baixa gradual da autoestima, até alcançar um patamar de desejo de uma punição*. **Estes mesmos sinais estão presentes, segundo ele, no luto, exceto o desequilíbrio da autoestima.** O atual conceito médico da depressão usa dados mensuráveis para definir esse estado, como tempo de duração de sintomas.



Para a psicanálise, a melancolia é o **estágio mais extremo da depressão**. A apatia do melancólico é fruto da perda de algo ou de alguém, que precisa ser compreendida e superada, em um processo semelhante ao do luto. **A diferença é que, enquanto no luto a perda é compreendida, na melancolia ela é inconsciente: não se sabe o que foi perdido.**

### Voltando na conceituação dos casos de depressão:

Desta complexa rede conceitual, resultou um certo emaranhado teórico clínico, sendo que o presente capítulo pretende fazer uma síntese dos **fatores etiopatogênicos** que, de uma forma ou outra, isolados ou em combinação, em grau maior ou menor, são os determinantes das diversas modalidades de estados depressivos que se manifestam ao longo dos processos psicanalíticos.

Por outro lado, os conceitos aqui emitidos neste curso de psicopatologia psicanalítica não se prenderão ao rigor classificatório do DSM ou CID; antes, resultam de uma revisão de trabalhos psicanalíticos de distintas épocas e correntes de psicanálise, assim como, e principalmente, de uma elaboração de prática clínica por psicanalista do Instituto GAIO e referências.

### Conceituando Depressão

Uma primeira observação é que, diante do largo espectro clínico dos estados depressivos, torna-se indispensável que se reconheça a distinção que há entre melancolia, luto, tristeza, posição depressiva e depressão, a qual está sempre subjacente às diversas organizações neuróticas e psicóticas da personalidade. Neste capítulo, cada um destes termos designa um estado psíquico próprio e diferenciado entre si.

Assim, **tristeza** indica um estado de humor afetivo que pode estar **presente ou não nos estados depressivos**.

**Luto** corresponde a um período necessário para a elaboração da **perda de um objeto amado que foi introjetado no ego, sem maiores conflitos**.

**Melancolia** designa que a introjeção do objeto perdido (**por morte, abandono, etc.**) processou-se de forma muito **ambivalente** e conflitada. Essa **“sombra do objeto recaído sobre o ego”** (Freud 1917, p. 281) pode estar absorvida no próprio núcleo do ego e aí permanecer por toda a vida, assim se constituindo em um luto patológico crônico.

Posição depressiva é um termo de M. Klein (1934, p. 262) que expressa uma constelação de relações objetais e ansiedades que constituem um estado psíquico no qual prevalece a tríade: objeto total (integração das suas partes dissociadas) – assunção da responsabilidade e de eventuais culpas – presença de sentimentos de consideração e de intentos de reparação frente aos objetos. **Depressão subjacente às neuroses e psicoses refere-se ao fato de que todo indivíduo, em grau maior ou menor, é portador de núcleos melancólicos da personalidade.**

#### Depressão-melancólica

Por sua vez, a **depressão melancólica** – a que mais diretamente será aqui estudada – também apresenta uma ampla gama clínica de variações tanto quantitativas como qualitativas. Assim, é comum que tenhamos pacientes portadores de uma depressão crônica cujos sinais clínicos possam ser tão insidiosos e pouco aparentes que, muitas vezes, iludem o nosso conhecimento e, daí, que nem sempre merecem a devida valorização por parte dos psicanalistas. Em outro extremo, é sabido o quanto podemos confrontar-nos com bruscas e inesperadas irrupções de surtos melancólicos agudos, com sério risco de suicídio.

E assim por diante. Apesar dessa variação de forma e de grau das depressões, alguns de seus sintomas e sinais clínicos são de presença constante, como, por exemplo: **baixa auto-estima, sentimento culposo sem causa definida, exacerbada intolerância a perdas e frustrações; alto nível de exigência consigo próprio, extrema submissão ao julgamento dos outros, sentimento de perda do amor e permanente estado de que há algum desejo inalcançável.**

## depressão anaclítica (e melancolia em psicanálise)



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 10.1 Depressão anaclítica

Fala-se de depressão anaclítica quando um estado depressivo se inicia nos primeiros meses de vida. Ocorre em bebês entre os 6 a 18 meses de vida e deve-se a uma separação prolongada da mãe. Esta separação pode ter consequências irreversíveis na criança se não houver reencontros com a mãe após 3/4 meses de separação. Foi inicialmente estudado por René Spitz.

Em 1914, Freud (p. 107) estudou a “escolha narcisista do objeto”, juntamente com a escolha “anaclítica”, em cujo caso o indivíduo está em busca de alguém que venha a preencher um vazio de mãe original. Spitz (1965) estudou, desde a década de 50, a “depressão anaclítica”, a partir da observação de bebês que, quando eram separados de suas mães, entre o sexto e o oitavo mês, apresentavam uma sintomatologia que “assemelha-se de forma impressionante aos sintomas que nos são familiares na depressão adulta”.

Uma condição necessária para o desenvolvimento da depressão anaclítica é que, antes da separação, a criança tenha estado em boas relações com a mãe, pois foi observado que crianças que tinham história de negligências, maltratos, descuido, com suas mães não apresentavam sinais de Depressão Anaclítica, (SPITZ, 1991).

**Pode ocorrer, posteriormente, na infância, na adolescência ou na idade adulta, simplesmente pela existência de uma dependência emocional. Assim, quando os apoios são retirados surge a depressão, cria-se o que se chama um carácter "oral", o que significa que as suas necessidades infantis de ser carregado, aceite, de ter experiências de contacto corporal e calor não foram satisfeitas.**

Este colapso, às vezes, é tido como um retorno a um estado infantil, uma regressão e, com o tempo, muitas pessoas recuperam espontaneamente por terem a possibilidade de vivenciarem as experiências suprimidas. Alguns psicanalistas afirmam que todos os depressivos têm necessidades orais insatisfeitas. É o mesmo que dizer que estes sujeitos foram privados do amor da mãe ou da satisfação de um amor seguro e incondicional. Na pessoa adulta estas necessidades manifestam-se na inabilidade em ficar sozinho, no medo da separação, uma vulnerabilidade à separação e numa atitude dependente. O problema é que estas necessidades orais da infância não podem ser saciadas na vida adulta, pois nenhuma quantidade do que chamaríamos de substituição maternal pode dar à pessoa a segurança que ela não teve na infância. **O adulto deve procurar esta segurança dentro de si. Este vazio deixado por uma educação maternal ou paternal negligente não poderá ser preenchido na fase adulta pela busca incessante de atenção, admiração, mas somente através do autoconhecimento, da busca pelo amor ou pela dedicação a um objetivo de vida.**

# depressão por perdas

(e melancolia em psicanálise)



## 10.2. Depressões por perdas

Embora o termo “**perda**” seja muito abrangente e genérico, e de alguma forma esteja sempre presente nos demais itens de nosso esquema de classificação, justifica-se a sua especificação em razão de algumas singularidades.

Assim conforme David Zimerman essas perdas processam-se em três níveis:

a) **Perda de objetos necessitados** (e, ambivalentemente, amados e odiados). A essência dessa vertente depressiva consiste no fato de que a perda, real ou fantasiada, do objeto bom, amado e protetor, deixa o indivíduo entregue ao objeto mau que, de seu interior, o acusa, despreza, reduz a sua autoestima a níveis ínfimos e, sobretudo, deixa-o totalmente desamparado.

b) **Perda de objetos reasseguradores da autoestima do indivíduo**. Trata-se de pessoas que necessitam, de forma desesperada e compulsória, do reasseguramento de que são amadas e valorizadas. Para tanto, costumam estabelecer relações com pessoas que se prestem a tal papel e, no caso de perderem-nas, sentem a terrível sensação que é inerente a quem fica sem as imprescindíveis muletas.

c) **Perdas do ego**. Instala-se uma depressão reativa quando, por circunstâncias várias, há uma perda, súbita ou gradativa, das funções do ego, especialmente no tocante às que são encarregadas da adaptação ao mundo exterior.

Um exemplo claro disso é a conhecida “**depressão involutiva**”, a qual se refere a uma quadra da vida em que o indivíduo não somente perde objetos (aposentadoria; pais e amigos que envelhecem, adoecem e morrem; filhos que casam e saem de casa, etc.), como também há a perda de atributos do ego (por exemplo: prejuízo da acuidade visual ou auditiva, da memória, da beleza, do juízo crítico, da agilidade de raciocínio, da mobilidade e dos reflexos, e assim por diante). Assim, um jogador de futebol profissional é considerado um “velho” aos 30 e poucos anos porque ele perdeu algumas condições do ego (no caso, motoras) essenciais para aquele exercício profissional. **Ou por exemplo um professor que ainda novo, mas com problemas na fala não pode mais ministrar aulas.**

## depressão por culpas

(e melancolia em psicanálise)



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 10.3. Depressão por culpas

Afirmar que o **sentimento de culpa** é um acompanhante sistemático dos quadros depressivos é insuficiente para uma compreensão mais profunda do paciente deprimido. Essa insuficiência decorre do fato de existirem **muitos graus e tipos de culpas**.

Vale destacar as seis seguintes **fontes culpígenas, que são devido:**

- a) a um superego estruturado como sendo rígido, punitivo e todo-poderoso;
- b) ao ódio do ego contra o próprio id;
- c) às culpas imputadas pelos outros;
- d) à obtenção de êxitos;
- e) à descrença do ego em suas próprias capacidades reparatórias;
- f) à assunção das culpas de outros.

Cada uma destas eventualidades determina certa especificidade na manifestação do quadro clínico e do manejo técnico. Assim, os indivíduos portadores de um “**superego cruel**” estão



habitualmente protegidos por uma sólida organização obsessiva e são muito propensos à formação de quadros depressivos. Pode-se dizer que o self dos mesmos comporta-se como cenário de um permanente tribunal de julgamento em que uma severa promotoria induz o júri à aplicação da sentença de “culpado” pelo crime de transgressão (**pelo que fez ou pelo que deixou de fazer em pensamentos, sentimentos e atos**) e a conseqüente condenação a pesadas penas.

As manifestações clínicas são bem conhecidas, merecendo destaque as que se expressam pelas inter-relações de natureza sadomasoquista. No curso do processo analítico, esse tipo de superego pode ser um dos principais responsáveis pelo aparecimento da “**reação terapêutica negativa**”.

### Depressão em decorrência do fracasso narcisista

A relativa escassez de escritos psicanalíticos acerca da abordagem específica da “**depressão narcisística**” não faz jus à alta frequência e relevância da mesma.

Se tomarmos o referencial de Kohut – um reconhecido estudioso dos problemas do narcisismo – podemos considerar dois aspectos, por ele assim denominados:

- 1) o self grandioso (corresponde ao ego ideal, o qual, como sabemos, constitui-se no herdeiro direto do narcisismo original);
- 2) imago parental idealizada (corresponde ao ideal de ego, o qual resulta do próprio ego ideal projetado nos pais, acrescido das expectativas do próprio narcisismo destes) (Kohut, 1971, p. 21).

Nas depressões, a **perda do objeto afeta e modifica a subjetividade**; provoca um estranhamento no olhar de si mesmo e dos outros; um retraimento e um empobrecimento do ego, que denotam as intensidades da angústia.

Não há recusa da realidade, mas uma ferida da narcísica. O depressivo é atacado por muitos lados: **pelo objetal, pelo narcísico e pela ambivalência**. Trava uma batalha pulsional. No deprimido, ilusão e desilusão coexistem. Acredita na viabilidade de ser amado por alguém ou fica à mercê de nova frustração, nova desilusão. A desilusão exhibe um lamento, uma incerteza, a vulnerabilidade e o vazio de um ego assombrado por objetos internos escassos e falhos em termos de provisão narcísica. **A fala do desiludido alude a uma queixa contra aquele que foi incapaz de socorrer os primeiros pedidos. A alteridade é a causa da dor psíquica, da alienação de si mesmo, da angústia de não ser, da desintegração.**

A pessoa mostra um medo difuso, uma cicatriz em que coexiste uma imagem grandiosa de si mesma e uma intensa necessidade de ser amada e admirada. Ela demonstra dificuldade de reconhecer os desejos e os sentimentos dos outros. Fala em nome próprio, não quer formar ou manter vínculos por desesperança, ausência de projetos, carências que variam de acordo com as histórias e experiências vividas.

## transtorno depressivo maior (e melancolia em psicanálise)



### 10.4. Transtorno depressivo maior

Em psicanálise essa desordem se enquadra dentro de um **quadro de melancolia** quando se a pessoa **começa a ter quadros depressivos recorrentes ou mantém os sintomas de depressão por mais de seis meses com uma intensificação do quadro**, pode-se considerar que ela esteja passando por um **transtorno depressivo maior**. " Geralmente este quadro costuma iniciar-se mais tardiamente na vida, após os 30 anos de idade, é muito indicado o trabalho psicoterápico psicanalítico, em muitos casos o tratamento responde melhor com o tratamento em paralelo de medicamentos e acompanhamento psiquiátrico".

Normalmente o transtorno depressivo maior é um **quadro mais grave** e também tem grande **relação com a herança genética**. Nele há uma mudança química no funcionamento do cérebro, que pode ser desencadeada por uma causa física ou emocional. Por isso é importante encontrar a causa central dela, para que o tratamento seja mais efetivo, a livre associação muitas vezes neste quadro é mais difícil de ocorrer, neste casos o analista deve manter numa posição mais ativa de fala, de comportamento e de orientação do processo analítico, frisa o psicanalista Alessandro Euzébio.



## 11. PSICOSES (AS PSICOSES EM PSICANÁLISE)

A psicose implica um processo **deteriorativo das funções do ego**, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato **com a realidade**. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de **esquizofrenias crônicas**.

Para Sigmund Freud no caso da psicose, há uma regressão a um modo de funcionamento inconsciente, cuja consequência é tomar as **palavras como se fossem coisas**.

Psicose, ou uma desordem mental psicótica refere-se a qualquer estado mental que prejudica o pensamento, percepção e julgamento. Episódios psicóticos podem afetar uma pessoa com ou sem uma desordem mental propriamente dita. A pessoa que experimenta um **episódio psicótico** pode ter diversos sintomas, como **alucinações, paranoia, e até experimentar uma mudança na personalidade**, a ausência de realidade é uma parte fundamental no quadro psicótico.

De um modo geral, **o estado psicótico não é permanente**. O comportamento psicótico se difere do comportamento psicopata, **e episódios psicóticos raramente envolvem a violência associada como o comportamento psicopático**. Além disso, psicose também não é o mesmo que insanidade, que é descrição tanto médica, quanto legal para uma pessoa que não pode ser responsabilizada por seus atos.

Em essência, a principal **diferença entre neurose e psicose** é a forma em que elas afetam a saúde mental. O comportamento neurótico pode estar naturalmente presente em qualquer pessoa, ligado a uma personalidade desenvolvida. O comportamento psicótico pode ir e vir como resultado de várias influências. Os efeitos de alguns medicamentos podem causar episódios psicóticos, ou uma situação traumática que afeta o bem-estar psicológico de uma pessoa podendo desencadear o episódio. A distinção entre as condições ou distúrbios neuróticos e psicóticos é realizada através de uma avaliação psicopatológica por um psiquiatra ou psicólogo, bem como por um psicanalista por meio do viés psicanalítico o quanto segue, o psicanalista deste modo pode ser um profissional que pode tratar de sujeitos psicóticos, não abortando a possibilidade e a importância e muitos casos do acompanhamento dos sintomas com **medicação em paralelo a terapia psicanalítica**.

Quem trabalha com pacientes psicóticos precisa ter conhecimento aprofundado do tema, assim como vivência na prática clínica e/ou institucional. Por isso, primeiramente, será feita breve explanação sobre os elementos tipológicos estruturantes do psiquismo segundo Freud. Em seguida, serão apontadas as principais características que definem o indivíduo psicótico. Tais esclarecimentos nos fornecerão a base para compreender como se dá o funcionamento da personalidade psicótica.

Vamos resgatar o funcionamento do aparelho psíquico para a compreensão da psicose. Iniciamos falando sobre as três são as estruturas que compõem o psiquismo, **id, ego e superego**. O **id** é a única estrutura com a qual o indivíduo nasce. O **id** é um reservatório de energia instintiva. Dela se deriva as outras duas estruturas psicológicas, o **ego e superego**. O **id** consiste numa estrutura psíquica 'exigente', repleta de desejos e pulsões e não é influenciada pelas demandas do mundo exterior, ou seja, a realidade. O **id** é movido pelo **princípio do prazer**.

Já o **Ego** é direcionado para a realidade e busca a satisfação das necessidades através de meios aceitáveis socialmente; logo, o **ego** se opõe ao **id** em relação ao princípio do prazer, pois o ego atua de acordo com o **princípio da realidade**. Por fim, o **Superego** é a consciência, a censura. Essa estrutura da personalidade é formada pelas leis e pelos padrões da cultura na qual o sujeito está inserido.

Em psicanálise não se pode falar de psicose como uma categoria homogênea, vou adotar o critério de uma classificação, de base clínica, em três subcategorias:

- 1) *psicoses propriamente ditas;*
- 2) *estados psicóticos;*
- 3) *condições psicóticas.*

Veremos cada uma separadamente, mas antes portanto, vejamos que a psicose tem como **núcleo estruturante central** a prevalência do **princípio do prazer sobre o princípio da realidade**. Dessa forma, as funções do **ego são prejudicadas**, caracterizando o contato do indivíduo

psicótico com seu mundo externo como um ambiente restrito ao seu universo intrapsíquico, ou seja, um mundo só seu.

Freud, em 1924, em seu escrito *A perda da realidade na Neurose e na Psicose*, permite entendermos a psicose como um distanciamento do ego (**a serviço do id**) da realidade, com predomínio do id (**e não o princípio da realidade**) sobre o ego em si. Ele estabeleceu a existência de duas fases para o desenvolvimento de uma defesa psicótica diante um estímulo. Inicialmente, o distanciamento do ego para muito além da realidade do estímulo apresentado; em seguida, uma possibilidade de tentar reparar o dano provocado pelo distanciamento, por meio do restabelecimento dos contatos do indivíduo com a realidade que o cerca, mas à custa do id (SOARES e MIRÂNDOLA, 1998).

## psicoses propriamente ditas

(subcategorias das psicoses em psicanálise)



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 11.1 Psicoses propriamente ditas

Em relação a essas referidas psicoses, tal como elas são descritas na psiquiatria, é consensual que há uma evidente lacuna entre os profundos avanços de nossa metapsicologia e os limitados alcances de nossa prática clínica.

Com relação ao pensamento, no psicótico acontece o que podemos chamar de **clivagem**, isto é, o pensamento delirante primário não se reprime nem fica embutido, o que o possibilita agir com uma **normalidade aparente**. Como seu pensamento é prisioneiro, ele não possui o prazer de pensar nem liberdade e autonomia para elaborar novos pensamentos.

Por isso o psicótico tem dificuldade em criar metáforas (**conotações secundárias, no sentido figurado**); aquilo que ele escuta é interpretado de forma literal. Se um paciente psicótico ouve falar que a cabeça de alguém está "**cheia de lixo**", vai entender que o crânio dessa pessoa se



encontra repleto de objetos sujos. Pode ser que ele até fique angustiado por não poder retirar esse "lixo" de lá. O psicótico não tem capacidade de abstrair.

Assim, os poucos relatos de tratamentos realizados exclusivamente pelo método analítico clássico em pacientes com *esquizofrenias processuais*, por parte de renomados psicanalistas, como *Rosenfeld, Bion e Meltzer*, são de brilhantes resultados de investigação teórica, **mas de duvidosa eficácia clínica**.

Na atualidade, em nosso meio, a grande maioria dos psicanalistas preconiza, para tais pacientes, métodos alternativos, em um arranjo combinatório de múltiplos recursos, como, por exemplo, a simultaneidade do método analítico e o uso de fármacos, ou com outros meios, que serão referidos mais adiante. Uma vez delimitadas as diferenças diagnósticas e prognósticas, podemos estabelecer algumas características que são comuns aos pacientes psicóticos, havendo uma proporcionalidade direta entre a intensidade das mesmas e o grau de regressividade do ego. Neste capítulo, vamos ater-nos unicamente a três dessas áreas características: **a importância do corpo, a função cognitiva do ego e alguns aspectos específicos da prática clínica**.

### (1) Estados psicóticos

Abarcam um largo espectro, mas sempre pressupõem a **preservação de áreas do ego** que atendam a duas condições: uma, é a de que esses "estados psicóticos" permitem uma relativa adaptação ao mundo exterior, como é o caso dos *pacientes borderline; personalidades excessivamente paranoides ou narcisistas; algumas formas de perversão*, psicopatia e neuroses graves.

A segunda condição consiste no fato de que esses quadros clínicos possibilitam uma recuperação, sem sequelas, após a irrupção de surtos francamente psicóticos (**reações esquizofrênicas agudas ou episódios de psicose maníaco-depressiva, por exemplo**).

## transtorno de personalidade borderline

(limite entre a neurose e psicose)



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 11.2. Transtorno de personalidade borderline

A maior parte dos quadros que parecem ser neuroses “**muito típicas**” costuma ser de transtornos limítrofes (ou seja limite entre a neurose e psicose): as histerias graves, bizarras; as neuroses obsessivas que se limitam com a psicose ou certas fobias graves, com grande infiltração de pensamento delirante.

O transtorno de personalidade borderline é o uma desordem mental de personalidade mais frequente e está bastante relacionado a casos de **depressão e de uso de substâncias psicoativas e alta incidência de suicídio**. Pesquisas atuais mostram que nos estados psicóticos há a possibilidade de automutilação aparece em cerca de 80% dos casos. E as dificuldades nos relacionamentos sociais, a impulsividade e reatividade do humor podem levar a confrontos com a lei.

O Transtorno de Personalidade Borderline caracteriza-se por um padrão de **impulsividade e instabilidade** quanto a **relacionamentos interpessoais, à autoimagem e aos afetos**. Em alguns casos pode haver o desenvolvimento de alterações cognitivo-perceptuais e sintomas semelhantes aos de **psicose (ideias de referência, experiências hipnagógicas, alucinações transitórias e distorções da imagem corporal)**.

Para o psicodiagnóstico de **Transtorno de Personalidade Borderline** o DSM-IV exige a presença de cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

(1) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginário;

- (2) um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- (3) dificuldade quanto à identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou do senso de si mesmo;
- (4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por exemplo, gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, alimentação compulsiva);
- (5) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou comportamento automutilante;
- (6) instabilidade afetiva decorrente de acentuada reatividade de humor (por exemplo, episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando algumas horas e raramente mais de alguns dias);
- (7) sentimentos crônicos de vazio;
- (8) raiva descabida e intensa ou dificuldade para controlar a raiva (por exemplo, exposições frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);
- (9) ideação paranóide transitória, relacionada ao estresse ou a sintomas dissociativos severos.

Os mecanismos de defesa do ego mais utilizados são as defesas primitivas, centradas no mecanismo de clivagem. Para proteger o ego do conflito, recorrem à *idealização primitiva, identificação projetiva, denegação, controle onipotente e desvalorização*.

Zimerman (2004) destaca que no borderline a presença de sintomas de estranheza (**em relação ao meio ambiente exterior**) e de **despersonalização (estranheza em relação a si próprio)** estão intimamente ligados ao fato de que essas pessoas apresentam um transtorno do sentimento de identidade, o qual consiste no fato de que não existe uma integração dos diferentes aspectos de sua personalidade, e essa “não integração” resulta numa dificuldade que esse tipo de paciente tem de transmitir uma imagem integrada, coerente e consistente de si próprio. Zimerman destaca que esse tipo de estado mental decorre do fato de o borderline fazer uso excessivo da defesa da clivagem (**dissociação**) dos diferentes aspectos de seu psiquismo, que permanecem contraditórios ou em oposição entre si, de modo que ele se organiza como uma pessoa ambígua, instável e compartimentada. Tendem a sentir uma ansiedade difusa e uma sensação de vazio.

## condições psicóticas

(subcategorias das psicoses em psicanálise)



### 11.3. AS CONDIÇÕES PSICÓTICAS

Essa denominação, aqui, refere aqueles pacientes que, apesar de estarem **manifestamente bem adaptados**, são portadores de **condições psíquicas** que os caracterizam como potencialmente **psicóticos** e que, não raramente, no curso do processo analítico, podem apresentar episódios de regressão ao nível de **psicose clínica**.

Isso deve-se a uma acentuada presença dos assim chamados “**núcleos psicóticos**” (corresponde ao que Bion denomina como “**a parte psicótica da personalidade**”, que, como sabemos, não designa um diagnóstico psiquiátrico, mas, sim, uma **condição da mente**).

Esses “**núcleos psicóticos**” estão subjacentes às estruturas neuróticas rigidamente organizadas, como, por exemplo, as de **natureza obsessiva** ou **somatizante**, as quais funcionam como uma última e instável barreira defensiva contra a permanente ameaça de descompensação psicótica, diante de um incremento de ansiedade. **Cada uma dessas referidas três subcategorias, por sua vez, pode ser subdividida, conforme o grau de gravidade, em uma escala que vai de 1 (forma benigna) a 4 (maligna), sendo que, muitas vezes, elas tangenciam e superpõem-se umas às outras.**



## 12. PACIENTES SOMATIZADORES (PSICOSSOMÁTICA)

Antes de iniciarmos sobre esse assunto gostaríamos de informar que teremos mais aprofundado a disciplina de psicossomática. Desse modo vimos que na atualidade, em uma direção de extremo oposto ao da dicotomia, são muitos os estudiosos a opinarem que não existem doenças psicossomáticas e tampouco fenômenos psicossomáticos, porquanto a *“natureza humana é uma só”* e que qualquer tentativa de integração do psiquismo com o organicismo já implica uma prejudicial idéia prévia da existência de uma dissociação entre ambas.

Vários teóricos contemporâneo de psicanálise como *Christian Dunker, Jorge Forbes entre teóricos como David Zimerman incluem-se entre aqueles que*, embora reconhecendo a validade da essência desta última afirmativa, acreditam na necessidade de considerar, de forma particular, a existência de fenômenos específicos em que predominantemente fatores psíquicos desencadeiem quadros orgânicos, e vice-versa, sendo útil o conhecimento de cada uma das múltiplas configurações que as respostas **psicossomáticas podem assumir**.

A primeira vez que o termo **“psico-somático”** (exatamente com essa grafia, com um hífen nitidamente separador de psique e soma) apareceu na literatura médica foi em 1818, em um texto de Heinroth, clínico e psiquiatra alemão, no qual o autor buscava adjetivar uma forma particular de insônia, sendo que tal concepção foi fortemente atacada por parte do conservadorismo científico da época. Outras vozes tímidas apontavam para essa direção, sendo interessante consignar o alto grau de intuição de William Mottley que há mais de 100 anos, em *Fisiologia da mente*, escreveu: **“Quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os outros órgãos”**. Desde o final da década de 1940, o termo **“psicossomático”**



adquiriu essa grafia unificadora e passou a ser empregado como substantivo, para designar, no campo da medicina, a decisiva influência dos fatores psicológicos na determinação das doenças orgânicas, embora já admitindo uma inseparabilidade entre elas.

Para Lacan os estudos desse genial e polêmico autor, relativos à fase evolutiva do espelho, remetem a três noções fundamentais: a do “**corpo espedaçado**” (corps morcelé, no original), que designa uma sensação de que, tal como uma criança por volta dos seis meses de vida, o sujeito em estado regressivo é capaz de vivenciar o seu corpo como que feito de, ou em, pedaços dispersos. A segunda conceituação de Lacan, também oriunda dessa “**fase do espelho**”, corresponde à crença da criança de que ela **está alienada no corpo da mãe**, com ela ficando confundida corporalmente. Uma outra vertente muito importante descortinada por Lacan é a que se refere ao discurso dos pais na modelação do inconsciente da criança, sendo que esse discurso pode inscrever **significantes de natureza psicossomática**.

## o que leva a somatização ?



INSTITUTO GAIO  
Ensino Superior

### 12.1. ENTÃO O QUE LEVA À SOMATIZAÇÃO?

Por que algumas pessoas tornam-se **neuróticas, outras psicóticas, ou perversas, e outras, ainda, somatizam?** Não bastasse as três estruturas clínicas, mais uma estrutura?

A ciência ainda não encontrou uma resposta precisa e definitiva para essa importante questão. No entanto, é certo que a psicanálise não mais pode ignorar os inegáveis avanços de outros ramos científicos, como a biologia, psicologia experimental, neurologia, psicofarmacologia, psicoimunologia, e das neurociências em geral. Levando em conta todos os aspectos que até agora foram destacados no presente curso e à guisa de síntese, a psicanálise clínica e a de investigação fundamentam-se nas seguintes vertentes:

- (1) Toda e qualquer pessoa possui uma **“potencialidade somática”** (equivale ao conceito de **“complacência somática”, de Freud**) que, em determinadas situações emocionais, pode ser ativada e manifesta na corporalidade orgânica. Na atualidade, está se dando um grande relevo aos estudos provindos da psicoimunologia.
- (2) Um possível estancamento da libido, ligado aos conflitos da sexualidade edípica, continua sendo um fator considerável, porém muito longe do peso que lhe era atribuído nos primeiros tempos da psicanálise.
- (3) Igualmente, importantes são os elementos psíquicos da agressão sádico-destrutiva ligados à pulsão de morte que, quando fortemente negados, de alguma forma podem aparecer sob forma de distintas formas de somatizações.
- (4) A clássica concepção do **“modelo econômico”**, resultante do represamento quantitativo dos derivados pulsionais, ressurge parcialmente na psicanálise, especialmente na explicação de inúmeros quadros enquadrados no conceito de **“neurose atual”**.
- (5) É consensual entre os autores atuais que a gênese da predisposição psicossomática reside nas vivências emocionais, narcísicas e sensuais que **caracterizaram os primitivos vínculos do bebê com a sua mãe**.
- (6) Alguns outros autores, como Bion, vão mais longe e situam as raízes da sensibilização dos órgãos aos estímulos existentes no período **gestacional intra-uterino**, que também geram as primeiras inscrições no ego incipiente do ser humano.
- (7) Um claro entendimento do conceito de representações é indispensável para a compreensão das psicossomatoses.
- (8) Da mesma forma, **é relevante o papel das identificações**, nas múltiplas formas como elas aparecem no ego de toda pessoa.
- (9) Igualmente, importantes são as significações com que o discurso dos educadores, muito particularmente o da mãe, impregnam e modelam o ego da criança em relação à **relação do psiquismo com o soma**.
- (10) As pessoas que representam os acontecimentos psíquicos pela linguagem sígnica são mais propensas às somatizações, enquanto o inverso disso acontece com aquelas outras que atingiram a **capacidade de uma linguagem simbólica**.
- (11) Assim, acima de tudo, a moderna psicanálise atribui um papel de primeira grandeza para a compreensão dos **pacientes somatizadores** a uma incapacidade desses indivíduos em conseguir conter e poder pensar as suas experiências emocionais dolorosas, porquanto a

aquisição das capacidades de formar símbolos, a de pensar e a de conhecer, são funções que estão intimamente conectadas entre si, sendo que todas elas dependem de uma exitosa passagem pela posição depressiva.

(12) Essa condição de insuficiência para “pensar” (ler) os sentimentos e poder estabelecer uma devida comunicação entre eles, constituindo a base conceitual das modernas noções de alexitimia e de pensamento operatório que acompanham as **psicossomatoses**.



### 13. PERVERSÕES

Na atualidade, os autores discutem a adequação ou não do termo “**perversão**” para nomear uma determinada categoria de pacientes que apresentam uma série de características comuns e típicas entre eles, levando em conta o fato de que essa denominação tem o inconveniente de estar impregnada de “**pré-conceitos**”, especialmente os de **ordem moral e ética**, o que nem sempre faz jus à seriedade e à profundidade com que tais pacientes merecem ser **compreendidos e analisados**.

São tão múltiplos e diferentes os **quadros clínicos, sintomas, traços caracterológicos e manifestações no plano da conduta**, mais precisamente a da **sexualidade**, que a tendência atual é por uma preferência em conceber, englobar e designá-los como pessoas portadoras de uma **organização perversa** ou de **estrutura perversa**.

Ao se analisar a trajetória da perversão enquanto definição detém-se inicialmente à Medicina, que trazia uma visão patológica que a caracterizava como um “desvio”. Freud (1905), em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, remete à criança enquanto ser sexual e à sua característica perverso-polimorfa, que pode permanecer no adulto, trazendo também as neuroses como o “negativo” da perversão. A partir de 1919, Freud começou a relacionar perversão e o complexo de Édipo, o que trouxe contribuições para os estudos lacanianos da perversão enquanto estrutura psíquica. E em 1927, Freud inaugura “O Fetichismo”, que culmina na recusa (*Verleugnung*) da castração e nas divisões do ego.

As perversões não são bestialidades nem degenerações no sentido patético dessas palavras. São o desenvolvimento de germes contidos, em sua totalidade, na disposição sexual indiferenciada da criança, e cuja supressão ou redirecionamento para objetivos assexuais mais elevados — sua “sublimação” — destina-se a fornecer a energia para um grande número de nossas realizações culturais (FREUD, 1905, p.55-56).

## perversão como estrutura clínica



### 13.1. PERVERSÃO COMO ESTRUTURA CLÍNICA

A partir de 1919, Freud começou a relacionar perversão e Édipo nos textos "*Uma criança é espancada: Contribuição ao estudo da origem das perversões*", "*A dissolução do complexo de Édipo*", e "*A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade*". Nesses textos, ele procura responder a questão da perversão a partir da articulação entre o complexo de Édipo e o complexo de castração, o que proporciona um avanço considerável na solidificação dos seus estudos.

No entanto, é **Lacan** quem inaugura uma psicanálise na qual a perversão se coloca como um paradigma estrutural, mesmo que essa noção não admita uma só interpretação, trazendo o conceito de estrutura como um “conjunto de elementos que se constituem na relação, que são exclusivamente interdependentes e que se regem por determinadas leis que fazem parte de uma constituição interna”.

Freud fez duas formulações acerca da conceituação de “**perversões**”, que se **tornaram clássicas**:

- (1) a primeira é a de que a neurose é o negativo da perversão, ou seja, aquilo que uma pessoa neurótica reprime e pode gratificar somente simbolicamente através de sintomas, o paciente com perversão a expressa diretamente em sua conduta sexual. Essa conceituação não é mais aceita pela psicanálise moderna pois, acreditam os autores, a perversão tem uma estrutura própria.
- (2) Em uma segunda afirmativa, Freud diz que a **perversão sexual resulta de uma decomposição da totalidade da pulsão sexual em seus primitivos componentes** parciais, quer por **fixações** na detenção da evolução da sexualidade, quer por regressão da pulsão a etapas prévias à **organização genital da sexualidade**.

Este último aspecto permite uma importante diferenciação conceitual, qual seja: **separar as perversões sexuais em dois tipos de personalidades**:

- (1) Um se refere àquelas que apresentam uma **parte madura, que coexiste com uma parte imatura** (essa última corresponde à “*parte psicótica da personalidade*”, se utilizarmos a terminologia de Bion), a qual, diante de determinadas angústias intoleráveis, induz o sujeito a “**atuações perversas**” que são sentidas pelo sujeito como **egodistônicas**.
- (2) O segundo tipo diz respeito àquelas pessoas que conhecemos como “**personalidades imaturas**” (como nas *histerias com elevado grau de regressividade*) que, de forma **egossintônica**, atuam predominantemente com perversões.

Freud também concebeu que é necessário levar em conta a dois elementos, os quais tornam anormais na gênese, forma e fins das perversões:

- (1) a **qualidade dos impulsos sexuais** (como acontece nos casos de sadismo, masoquismo, exibicionismo, escopofilia e o travestismo);
- (2) E o objeto para o qual aquelas pulsões são dirigidas (**como nos casos de homossexualidade, pedofilia, zoofilia, necrofilia...**) nos quais, segundo ele, o objeto normal seria substituído por um outro antinatural. A etimologia da palavra “**perversão**” resulta de “*per*” + “*vertere*” (quer dizer: pôr às avessas, **desviar...**), o que designa o ato



de o sujeito perturbar a ordem ou o estado natural das coisas. Assim, os sujeitos com perversão consideram essas alterações como sendo boas e normais para a ética do mundo onde ele vive, o que implica em uma escolha, da qual ele é consciente, de uma conduta oposta a da normal, desafiando as leis, sabendo que com os seus atos ele ultraja a de seus pares e a ordem social.

Logo, de acordo com esse significado etimológico, o conceito de perversão foi estendido, por alguns setores, dentro e fora da psicanálise, para uma abrangência que inclui outros desvios que *não unicamente os sexuais*, como seriam os casos de perversões “morais” (por exemplo, os “proxenetas”), as “sociais” (neste caso, a conceituação de perversão fica muito confundida com a de psicopatia), as perversões “alimentares” (anorexia ou bulimia nervosa...), as “institucionais” (algum desvio da finalidade para a qual a instituição foi criada), as “do setting psicanalítico”, etc. Em resumo, no sentido amplo do termo, “perversão” pode ser conceituada como toda **subversão (inversão da ordem)** de relação interpessoal, de modo que em uma relação terapêutica analítica, por exemplo, a inversão da finalidade do objetivo contratado consiste no fato desse paciente (às vezes em um conluio inconsciente com o analista) não permitir que aconteçam modificações psíquicas verdadeiras.

### 13.2. Subcategorias (tipos) das perversões sexuais em psicanálise

**Fetichismo** - O objeto do amor deixa de ser a pessoa, transferindo-se para um objeto inanimado ou simplesmente uma coisa. Só nisso encontra prazer sexual.

**Exibicionismo** - É o desejo incontrolável de expor na presença do sexo feminino, o órgão genital; normalmente se masturbam em presença de outrem. A mulher encontra prazer sádico em usar roupas sumárias (mini-saias, decotes ousados, etc. para provocar o macho).

**Exibicionista Verbal** - É o que faz propaganda ou alarde do tamanho do seu órgão genital.

**Necrofilia** - É a compulsão (*desejo incontrolável*) de ter relações sexuais com cadáveres devido a uma atração irresistível, principalmente com mulheres recentemente sepultadas, não importando a idade. O necrófilo não consegue resistir nem dominar tão asqueroso impulso.

**Masoquismo** - Anomalia caracterizada pelo desejo de ser maltratada (a) como prévia condição de gratificação sexual. A flagelação estimulante pode ser infligida por si próprio (a) ou pelo parceiro(a), levando ao orgasmo (**prazer atingido**). A dor constitui a única condição de satisfação sexual.

**Sadismo** - É a prática que consiste em maltratar e até agredir fisicamente a(o) parceira(o), chegando até, em alguns casos, a **requintes de perversidade**. Somente assim o sádico encontra compensação **sexual (orgasmo)**.

**Sadomasoquismo** - É a tendência para o sadismo e o masoquismo simultaneamente.

**Infantilismo** - É a preferência para a prática sexual com parceiros de menos idade.

**Gerontofilia** - É a preferência incontrolável para a prática sexual com parceiros de muito mais idade.

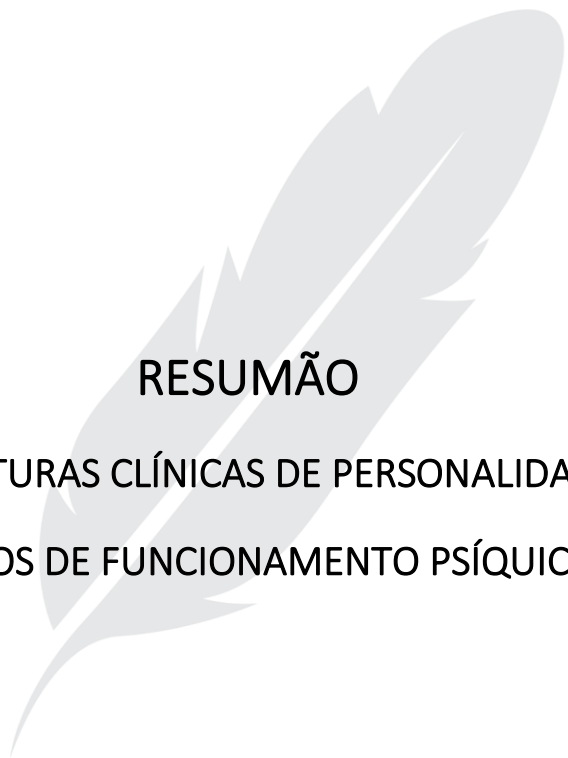
**Ninfomania** – É a paixão intensa, de caráter mórbido. A mulher não se satisfaz sexualmente com um só homem. Chega a sangrar os órgãos genitais, e não encontra prazer satisfatório e final.

**Narcisismo** – É o prazer com a admiração do seu próprio corpo ou imagem. O impulso sexual não se transfere para outras pessoas.

**Pedofilia** – É a atração sexual que o adulto tem por crianças. Deseja ter relações sexuais com elas, e as violenta compulsivamente.

**Pedolatria** – É o indivíduo que só encontra estímulo na concentração de seus impulsos sexuais em pés femininos ou masculinos, principalmente quando são anatomicamente perfeitos em casos de homens com desvio do objeto sexual pés másculos.

**Onanismo – Ou masturbação.** Podendo referir-se também ao coito interrompido. É a atitude de a pessoa friccionar o seu membro sexual, a fim de alcançar determinada satisfação. Tanto o homem como a mulher pode ser vítima da masturbação ou onanismo. Traz desgaste mental e físico, pela canalização excessiva de suas energias; debilita mentalmente, trazendo impotência em raciocinar, vergonha após o ato, e dependência, nas suas manifestações de extremas e fora de controle.



## RESUMÃO

ESTRUTURAS CLÍNICAS DE PERSONALIDADE  
(MODOS DE FUNCIONAMENTO PSÍQUICO)



## NEUROSE, PSICOSE E PERVERSÃO

- A psicopatologia psicanalítica procura descrever a posição subjetiva ocupada por um sujeito em certo momento (**experiência psicanalítica**)
- Refere-se às formas de ser e de sofrer dos sujeitos
- **CULTURA** se refere à dupla mãe-bebê, a família, ao pai, a escola, a um grupo, a uma civilização
- A criança vai passando por um processo de subjetivação quando passa pelo desenvolvimento sexual
- O sujeito adoce e se cura no campo da intersubjetividade (**laços sociais, análise**)
- O sofrimento psíquico decorre de como cada um interpreta o mundo e a si mesmo e o modo como se organiza ou se desorganiza diante disso
- A singularidade é uma forma de ser sintomática que se configura ao longo de um processo de subjetivação
- **PROTOFANTASIAS**: fantasias originárias que organizam a vida fantasmática, sejam quais forem as experiências pessoais dos indivíduos; são universais e constituem um patrimônio transmitido filogeneticamente. o Fantasia da cena primária, fantasia de sedução, fantasia de castração (localiza o sujeito em um mundo de sujeitos sexuados)
- **COMPLEXO DE ÉDIPO** é um divisor de águas (**Tem como herdeiro o SUPEREGO**)
- A estruturação da personalidade está na dependência da definição
- **MECANISMO DE RECALQUE DA CASTRAÇÃO**: próprio da neurose
- **MECANISMO DE REJEIÇÃO OU REPÚDIO**: próprio da psicose
- **MECANISMO DE RECUSA OU RENEGAÇÃO**: próprio da perversão

• **RECALQUE:**

- (1) o Mecanismo pelo qual o indivíduo procura manter conteúdos na instância inconsciente o É tanto mecanismo de defesa quanto destino pulsional o É um mecanismo espécie protótipo para outras operações defensivas o Sendo considerado um processo psíquico universal, na medida em que estaria na origem da constituição do inconsciente como domínio separado do resto do psiquismo.
- (2) **Recalque originário** serve para a fixação da pulsão (exemplo da primeira mamada);
- (3) **Recalque secundário ou propriamente dito** - alia a atração a uma repulsa por parte de outra instância;
- (4) **Retorno do recalçado** manifesta-se sob forma de sintomas, sonhos, atos falhos, esquecimentos;
- (5) **Na segunda tópica** o recalque é ligado à instância inconsciente do psiquismo (ID).
- (6) **Quanto mais desejo a criança tem pelos pais**, mais severo será o superego, pois precisa de muita energia para manter reprimido o desejo pelos pais.
- (7) **O superego** se funde no id. Ele é um representante interno.

• **COMPLEXO DE CASTRAÇÃO**

- (1) Traz resposta ao enigma posto a criança pelas diferenças anatômicas entre os sexos o
- (2) **ANGÚSTIA DE CASTRAÇÃO:** em uma série de experiências traumatizantes intervém igualmente um elemento de perda e separação de um objeto: seio, desmame, mãe, fezes, falo;
- (3) O fundamento da angústia da castração está na categoria de separação, de perda de um objeto narcisicamente valorizado. o Recalque da percepção das diferenças anatômicas entre os sexos.

• **COMPLEXO DE CASTRAÇÃO E COMPLEXO DE ÉDIPO**

- (1) Se a castração é reconhecida ela é recalçada e do complexo de Édipo o superego surge como herdeiro.

• **REPÚDIO DA CASTRAÇÃO**

- (1) O indivíduo rejeita o falo enquanto significante do complexo de castração, ficando no universo do simbólico não sendo integrado ao ics do sujeito como ocorre no recalque.



- **RENEGAÇÃO DA CASTRAÇÃO**

- (1) O indivíduo recusa a reconhecer a realidade de uma percepção negativa, ou seja, a ausência do pênis na mulher.

- **REJEIÇÃO X RECUSA**

- (1) A rejeição estaria ligada a um processo primário que compreende duas operações complementares: a introdução do indivíduo (processo de simbolização), em consequência disso, a expulsão para fora do indivíduo o Não simbolizar o que deveria ser (a castração) é uma abolição simbólica.

- **NEUROSE**

- (1) o Histeria, neurose obsessiva e fobias tem sua origem na dissolução do complexo de Édipo e o motor do recalque em todas elas são a angústia de castração;
- (2) No caso da histeria está em jogo da perda do amor;
- (3) No caso da fobia é a castração o Na neurose obsessiva;
- (4) Por meio do recalque, o ego suprime a pulsão oriunda do id.
- (5) O neurótico se distancia de um fragmento da realidade.
- (6) Neurose histérica: crise emocional é mais comum; somatização dos sintomas. Está em jogo o investimento somático do afeto que se transforma em um sintoma conversivo e esse sintoma funciona como uma parte análoga ao órgão sexual. O sintoma é inconsciente.
- (7) Na fobia há a conversão da angústia em um terror imotivado. Desloca-se a angústia à um objeto fóbico que será escolhido de acordo com a história do paciente
- (8) Neurose obsessiva tem origem num conflito psíquico infantil que se exprime por sintomas compulsivos.
- (9) Ideias obsessivas, compulsão a realizar atos indesejáveis, luta contra estes pensamentos e tendências, ritos esconjuratórios (**se eu não fizer isso... vai acontecer isso...**).
- (10) Modo de pensar caracterizado pela ruminação mental.
- (11) Neurose obsessiva do ponto de vista dos mecanismos: deslocamento, isolamento e anulação retroativa. Do ponto de vista pulsional: ambivalência de sentimentos, fixação na organização anal da libido, regressão. Do ponto de vista tópico: relação sadomasoquista interiorizada sob a forma de tensão entre o ego e o superego (superego muito severo).
- (12) Não recalca o afeto, mas há o isolamento do afeto que gera sentimento de culpa.

- **PERVERSÃO**

- (1) Predomínio da recusa, obstrução ao mecanismo do recalque, com a respectiva perturbação da trama edípica, o que favorece a confusão entre papéis e contornos sexuais: desaparecem as diferenças, limites e normas.
- (2) A criança se depara com as diferenças sexuais anatômicas, renega e neutraliza as diferenças: não aceita a castração.
- (3) A perversão é pensada a partir da divisão do eu (ou clivagem do eu)

(4) FETICHE é uma presença que substitui uma ausência, significando, portanto, a realização de um desejo, o que não coincide, mas é semelhante a alucinação do falo como ocorre na experiência psicótica de alucinação de desejos o Pares sadismo-masochismo/voyeurismo-exibicionismo

(5) A perversão existe tanto no homem quanto na mulher, mas não se distribui da mesma maneira entre os dois sexos no que se refere ao fetichismo.

- PSICOSE

(1) Na psicose há um processo **deteriorativo das funções do ego**, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato **com a realidade**

(2) **Há uma ruptura com a realidade:** a castração é a realidade que é preciso rejeitar e que se constitui como o protótipo de todo rompimento posterior com o mundo.

(3) **Esquizofrenia:** dissociação é o sintoma fundamental. Incoerência do pensamento, da ação, da afetividade. Afastamento da realidade e desdobramento de si mesmo. Predominância da vida interior. Atividade delirante mais ou menos acentuada e mal sistematizada. Caráter crônico, deterioração intelectual e afetiva, pode resultar em demência ou catatonia.

(4) **Melancolia:** estado depressivo profundo capaz de levar ao suicídio. Manifestações de medo e desânimo que podem adquirir o aspecto de um delírio. Psicose maníaco-depressiva, proveniente da melancolia.

(5) **Luto e melancolia:** Freud mostra que o trabalho do luto é um processo psíquico que se segue à perda de alguém amado ou alguma abstração que tomou seu lugar, e por isso, para liberar a libido do objeto perdido é preciso uma tarefa psíquica (não cai na prova).

- PSICOSE E PERVERSÃO

(1) Tanto na perversão quanto na psicose podemos falar de uma **patologia do ego**;

(2) **FETICHE X ALUCINAÇÃO:** a ausência na realização alucinatória de desejos é a de um objeto real, enquanto que no fetichismo é uma ausência vivida sobre a base uma presença ilusória o FETICHE = CRENÇA o PSICOSE = "TRANSTORNO" DA PERCEPÇÃO.

- NEUROSE E PSICOSE

(1) **No caso da neurose em um primeiro momento o ego se coloca a serviço da realidade**, procedendo ao recalque de uma moção pulsional. Entretanto, ainda não é a neurose em si, tendo em vista que a mesma provém do fracasso do recalque e não de seu sucesso, pois caso contrário não haveria efeitos no nível da cs como os sintomas (retorno do recalcado). Portanto, a perda da realidade é consequência não do recalque, mas do retorno do recalcado, que procurando de algum modo satisfazer a moção pulsional recalcada, acaba afastando o ego do fragmento da realidade que exigiu o recalque.

(2) Na psicose há um processo inverso. A perda da realidade é primária: um mecanismo análogo ao recalque arranca o ego da realidade total ou parcialmente.

(3) A rejeição se torna premissa da reconstrução do mundo efetuada pelo delírio. O delírio se encontra como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo. O delírio é uma tentativa de cura ou reconstrução de uma realidade que o desorganizou de algum modo.

(4) A alucinação tem função de fornecer percepções que tem função de fornecer percepções que correspondam a realidade a ser reconstruída na exata medida em que o acervo de registros da informação perceptiva anterior (memória) havia sido anulado pelo processo defensivo. Aqui vai assumindo o relevo de um substituto da realidade.

(5) Nos procedimentos neuróticos a tentativa de substituir a realidade indesejada por outra é possibilitada pelo mundo de fantasia. Esse mundo de fantasia cumpre uma função semelhante na psicose, mas a diferença está no fato de que o psicótico tenta impô-lo ao mundo exterior, enquanto que o neurótico contenta-se em refugiar-se nele para uma satisfação simbólica.

(6) A ruptura com a realidade se refere a que? Se refere à **castração (realidade de que é preciso rejeitar)**

• **PSICOSE, ÉDIPO E CASTRAÇÃO:** narcisismo e castração são dois conceitos estreitamente relacionados na determinação da psicose. É o efeito traumático da ameaça de castração que ameaça a integridade narcísica e aterroriza o sujeito. A psicose decorre de uma rejeição da castração e caracteriza-se por um retorno ao estágio narcísico. A psicose é entendida em um primeiro momento como fixação e regressão ao narcisismo e em um segundo como uma rejeição da castração.

• **PSICOSE E PERVERSÃO:** na psicose a criança não tem a possibilidade de se deparar com as diferenças sexuais anatômicas e portanto, não elabora psiquicamente a constatação das diferenças sexuais. O predomínio da recusa significa uma obstrução ao mecanismo do recalque, com respectiva perturbação da trama edípica, o que favorece a confusão entre papéis e contornos sexuais: desaparecem as diferenças, os limites, as normas.

• **PERVERSÃO:** a perversão num terceiro momento é associada à recusa ou renegação da castração e à noção de clivagem do eu.

(1) O fetiche se destina a preservar o pênis da extinção.

(2) O fetichista conserva uma atitude infantil ao perpetuar duas atitudes opostas: a recusa e o reconhecimento da castração na mulher que se ajustam à realidade

exterior e persistem lado a lado sem que uma anule a outra, o que é possível ao preço de uma fenda no ego.

- (3) Para Freud, a clivagem do ego é um mecanismo presente na neurose. A clivagem é uma cisão intrassistêmica.
- (4) A diferença do mecanismo de clivagem na psicose e na perversão diz respeito a uma diferença quantitativa: na psicose a maior parte do ego se desliga da realidade enquanto que na perversão coexistem...

- **PERVERSÃO, ÉDIPO E CASTRAÇÃO:** a recusa ou negação da castração implica a recusa da diferença, do outro, da alteridade.
  - (1) A fim de evitar os temores da castração, evita também o reconhecimento do papel do pai na cena primária. Constrói, por exemplo, o fantasma de uma relação sádica, em que o pai impõe dor à mãe, identificando-se ora na posição de um, ora na posição de outro.
  - (2) O perverso tende a ridicularizar a Lei paterna e para isso usará do desafio e sua consequente transgressão.
- **A LÓGICA ESTRUTURAL DO PROCESSO PERVERSO:** o desafio e a transgressão são as principais armas que o perverso usa no agir necessário ao desenvolvimento do seu gozo. Prioriza a lei paterna como limite existente, demonstrando habilmente no instante seguinte que talvez não o seja.

Obrigado!

Equipe Faculdade GAIO

**REFERÊNCIAS**

Zimerman, D. (2004), *Manual de Técnica Psicanalítica*, Editora Artmed, Porto Alegre.

Euzébio, Alessandro. As contribuições da psicanálise para os transtornos psiquiátricos. Revista Brasileira de Psicoterapia. 2015.

———. (2019) As contribuições da psicanálise para os transtornos psiquiátricos. Revista Brasileira de Psicoterapia. 2019.

Freud, S. (1923). Neurose e psicose. Obras completas. RJ: Imago, 1996.

Freud, S. (1905). Meus pontos de vista sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

———. (1912). Contribuições a um debate sobre a masturbação. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

———. (1914). Narcisismo: uma introdução. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

———. (1917). Conferências introdutórias à psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XV. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

———. (1923). Dois verbetes de enciclopédia. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

———. (1925). Um estudo autobiográfico. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

———. (1932). Novas conferências introdutórias. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XXII. Imago: Rio de Janeiro, 1969.

Tengan, S. K., Maia, A. K. (2004). Psicoses funcionais na infância e adolescência. Functional psychosis in childhood and adolescence. 2004.

Laplanche, J e Pontalis, J. B., (1967). Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1991