



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO: PSICOLOGIA

INTER-RELAÇÃO ENTRE SEXUALIDADE
NEURÓTICA E PERVERSA À LUZ DA TEORIA
FREUDIANA

LÍZIA MIRANDA LEITE

BRASÍLIA
JUNHO/2003

Lízia Miranda Leite

Inter-relação entre sexualidade neurótica e perversa à luz da teoria freudiana

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCeub- Centro Universitário de Brasília. Prof^a. orientadora Morgana de Almeida e Queiroz.

Brasília/DF, Junho de 2003.

Dedico este trabalho à Kátia Zacarias de Araújo,
pessoa que verdadeiramente me ensinou sobre
psicologia.

SUMÁRIO

Resumo	5
Introdução	6
Capítulo 1- Sexualidade infantil	8
Capítulo 2- Neurose	14
-Histeria	16
-Neurose Obsessiva	21
Capítulo 3- Perversão	24
Capítulo 4- Inter-relação entre sexualidade neurótica e perversa	28
Conclusão	34
Referências Bibliográficas	38

RESUMO

O presente trabalho pretende apresentar os principais fundamentos teóricos da abordagem psicanalítica freudiana necessários à compreensão da temática da sexualidade. Primeiramente discorre sobre a sexualidade infantil, onde se origina a definição da estrutura psíquica do indivíduo. Em segundo lugar, há uma exposição sobre os principais traços das estruturas neuróticas, principalmente no que se refere à sexualidade. A histeria e a neurose obsessiva são analisadas separadamente. No terceiro capítulo analisa-se a estrutura perversão, com o intuito de atingir o quarto capítulo, e tema principal: a inter-relação entre a sexualidade neurótica e perversa. Por fim, há uma conclusão que visa a reflexão sobre a utilidade de tal estudo na clínica psicanalítica.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa tratar da temática da inter-relação entre a sexualidade neurótica e a sexualidade perversa à luz da teoria freudiana.

Por meio de revisão bibliográfica dos escritos de Freud e autores que escreveram sobre suas teorias, procurou-se conhecer o que diferencia e o que assemelha o neurótico do perverso no que se refere à sexualidade, e qual é o limite do comportamento sexual que caracteriza um indivíduo como neurótico ou perverso.

Esse trabalho é de grande relevância para psicólogos da área clínica, para que possam compreender melhor o quadro clínico de seus clientes no que se refere à sexualidade que, na teoria freudiana, é o grande cerne do psiquismo humano e a base de todos os conflitos. Portanto, segundo Freud (1916), para se conhecer a dinâmica psíquica do indivíduo e poder ajudá-lo em análise, precisa-se conhecer também a sua dinâmica sexual. É importante que seja clara a compreensão da neurose, no que se assemelha à perversão, para auxílio no conhecimento das estruturas clínicas. O perverso raramente é alguém que procura uma terapia, mas o neurótico tem muitas queixas de fundo sexual, que derivam de suas fantasias perversas. Procura-se também, por meio desse trabalho, levar à reflexão sobre a dificuldade de se definir o que seria normal e o que seria perverso na sexualidade, inclusive sob o panorama cultural.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é expor o essencial da teoria freudiana para compreensão dos primórdios do desenvolvimento da sexualidade do indivíduo até a determinação de sua estrutura, e por fim esclarecer as diferenças e semelhanças entre duas das três estruturas conhecidas, a neurótica e a perversa, traçando um paralelo de correlação entre elas. É importante esclarecer que as estruturas a serem abordadas são as possíveis saídas para a sexualidade infantil, e que a psicose é também uma estrutura, mas que se define enquanto estruturação do eu, não enquanto saída da sexualidade.

Para atingir tais objetivos, o primeiro capítulo discorre sobre a sexualidade infantil, origem de todos os conflitos pelos quais o indivíduo passará por sua vida. Serão abordadas as fases do desenvolvimento, dentre as quais está a fase fálica, onde ocorre o complexo de Édipo, que determina a estrutura na qual o indivíduo se organiza

psiquicamente. No segundo capítulo é abordada a neurose, uma das estruturas possíveis de saída do complexo de Édipo. As duas formas de neurose serão consideradas, a histeria e a neurose obsessiva. No terceiro capítulo, a conceituação de perversão será explorada, outra alternativa de saída do processo edipiano. Por fim, o quarto capítulo explanará a inter-relação entre as duas estruturas já abordadas, ressaltando o que diferencia uma estrutura da outra no que se refere à sexualidade.

Capítulo 1: Sexualidade infantil

A presença da sexualidade na infância pode ser notada pela simples observação direta das crianças. Dessa maneira se iniciou o caso de análise infantil mais famoso de Freud, o caso do pequeno Hans (1909). Freud mantinha um grupo de estudos psicanalíticos, que se reunia nas reuniões de quarta-feira, quando ele requisitou aos membros desse grupo que observassem as crianças, para que tivessem dados. Então, o pai de Hans, que sempre se correspondia com Freud enviando dados de suas observações, um dia escreveu que não mais estava somente mandando dados de uma criança, e sim um caso clínico, pois seu filho desenvolvera uma fobia a cavalos. Freud supervisionou o pai de Hans por correspondência e algumas vezes eles se encontraram pessoalmente. Desenvolveram uma análise diferente, visto que o analista foi o próprio pai de Hans, e Freud só entrevistou pessoalmente duas vezes. A análise foi bem sucedida considerando que Hans superou sua fobia. Posteriormente a análise infantil sofreu várias modificações, derivadas principalmente de Anna Freud e Melanie Klein. E certamente o caso Hans foi o grande início e fez as maiores contribuições ao entendimento da sexualidade infantil.

Freud (1916), em alguns momentos de sua obra, enfatiza que nem sempre o termo sexual refere-se à genitalidade e à reprodução, haja visto que a criança desconhece a função reprodutiva, mas é provida de vida sexual.

A sexualidade infantil é caracterizada por auto-erotismo, por zonas erógenas e por pulsões parciais e caóticas, independentes entre si em seus esforços para obtenção de prazer. Essas características são observáveis nas fases de desenvolvimento que compõem a organização sexual infantil.

Inicialmente há a fase anobjetal, quando não há diferenciação do bebê com o mundo, ou seja, quando não há objeto.

Posteriormente, o bebê passa por sua primeira experiência de satisfação, quando não só a fome é saciada com a mamada, mas quando há uma fusão mãe-bebê. Fiori (1981, p.36) explica que “a criança incorpora o leite e o seio e sente ter a mãe dentro de si”. O prazer é tão intenso que erotiza a boca, e há a ocorrência de uma

experiência sexual. Segundo Freud (1916, p.318), “numa criança de tenra idade, os primeiros impulsos da sexualidade têm seu aparecimento ligado a outras funções vitais”. A princípio o bebê faz a sucção com o intuito de se alimentar, e descobre então uma experiência de prazer intenso, que ele passará a buscar sempre, dissociando esse prazer da intenção de se alimentar. Esse prazer é atribuído à excitação da boca e dos lábios, que passam a ser zonas erógenas, e é um prazer sexual.

Após a primeira experiência de satisfação, há a organização pré-genital, que recebe esse nome pois é um momento em que não há primazia dos genitais. Nesse período do desenvolvimento sexual infantil estão presentes três fases.

A primeira é a fase oral, iniciada pela já mencionada erotização da boca. A libido nesse momento está organizada em torno da zona oral. O bebê leva o que encontra à boca, reconhece o mundo através dela, e mesmo depois de mamar pode chupar o dedo ou chupeta. A criança passa a praticar a sucção em uma parte de seu próprio corpo, adquirindo assim independência do mundo externo para obtenção de prazer, e ainda passa a estimular uma outra zona erógena, como seu dedo ou sua própria língua. A partir disso compreende-se o auto-erotismo da sexualidade infantil, ou seja, a satisfação no próprio corpo. Segundo Fiori (1981), quando o bebê dirige amor ao seio é quando começa o desenvolvimento das relações objetais. Nesse momento as relações de confiança da criança estão dirigidas para a mãe.

A segunda fase da organização pré-genital é a fase anal, que ocorre no início do segundo ano de vida, quando a libido desloca-se da zona oral para a anal. É o momento em que no segundo e terceiro anos de vida a criança desenvolve o controle dos esfíncteres. Nesse fase, o auto-erotismo é também observável através do trato que as crianças têm com a urina e fezes. Elas conseguem fazer do ato de excreção uma fonte de prazer. Freud (1905) afirma que “as crianças que tiram proveito da estimulabilidade erógena da zona anal denunciam-se por reterem as fezes até que sua acumulação provoca violentas contrações musculares e, na passagem pelo ânus, pode exercer uma estimulação intensa na mucosa. Com isso, hão de produzir-se sensações de volúpia ao lado das sensações dolorosas” (p. 175). As crianças só conseguem renunciar a essa fonte de prazer em nome do reconhecimento social, ou seja, quando são estimuladas a usar o “troninho” ou quando defecar ou urinar em horas indevidas é

considerado vergonhoso. No início, sua atitude para com as fezes não é de vergonha ou nojo, muito pelo contrário. As fezes são compreendidas como sua produção e consideradas um presente que ela pode oferecer ou negar ao mundo, adquirindo assim um caráter muito simbólico. Nesse período inicia-se a internalização do proibido para a criança. Há uma autonomia maior, e a ligação afetiva é primordialmente dirigida para o pai. Freud divide a fase anal em duas etapas: a expulsiva e a retentiva. Na expulsiva, que ocorre com a eliminação das fezes, a criança aprende a assumir o domínio do controle do que quer que aconteça, e desenvolve o mecanismo da projeção. Na retentiva, que ocorre posteriormente, ela aprende a manter o controle para que algo não aconteça. A sexualidade está iniciando sua organização na fase anal, estruturada na dicotomia passivo-ativo.

A terceira e última fase é a fálica, quando a libido é direcionada para os genitais. Surge o interesse das diferenças sexuais entre meninos e meninas, e a masturbação torna-se freqüente. Nessa fase as crianças distinguem menino de menina pela presença ou ausência do pênis. Há a fantasia de que o clitóris é um pequeno pênis que ainda crescerá. Com o passar do tempo as crianças percebem que esse pênis não se desenvolve, e a mulher passa a estar na condição de castrada. A antítese dessa fase já não é mais passivo ou ativo, e sim masculino ou não masculino, pois o feminino não existe, o que existe é o castrado ou não-castrado. É nesse momento que Freud teoriza sobre a inveja que as mulheres têm do pênis, pois se sentem inferiores por não possuírem o "falo". É nessa fase que haverá integração de relacionamento da criança com o pai e com a mãe, uma relação não excluirá a outra, como nas fases anteriores. Haverá o triângulo de relacionamento pai-mãe-filho. Fiori (1981) explica que na fase fálica, a libido, por estar direcionada aos genitais, gera uma necessidade de descarga do acúmulo da tensão. É quando surge a necessidade de busca do objeto que permitirá a obtenção do prazer, que será um elemento do sexo oposto. Portanto o menino busca na figura feminina mais próxima de si seu objeto de atração sexual: sua mãe. Tal fato é conseqüência natural do processo, visto que o menino busca a satisfação na relação homem-mulher, sente que essa ligação será prazerosa, e sua mãe foi o suporte afetivo inicial e é a mulher de quem ele mais gosta. No entanto, a relação incestuosa é algo proibido e esta fantasia deve ser recalçada: inicia-se o Complexo de Édipo.

O processo edípiano masculino é diferente do feminino. No caso do menino, o pai entra na relação mãe-filho enquanto figura repressora, representante da lei, interditor do incesto que deve ser combatido no plano da fantasia. Ele torna-se uma figura ambivalente para o filho, pois ele ainda é uma imagem de amor e modelo, e agora também é o pior rival. Esse combate será realizado no plano real, onde a criança percebe que a mãe é parceira do pai, e mesmo não compreendendo o que acontece entre eles no quarto, ela fantasia que o pai realiza alguma coisa boa com a mãe, que lhe é interdito. Os comportamentos de combate do filho são observáveis, como o ciúme excessivo da mãe quando o pai se aproxima, com as frases que ele fala para a mãe, como por exemplo que quer casar-se com ela. O combate simultaneamente é realizado no plano da fantasia. A criança percebe-se mais fraca que o pai, e seu medo é dirigido para o pênis, que é o ponto de origem do desejo pela mãe. A castração seria o ataque que impediria a consecução de seus desejos. O temor da castração é o temor da perda do que o órgão fállico representa: poder, atividade, conquista. Segundo Freud (1923, p.196), “se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais”. A fantasia da castração é reforçada pelas ameaçadas declaradas que a criança ouve dos adultos, de que cortarão seu pênis fora caso elas não parem de manipulá-lo (atividade comum nessa fase, como já mencionado). Para enfrentar esse temor crescente, o menino desenvolve mecanismos de defesa, como a identificação, onde ele tenta se identificar com o pai para ter as mesmas chances com a mãe e não ter de temê-lo, o que será fundamental para aquisição de sua identidade masculina. No entanto, com essa medida, o desejo pela mãe é mantido, e o conflito ainda existe. Então o menino desenvolve outra defesa: a repressão do sentimento de amor sexual pela mãe. Mas a energia presente na atração sexual pela mãe precisa encontrar um escape, e outro mecanismo é ativado, a sublimação, através do qual a criança dirige sua energia para a construção intelectual e social.

O processo edípiano feminino, segundo Freud, também inicia-se na vivência da relação falos-castração, devido à crença de que o clitóris também é fállico, pois ainda crescerá. Quando a menina percebe que isso não acontece, passa a buscar a

conquista desse órgão valorizado, e então dirige sua afetividade para o representante fálico da família: seu pai. Portanto, há uma grande diferença no processo edípiano da menina e do menino: ela entra no Édipo por perceber-se castrada, enquanto ele sai do Édipo pelo medo dessa castração. A menina percebe o vínculo existente entre pai e mãe, e para conquistá-lo passa a se identificar com a mãe. Tenta imitá-la para atrair o pai, introjetando os valores femininos. Freud indica em seus escritos que faltam elementos confirmadores da teoria edípiana feminina, e por não possuir momentos críticos para sua solução (como o temor de castração para o menino), o Édipo feminino se estende pelo período de latência. Freud (1923) esclarece que a menina sente-se ameaçada a perder amor caso não renuncie ao pai. Acrescenta ainda que a menina só tolera a renúncia ao pênis com a tentativa de ser compensada ao receber um bebê como presente do pai, ela manterá o desejo de ter um filho do pai. O complexo de Édipo será então abandonado gradativamente uma vez que esse desejo jamais se realiza. Os desejos de ter um pênis e possuir um filho permanecerão no inconsciente feminino. Segundo Fiori (1981), a organização da sexualidade e identidade femininas é gradual, e haverá dois fechos importantes: o primeiro relativo à erotização da vagina, que permitirá uma renúncia à ativação clitoríca e o abandono da postura fálica inicial, e o segundo é a vinda de um filho como confirmação da fantasia básica da feminilidade: ser fértil. Freud enfatiza que a solução mais satisfatória afetivamente para a mulher é a vinda de um filho homem, pois em fantasia ela teria conseguido um pênis.

Ainda na fase fálica, completa-se a formação do superego, já iniciada na fase anal com a internalização do que é proibido. O superego anteriormente externo, passa a ser também interno à criança, desde que ocorreu a repressão da sexualidade e a introjeção da regra fundamental de existência do grupo humano: o tabu do incesto.

Por volta do sexto ao oitavo ano de vida, ocorre o período de latência, momento em que a libido é temporariamente deslocada de seus objetivos sexuais. Freud (1916) afirmou que “a maior parte das experiências e dos impulsos mentais anteriores ao início do período de latência agora sucumbe à amnésia infantil” (p.330). A energia sexual é canalizada para outras atividades: o desenvolvimento intelectual e a vida social da criança.

Após o período de latência, ocorre a entrada na fase genital, ou adulta. A função reprodutiva está caracterizada e a estrutura clínica do indivíduo definida, desde a resolução do complexo de Édipo. Três estruturas são possíveis após essa resolução: neurótica, psicótica ou perversa. Segundo Grandino e Nogueira (1987, p.87), “o ponto de referência nessa diferenciação é dado pela forma como se processa a castração simbólica realizada pela função paterna, isto é, a aceitação da Lei paterna.”

Capítulo 2: Neurose

Laplanche & Pontalis (1967) descrevem neurose como “afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem as suas raízes na história infantil do indivíduo e constitui compromissos entre o desejo e a defesa” (p.377).

Grandino e Nogueira (1987, p.86) citam que no Tratado de Psiquiatria, neurose é definida como “... má estruturação do ego, que não é capaz de exercer seu papel normal de filtro e de controle entre as exigências pulsionais (necessidades biológicas) e as exigências sociais (adaptação à vida prática)”.

Freud (1916) teorizou que os sintomas neuróticos surgem como uma forma de satisfação da libido, que quando está insatisfeita gera conflitos. A libido, em busca de satisfação, pode tomar o caminho da regressão, e retornar a um ponto de fixação do passado do indivíduo, onde houve prazer. Esse ponto de fixação surge de uma experiência de satisfação, onde uma quantidade de libido fica presa e não se desenvolve. Posteriormente, quando ocorrer uma frustração e a libido se encontrar insatisfeita, ela retornará a esse ponto de fixação.

O mesmo foi esquematizado por Freud (1916) para maior compreensão da causação da neurose, que seria a disposição devida à fixação da libido somada à experiência casual traumática do adulto. Esclarece ainda que a disposição a qual se refere é a constituição sexual (experiência pré-histórica) somada à experiência infantil.

A libido dos neuróticos está ligada às suas experiências sexuais infantis, e a catexia libidinal dessas experiências intensifica-se quando há regressão da libido, o que torna o quadro mais patogênico.

O sintoma é dotado de significação. Quando há regressão a um ponto de fixação, certamente ocorreu uma crise na vida do indivíduo que possui relação com fantasias e desejos recalçados. No entanto essa significação é desconhecida, pois todo esse processo ocorre a nível inconsciente. Fiori (1981) esclarece que “ao nível externo, apenas o sintoma aparece. A angústia do conflito não é vivida. O sintoma surge assim como um enigma, que simultaneamente atualiza, proíbe e encobre o desejo conflitivo” (p.49).

Segundo Freud (1916, p.367), “os neuróticos estão ancorados em algum ponto de seu passado (...) no qual sua libido não se privava de satisfação”. Sendo assim, o sintoma é uma forma infantil de satisfação deformada pela censura, transformada em sensação de sofrimento. Essa censura atua por meio da condensação e deslocamento. A condensação une vários desejos com intenção de mascarar o desejo em questão, e o deslocamento transfere a intensidade de afeto de um representante para outro, de maneira a causar confusão sobre o quê realmente está dotado de desejo. Através desses mecanismos, o desejo fica mascarado o suficiente, a ponto do sintoma não ter conscientemente nenhuma ligação com prazer, e sim com sofrimento.

Segundo Freud (1916, p.387), “uma pessoa somente adoece de neurose se seu ego perder a capacidade de diversificar, de algum modo, sua libido.” O enfraquecimento do ego torna difícil essa tarefa, e as exigências da libido aumentam, possibilitando o adoecimento de uma neurose. A libido, quando está sendo utilizada anormalmente, mantém os sintomas da neurose.

Freud (1916) enfatiza que nem toda causação da doença aponta para a vida sexual. Assim como em certos casos os sintomas neuróticos podem aproveitar uma doença somática patológica para expressar as fantasias inconscientes que estavam esperando uma oportunidade para emergirem.

Ainda sobre o sintoma, é importante acrescentar que ele acarreta ganhos secundários que por vezes o reforça. A doença pode tornar-se útil e adequada para o indivíduo.

Freud (1916) afirma que por meio da análise, partindo dos sintomas chega-se ao conhecimento das experiências infantis às quais a libido se fixa. No entanto, essas experiências nem sempre são reais, podem ser produtos da fantasia. As fantasias possuem realidade psíquica, e por isso não são menos importantes que os fatos reais. Freud (1916) salienta então que “no mundo das neuroses, realidade psíquica é a realidade decisiva” (p.370). As fantasias são uma forma de compensação da imposição da sociedade ao princípio da realidade, pois é muito difícil para o homem renunciar ao princípio do prazer. Nas fantasias o homem encontra fontes de prazer. As fantasias também são o lugar onde a libido mantém os objetos e posições prazerosas que teve de abdicar desde a infância. Quando a libido precisa retornar aos pontos de fixação

recalçados, basta retirar-se para as fantasias. Essas fantasias não entram em conflito com o ego, no entanto quando a libido desloca-se em direção a elas, a catexia de energia é de tal forma aumentada, que elas começam a fazer pressão no sentido de se tornarem realizadas. Então o conflito com o ego é inevitável, as fantasias ficam sujeitas ao recalque e portanto, ficam inconscientes.

Segundo Grandino e Nogueira (1987), a sexuação, resultante do conflito edípico, produz no imaginário narcísico do sujeito uma perda, uma exclusão: se é homem ou mulher. E além dessa perda, os autores explicam que surge uma tarefa: “cuida do teu desejo”. A partir dessa perda e a forma como o indivíduo lida com seu desejo, se inscreve a estrutura. E a neurose, enquanto uma estrutura, é subdividida em outras duas estruturas, considerando-se a sexuação: histeria e neurose obsessiva.

Histeria

Na histeria há uma tentativa de não levar ao fim a sexuação, estabelecendo-se, a nível inconsciente, a dúvida: homem ou mulher. Freud (1908) inclusive realizou um trabalho denominado Fantasias Históricas e sua Relação com a Bissexualidade, onde afirma que em numerosos sintomas históricos encontramos fantasias bissexuais inconscientes de caráter conflituoso. O histérico não consegue aceder a seu próprio desejo e se organizar em relação ao outro, pois isso significa assumir-se como ser sexuado e portanto, incompleto.

Segundo Nasio (1991), esse tipo de neurose se manifesta claramente nos sintomas somáticos, que não derivam de causa orgânica. Outro traço clínico dessa estrutura é também referente ao corpo, mas o corpo compreendido como sexuado. O corpo do histérico sofre por ser dividido entre a parte genital, que é anestesiada e atingida por inibições sexuais (tais como frigidez, ejaculação precoce, aversão sexual, impotência), e todo o resto não genital do corpo, que por sua vez, é altamente erotizado.

Freud (1901-1905) escreveu sobre um caso de histeria que teve a oportunidade de analisar, o caso de uma jovem de 18 anos, a quem ele chamou de Dora. Em meio a

descrições do processo analítico, ele enfatiza aspectos teóricos sobre a histeria. Afirma que considera, sem hesitação, um caso como sendo de histeria quando uma oportunidade de excitação sexual desperta para o sujeito sentimentos exclusivamente desprazerosos. Nesse texto, Freud muito contribui para o entendimento dos sintomas. Ele afirma que não só o sintoma corresponde simultaneamente a muitos significados, inclusive a realização de uma fantasia de conteúdo sexual, como o sintoma também expressa vários significados sucessivamente. Com o decorrer do tempo, o sintoma, se possível, tende a ser preservado, mas seu significado pode passar a ser outro. Para um sintoma ser produzido, muitas devem ser as condições necessárias, e por isso há uma tendência à sua conservação. Freud afirma que para a conversão acontecer, deve haver uma “complacência somática”, ou seja, uma disponibilidade do corpo para que uma excitação puramente psíquica possa transpor-se para o corporal. Tal complacência é tão rara, que o impulso para a descarga de excitação vinda do inconsciente se utiliza ao máximo das vias de descargas já transitáveis, ou seja, do sintoma já produzido. Assim, para o histérico, “muito mais fácil do que criar uma nova conversão parece ser a produção de vínculos associativos entre um novo pensamento carente de descarga e o antigo, que já não precisa dela” (p.58). Freud também afirmou no decorrer do caso Dora, que os sintomas só se formam quando se tem um modelo infantil para eles, ou seja, somente as lembranças de épocas posteriores não dispõem de força suficiente para se impor como sintomas.

Celes (1995) explica que complacência somática é a vulnerabilidade a que fica submetido o órgão para desenvolver sintomas, devido à conservação de sua erogeneidade, determinada por sua intensa ativação numa experiência de satisfação infantil.

O mesmo autor afirma que o que causa um distúrbio na esfera da sexualidade é a experiência excessiva de uma atividade de satisfação, é relativo à noção de quantidade. Na neurose o que repete a experiência de satisfação é o sintoma, que conserva a erogeneidade de uma parte corporal envolvida. A libido se utiliza de um estímulo orgânico, à princípio não-sexual, que se fixa e passa a expressar sexualidade ou excitação sexual, pois a significação é adicionada ao sintoma.

Resumidamente, o sintoma histérico se forma em três processos, segundo Celes. O primeiro que dá condições de fixação do sintoma, é o processo pelo qual a erogeneidade do órgão se conserva. Então acontece a complacência somática, e o terceiro processo é o travestimento que faz o estímulo e converte o sintoma em sintoma histérico, constituindo um sintoma com sentido.

Nasio (1991) diferencia três estados do eu histérico. O primeiro, Nasio denomina “eu insatisfeito”, devido à fantasia que o histérico mantém de que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz. Essa fantasia existe como forma encontrada de proteção ao perigo de viver a satisfação de um gozo máximo, tão forte que poderia enlouquecer. Portanto, enquanto o eu estiver insatisfeito, esse medo é atenuado. Cláudia Feres afirmou que tal gozo máximo é o mesmo que repetir a primeira experiência de satisfação, já mencionada no capítulo sobre sexualidade infantil (informação verbal). O segundo estado do eu histérico é o “eu histerizante”, que transforma a realidade concreta numa realidade fantasística de conteúdo sexual. Há transformação de situações comuns em sinais sexuais, que raramente serão seguidos de um ato sexual. O gozo do histérico é produzir esses sinais, que o fazem crer, e fazem o outro crer, que o ato sexual é desejado e será consumado. No entanto, o histérico deseja inconscientemente que a consumação do ato fracasse, e assim ele se manterá um ser insatisfeito. O terceiro estado do eu é o “eu tristeza”, afetado pela confusa realidade, meio real, meio fantasiada, que o faz permanecer estranho a sua própria identidade de ser. O histérico cria situações, encena dramas, e por fim percebe que tudo foi um jogo, e sente-se solitário. Já não se identifica nem com homem, nem com mulher, e sim com a dor da insatisfação.

Sobre a causa da histeria, Nasio (1991) discorre que Freud à princípio acreditava que uma experiência traumática de sedução sexual acontecia na infância, e a criança, imatura, não tinha consciência da superabundância de afeto sexual que a invadiria. Esse excedente de afeto, inassimilável pelo organismo, subsistiria, sendo o núcleo gerador dos sintomas histéricos. O autor explica que o trauma na verdade não é a agressão externa, mas o vestígio psíquico deixado pela agressão. Essa impressão é uma imagem altamente investida de afeto, que isolada pelo mecanismo do recalque, torna-se cada vez mais forte, e é considerada a fonte do sintoma histérico. Essa

sobrecarga de afeto é investida nessa representação psíquica traumática, e posteriormente é investida em outra representação. No caso da histeria, é investida no corpo. Ou seja, o excesso de energia passa do estado psíquico para o estado somático. O órgão escolhido para a representação somática será a parte do corpo que, no momento do trauma, foi mais intensamente percebida pela criança, não devendo necessariamente ser uma parte do corpo dela. Posteriormente, Freud considerou como desnecessário um real evento traumático para o surgimento de sintomas conversivos (somáticos). O próprio desenvolvimento sexual da criança é sede natural de uma tensão excessiva, denominada desejo. Cada experiência vivida na infância, no nível das zonas erógenas, tem o valor exato de um trauma. Ou seja, trauma já não é mais a idéia de algo externo, e sim um acontecimento psíquico carregado de afeto, centrado numa zona erógena do corpo que cria uma cena traumática, denominada fantasia. Nasio (1991), enfatiza que “todo trauma, seja ele real ou psíquico, se inscreve necessariamente na vida das fantasias” (p.38).

Celes (1995), sobre determinantes da histeria, afirma que não é qualquer experiência que tem caráter patogênico, mesmo que ela tenha atributos de um trauma. Afirma também que as influências análogas ao trauma, com efeitos patogênicos, devem ser ocorridas na infância. Os sintomas devem ser entendidos como reação particular do sujeito a essas influências, segundo um processo próprio de organização subjetiva.

Como já citado, Nasio (1991) afirma que o histérico sofre de uma hipererotização do corpo, exceto de seus genitais, o que resulta em uma aversão pelo coito genital. Os distúrbios provenientes disso, como a impotência e a frigidez, exprimem a angústia inconsciente do homem de penetrar no corpo da mulher e a angústia da mulher em se deixar penetrar. Há, portanto, um paradoxo: homens e mulheres excessivamente preocupados em erotizar todas as suas relações por um lado, e por outro lado eles sofrem, sem saber o motivo, por terem de passar pela experiência do coito genital com o outro. A histérica se oferece, mas não se entrega, não se permite experimentar o gozo tão ameaçador, e assim ela se mantém insatisfeita, que como já mencionado, é sua forma de proteção.

Conforme o autor, a sexualidade é vivida pelo histérico de três formas: sofrendo no corpo, porque o sofrimento dos sintomas somáticos é o equivalente psíquico de uma

satisfação orgástica; masturbando-se, porque esta atividade é preferida ao invés da relação sexual; e se dissociando entre a imagem de um ser hipersexual e a dolorosa realidade de um sofrimento vivido como anestesia genital.

Para o autor, a fantasia angustiante de castração é que domina a vida psíquica do histérico. No entanto, essa fantasia é uma proteção para se manter afastado do gozo ameaçador. Na fantasia de castração o ameaçado é o falo, na fantasia do gozo insustentável, a totalidade do ser é ameaçada. Portanto o histérico “escolhe” adoecer de uma fantasia angustiante ao invés de enfrentar o perigo de gozar. Realmente ele fica protegido desse perigo, mas essa fantasia de castração se transforma, através da conversão, em sintomas corporais, em perturbações da sexualidade e em dor da insatisfação. Dentro dessa fantasia, o que leva o homem e a mulher a se encaixarem na estrutura histérica tem diferenças. O homem, enquanto criança, temeu a castração durante a fase fálica, como já foi explicado no capítulo anterior. Ele sofre de uma angústia ante a ameaça da castração. Já para a mulher, a castração é um fato consumado, e o que resta nela é o ódio e o ressentimento para com a mãe. Mas nos dois casos, houve uma fixação na fase fálica, pois a criança não pôde ultrapassar psicologicamente esse estágio. Isso explica a incerteza sexual da qual o histérico sofre, pois, como já visto, nessa fase as reais diferenças sexuais ainda não foram apreendidas.

Segundo o autor, “quanto mais o histérico é indeterminado em sua identidade sexual, mais ele se apega ao seu falo e mais aumenta sua angústia, até se transformar em sintomas e sofrimento” (p.56). Por medo de perder o falo, o histérico “faliciza” todo o corpo, e se perde na confusão de não saber se é homem ou mulher. Para o histérico, ter o falo é ser o falo. É ser justamente o falo que faltava à mãe. O histérico permanece libidinalmente perturbado por não conseguir descarregar suas excitações, ele é um corpo falo que sofre pelo excesso de narcisismo e pela genitalidade zero. Penetrar, para o homem, ou ser penetrada, para a mulher, significa pôr em perigo esse falo superinvestido, que se fosse atingido, poderia desintegrar o corpo.

Dor (1991) considera uma característica marcante da histeria como sendo o falso semblante, ou seja, o estar presente sem estar presente. Isso quer dizer que “o desejo do sujeito está sempre presente mas sob reserva de se fazer representar onde não

está, delegando-se através do desejo do outro” (p.34). Dessa maneira ele se distancia de seu desejo, continua sem querer saber nada dele. Utiliza por vezes a estratégia de interrogar sobre o desejo do outro, com o objetivo de querer saber onde está o seu, alienando assim o seu desejo através do desejo do outro.

Neurose Obsessiva

Grandino e Nogueira (1987) explicam que enquanto o histérico mantém uma dúvida quanto à sua sexuação (homem *ou* mulher), o neurótico obsessivo mantém um paradoxo: homem e mulher. São pessoas que se movimentam em um campo de desejo muito limitado, pois o desejo é uma ameaça a essa impossível e frágil conjunção-homem e mulher. Portanto tornam-se pessoas rígidas, preocupadas com a seriedade, ansiosas, presas a códigos morais severos. Essa rigidez mantém sua estrutura paradoxal, a verdade deve ser vista como imutável, não se deve haver dúvida. No entanto, somente ao nível de estrutura a dúvida inexistente, pois enquanto sintoma, é justamente ela que aparece. O neurótico obsessivo duvida de tudo, de todas as maneiras. Então, no aspecto da sexualidade, ele muitas vezes duvida de sua potência e vitalidade sexuais.

Sobre os sintomas do obsessivo, Freud (1916) esclarece que eles servem como defesa aos desejos sádicos ou expressam a luta entre a satisfação e a defesa. E acrescenta: “a satisfação de tais desejos sádicos, contudo, também não sai perdendo tanto assim; obtém êxito, através de vias transversas, ao realizar-se na conduta dos pacientes, e se volta preferencialmente contra eles mesmos, e os torna auto-atrimentadores” (p.314). Por isso o obsessivo é atormentado por seus pensamentos e obrigações.

Freud (1916) afirma que na neurose obsessiva a libido regride para o estágio preliminar da organização sádico-anal, e esse é o fato mais marcante e decisivo para o que se manifesta nos sintomas.

No artigo O homem dos Ratos, Freud (1909) analisa um caso de neurose obsessiva, e explica muito sobre a dinâmica inconsciente dessa estrutura. Afirma que na histeria, as causas precipitadoras da doença cedem lugar à amnésia, mas na

neurose obsessiva o recalque segue outro mecanismo: o trauma, ao invés de ser esquecido, é destituído de sua catexia libidinal. Portanto é mantido consciente, mas torna-se desinteressante e considerado como sem importância pelo indivíduo. Por esse motivo, o obsessivo liga seus afetos a causas errôneas.

No mesmo artigo, Freud afirma que a relação amor e ódio é, para o neurótico obsessivo, uma característica marcante. O ódio é reprimido no inconsciente, o amor se opõe a ele, mas como os dois sentimentos têm força equivalente e estão vinculados, a consequência é uma paralisia parcial da vontade e uma incapacidade de decisão para qualquer ação da qual o amor deve ser a força motivadora. A dúvida, traço marcante dessa estrutura, é na verdade uma dúvida do seu próprio amor, que acaba por ser deslocado para algo insignificante. É também a dúvida que leva o indivíduo à incerteza sobre suas medidas protetoras, e assim à compulsão de repeti-las, com a intenção de afastar a incerteza. A compulsão é uma tentativa de compensação pela dúvida, e portanto, quando uma decisão é tomada, ela deve ser cumprida. Freud enfatiza que essa decisão não é a intenção original desse indivíduo, pois houve um deslocamento, mas a energia represada nessa intenção original usa desse ato substituto como descarga.

Segundo Freud (1909), os atos obsessivos tendem a se aproximar cada vez mais dos atos sexuais infantis de caráter masturbatório. Os atos de amor não se referem a outra pessoa, o objeto de amor e ódio, mas sim são atos auto-eróticos, tais como ocorrem na infância. Os pensamentos tornam-se sexualizados, porque o prazer sexual que está normalmente ligado ao conteúdo do pensamento vê-se ligado ao próprio ato de pensar, e a satisfação alcançada com a conclusão de uma linha de pensamento é sentida como uma satisfação sexual.

Zimerman (1999) afirma que no neurótico obsessivo há constante conflito entre as instâncias psíquicas isso e super eu. O eu sente-se submetido a um super eu tirânico, e ao mesmo tempo ele quer tomar uma posição contra esse super eu e dar vazão ao isso. Esse conflito gera os sintomas do obsessivo, sendo que a obsessividade pode manifestar-se de duas maneiras: passiva ou ativa. A passiva corresponde a fase anal retentiva, e a ativa a fase anal expulsiva.

Segundo o mesmo autor, a sexualidade, para os obsessivos, é encarada do ponto de vista da analidade. Como consequência disso há então cuidados excessivos com a limpeza, sentimento de ser propriedade ou ser proprietário do parceiro, controle do orgasmo, dificuldade em se soltar nas relações sexuais e “exagerados escrúpulos em utilizar os recursos orais e anais que uma sexualidade adulta permite” (p.204).

Nasio (1991) explica que enquanto na histeria o gozo supremo e ameaçador é convertido em distúrbios do corpo, na neurose obsessiva é deslocado para um desarranjo do pensamento. Explica ainda que a sobrecarga de afeto que é investida no corpo, no caso da histeria, é investida nos pensamentos do obsessivo, há um superinvestimento de uma idéia consciente, que se torna invasiva na vida do indivíduo. O autor, sempre fazendo um paralelo entre a histeria e a neurose obsessiva, afirma que na fantasia histérica a ameaça de castração “entra pelos olhos”, pois a criança fica horrorizada ao ver um corpo desnudo de mulher. Na fantasia obsessiva a ameaça “entra pelos ouvidos”, pois ouve a voz interditora do pai, que proíbe seu desejo incestuoso de ser realizado. De maneira que a zona erógena em torno da qual se organiza a fantasia obsessiva é o ouvido, e a angústia daí derivada se desloca para o pensamento.

Para finalizar sobre as neuroses, convém citar Nasio (1991) mais uma vez, que esclareceu que:

A fantasia de castração (...) é a fantasia que todo ser falante, neurótico ou não, teve necessariamente que encontrar e superar, e que, mais ainda, não parará de encontrar e superar. A especificidade dessa fantasia, no caso particular das neuroses, consiste na intensidade com que ela domina a vida do neurótico; essa vida é inteiramente organizada em função da angústia de castração, núcleo da fantasia (p.72).

Capítulo 3: Perversão

Ferraz (2000), citando a pesquisa feita por Chasseguet-Smirgel (1984), expõe em seu livro três momentos essenciais da teorização da perversão por Freud. O primeiro encontra-se nos Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade (1905), quando a neurose foi considerada o negativo da perversão. O segundo momento, encontrado em artigos como Uma Criança é Espancada (1919), relaciona a teoria do Complexo de Édipo com o núcleo das neuroses e da perversão. O terceiro momento, formulado no artigo Fetichismo (1927), considera a origem da perversão como sendo a recusa da castração.

No artigo “Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), Freud introduziu dois termos: *objeto sexual*, que seria a pessoa de quem provém a atração sexual, e *alvo sexual*, que seria a ação para qual a pulsão impele. A partir daí caracterizou desvios quanto ao objeto e quanto ao alvo sexuais. Quanto ao objeto considerou como desviante o comportamento dos invertidos, que são as pessoas cujo objeto sexual são outras do mesmo sexo, e não do sexo oposto. Quanto ao alvo sexual, Freud descreveu como alvo normal a união dos genitais no coito, que leva à descarga da tensão sexual e à extinção temporária da pulsão sexual. As perversões foram então consideradas de dois tipos: transgressões anatômicas (como uso sexual do ânus ou o fetichismo), ou excesso de demora nos atos preliminares ao coito, de maneira a substituí-lo (assim como o sadismo, o masoquismo, a escopofilia). Posteriormente, Freud (1916) usou outras palavras para esclarecer que as perversões quanto ao objeto ocorrem quando há substituição dos genitais de um dos parceiros envolvidos no ato sexual por alguma outra parte do corpo ou algum objeto qualquer; e as perversões quanto à finalidade ocorrem quando os desejos sexuais satisfazem-se em atingir aquilo que normalmente constitui apenas um ato inicial ou preparatório do ato sexual.

Zimerman (1999) afirma que Freud concebeu que é necessário levar em conta dois elementos: a qualidade dos impulsos sexuais, como nos casos de sadismo, masoquismo, exibicionismo, escopofilia e travestismo, e o objeto (antinatural) para o qual as pulsões são dirigidas, como nos casos de homossexualismo, pedofilia, zoofilia, necrofilia, etc.

Ainda nos Três Ensaio, Freud considera que a perversão resulta de uma fixação infantil num estágio pré-genital da organização libidinal.

Freud (1916) afirmou que todas as inclinações à perversão têm suas raízes na infância, e completa que “a sexualidade pervertida não é senão uma sexualidade infantil cindida em suas pulsões separadas” (p.316). Isso porque a sexualidade infantil, como já visto, é parcializada, assim como a do perverso. Freud considerava que uma atividade sexual é pervertida quando foi abandonado o objetivo da reprodução e permanece a obtenção de prazer como objetivo independente. A partir daí surge o conceito de perversão polimorfa, que se refere à perversão existente nas crianças, por obterem uma sexualidade onde inexistente a função reprodutiva. Laplanche & Pontalis (1967) complementam que “nessa perspectiva, a perversão adulta surge como a persistência ou o reaparecimento de um componente parcial da sexualidade” (p. 433). Ou seja, a perversão seria uma regressão a um ponto de fixação anterior da libido, localizado na infância. Ferraz (2000) resume que a perversão é “a manutenção da sexualidade infantil perverso-polimorfa na vida adulta” (p.27). É importante destacar que na infância, a perversão ainda é apenas uma potencialidade.

No artigo “Uma Criança é Espancada” (1919), Freud descreve a fantasia de espancamento infantil. Ele considera que a retenção dessa fantasia com o propósito de satisfação auto-erótica é um traço de perversão. Essa fantasia diz respeito, primeiramente, a uma visão de uma criança sendo espancada por um adulto. O adulto seria o pai da criança, mas não da criança que está sendo espancada. O significado dessa fantasia seria: “o meu pai não ama essa criança, ama apenas a mim”. Em um segundo momento, a criança passa a ser espancada pelo próprio pai, denotando um caráter masoquista. Essa fase da fantasia nunca se torna consciente, e tem um significado de punição, pela culpa que a criança (Freud referiu-se apenas à menina) sente por desejar o pai. Em um terceiro momento, o pai é substituído por outro adulto, e a criança que cria a fantasia não mais aparece. O significado passa a ser “o meu pai está batendo na criança, ele só ama a mim”, sendo que há uma ênfase na primeira parte, denotando sadismo.

Zimerman (1999) afirma que, nesse artigo, Freud estuda os sentimentos de culpa das crianças devido às fantasias incestuosas e atribui aos castigos físicos impostos

pelo pai, e erotizados pelo filho, a causa responsável pela gênese do masoquismo e da homossexualidade. Ferraz (2000) explica que o mesmo texto, além de incluir a influência do complexo de Édipo na etiologia das perversões, reforça a idéia da perversão como decorrente de uma fixação da libido. Um dos componentes da sexualidade se desenvolveria precocemente, e se afastaria dos processos posteriores do desenvolvimento, mantendo-se assim em sua forma infantil. Se esse componente passar por um processo de recalque, sublimação ou formação reativa, a perversão infantil não persistirá na vida adulta.

Segundo Ferraz (2000), no artigo “A Organização Genital Infantil”, de Freud (1923), há a configuração teórica do mecanismo da recusa, essencial à formulação ulterior da perversão. No artigo posterior, “A Dissolução do Complexo de Édipo” (1924), é tratada a ameaça de castração. A dissolução do Édipo seria o recalque, mas há uma outra saída: a recusa, um meio de contornar a realidade da castração, típica da estrutura perversa. Ferraz complementa: “o predomínio da recusa representa uma obstrução ao trabalho do recalque, com a respectiva perturbação da trama edípica, o que favorece a confusão entre os papéis e os contornos sexuais. Desaparecem as diferenças, limites e normas, visto que a função paterna fica enfraquecida e os impulsos incestuosos não encontram delimitação clara” (p. 34). Dor (1991) complementa o exposto, afirmando que “a negação do perverso baseia-se essencialmente na questão do desejo da mãe pelo pai” (p.129). Ou seja, o perverso quer acreditar que a mãe só tem desejo por ele, o que acaba por invalidar o papel do pai. Assim o perverso tem como característica fundamental a transgressão às normas, mas como afirma Dor, o que é fundamentalmente desafiado é a lei do pai.

No artigo “Fetichismo” (1927), Freud afirma que o fetiche é um substituto do pênis. Em especial do pênis da mãe, pois a criança fantasia que todos possuem um pênis, e ao perceber que a mãe/mulher não o tem, se depara com a realidade da castração. No mecanismo da recusa, segundo Ferraz (2000, p.35) essa “percepção é mantida, mas a afirmação inconsciente de que o pênis continua a existir faz com que a representação deste se desloque para um outro objeto, a saber, o fetiche.” Para reconhecer e negar, simultaneamente, a realidade da castração, há uma divisão do ego do perverso. Há uma atitude que se ajusta ao desejo, e uma que se ajusta à realidade.

Freud escreveu sobre isso no artigo Clivagem do Ego no Processo de Defesa, em 1940.

A partir dessa concepção, segundo Zimmerman (1999), foi possível o entendimento da constante dissociação da personalidade perversa, que funciona entre partes contraditórias como se estas fossem compatíveis.

O fetiche protege o indivíduo contra a ameaça de castração. Torna-se imprescindível ao gozo, por ser idealizado como objeto. Segundo Grandino e Nogueira (1987), o fetiche substitui e impede o acesso ao genital.

Os mesmos autores afirmam que imaginariamente o perverso se nega a aceitar a falta de pênis na mãe, e simbolicamente se nega a aceitar a falta, isto é, sua incompletude. Assim, o sexo não aparece como o limite de si e a busca do outro, e sim a justificativa de que nada falta. “Há um jogo do tipo ‘faz de conta que isso não existe...’, vamos nos amar como se fôssemos exatamente o que o outro necessita. Não há alteridade do Outro e sim um jogo de complementaridade: sádico-masoquista e voyeur-exibicionista, etc” (p.99).

Valas (1990) afirma que, segundo Freud, todo ser humano tem dois objetos sexuais originários: ele mesmo e sua mãe (ou a mulher que lhe proporcionou os primeiros cuidados). De maneira que as pessoas cujo desenvolvimento libidinal está perturbado (como os perversos) não escolheram seu objeto de amor posteriores sobre o modelo da mãe, e sim sobre o da sua própria pessoa, tendo feito então uma escolha de objeto narcísica.

Zimmerman (1999) ressalta a importância de se distinguir entre perversão e perversidade. Enquanto perversão alude a uma estrutura que se organiza como defesa contra angústias, perversidade refere-se a um caráter de crueldade. O perverso, enquanto estrutura, não busca primariamente a sensualidade, e sim esta pode ser usada como uma válvula de escape maníaca contra as ansiedades.

Capítulo 4: Inter-relação entre sexualidade neurótica e perversa

Freud, no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), explicou que muitas pessoas que aparentam ter conduta normal podem apresentar desvios quanto à vida sexual. E, por outro lado, quem apresenta desvios nas outras relações da vida costuma mostrar invariavelmente um fundo de conduta sexual anormal.

Freud (1916) afirmou que “um ou outro traço de perversão raramente está ausente da vida sexual das pessoas normais” (p.326). Por exemplo, até mesmo um beijo poderia ser considerado pervertido, já que consiste na junção de duas zonas erógenas orais ao invés de genitais. “Na medida em que as ações pervertidas se inserem na realização do ato sexual normal, como contribuições preparatórias ou intensificadoras, não constituem, na realidade, absolutamente perversões” (p.327). A essência das perversões está na exclusividade com a qual se efetuam os desvios ou do objeto ou do fim sexual, de maneira que o objetivo da reprodução é posto de lado. Em outras palavras, o perverso só se satisfaz quando há esses desvios.

Zimerman (1999) ressalta que Freud considera em sua teoria que a disposição perverso-polimorfa da sexualidade infantil é um estágio normal da constituição do ego da criança, e acrescenta que no adulto isso pode aparecer como um necessário elo que conduza o sujeito desde a sua neurose até a normalidade genital.

Ferraz (2000) explica que a perversão decorre da impossibilidade de a corrente genital da sexualidade impor-se sobre as demais, pois na infância houve uma fixação que elevou a corrente pré-genital à condição de eixo organizador da vida sexual. As fantasias perversas, portanto, são pré-genitais, mas as mesmas também existem nos neuróticos. Inclusive, a existência dessas fantasias desempenha um papel fundamental nos sintomas neuróticos. Segundo Freud, esses sintomas são substitutos da satisfação sexual, sendo essa satisfação também referente às necessidades sexuais pervertidas. Parte-se do princípio de que todos os neuróticos têm fantasias perversas, mas não as realizam, ao contrário dos considerados perversos. Segundo Zimerman (1999), o que o neurótico reprime e pode gratificar somente através de sintomas, o perverso expressa através de sua conduta sexual. E como afirmaram Grandino e Nogueira (1987), “as

fantasias sexuais que nos neuróticos precisariam ser interpretadas a partir do sintoma, no perverso assumem a forma de ato ou pensamento consciente” (p.95).

Ferraz complementa que se o recalçamento sobrevém sobre os apelos pulsionais, a neurose se estabelece. Mas nem sempre é assim, de maneira que nos perversos as fantasias pré-genitais são colocadas em prática, já que eles não se sujeitam ao recalque, como os neuróticos. O perverso não utiliza essas fantasias apenas como acessório para sua excitação, ele faz dessas fantasias o centro de sua vida sexual. O perverso pode ser o que o neurótico não encontra permissão para ser. Zimerman (1999) ressalta que o uso de práticas polimorfas, como carícias orais e anais, como meios sádios de gozo antecipatório ao coito pleno, sem propósito destrutivo, é bem diferente do uso dos meios pré-genitais exclusivamente, de maneira destrutiva e sem consideração pelo(a) outro(a), como um fim em si mesmo.

Freud (1916) supôs que há nos neuróticos algo que está a meio caminho das perversões, e afirmou que quando ocorre uma frustração real da satisfação sexual, as pulsões sexuais pervertidas tendem a emergir com mais intensidade que emergiriam se um obstáculo à satisfação não tivesse sido encontrado.

Freud (1916) afirma que a sexualidade pervertida é muito bem centrada, todas as ações se dirigem para um fim, e há uma organizada tirania: uma das pulsões assumiu predominância e submeteu as outras ao seu propósito. “Nesse aspecto, não há diferença alguma entre sexualidade pervertida e normal, a não ser o fato de que seus instintos componentes dominantes e, conseqüentemente, seus fins sexuais são diferentes” (p.327).

Em 1905, nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud escreveu que: *Na maioria dos casos podemos encontrar o caráter patológico da perversão, não no conteúdo do novo alvo sexual, mas em sua relação com a normalidade. Quando a perversão não se apresenta ao lado do alvo e do objeto sexuais normais, nos casos em que a situação é propícia a promovê-la e há circunstâncias desfavoráveis impedindo a normalidade, mas antes suplanta e substitui o normal em todas as circunstâncias, ou seja, quando há nela as características de exclusividade e fixação, então nos vemos autorizados, na maioria das vezes, a julgá-la como um sintoma patológico (p. 153).*

Também sobre a normalidade, Ferraz (2000) esclarece que “em linguagem psicanalítica, a normalidade implica a integração das fantasias primitivas e as atividades pré-genitais (sádicas, masoquistas, voyeuristas, exibicionistas e fetichistas, próprias da sexualidade infantil perverso-polimorfa) com as atividades genitais” (p.20).

Para Freud, existem três destinos para a sexualidade: a neurose, a perversão e a sublimação. Freud (1905), *apud* Celes (1995) afirma que “as perversões (...) são desenvolvimentos de germes, contidos todos eles na disposição sexual indiferenciada da criança (...) Portanto, toda vez que alguém, de maneira grosseira e manifesta, torna-se perverso, pode-se dizer mais corretamente, que permanece como tal: exemplifica um estágio de inibição do desenvolvimento”. Ou seja, há, na perversão, uma continuidade dos germes perversos da infância. Freud complementou essa explicação afirmando que todos os neuróticos têm inclinações perversas acentuadas, que foram recalçadas e tornadas inconscientes no curso do desenvolvimento. Por isso suas fantasias exibem o mesmo conteúdo que as ações dos perversos. Já na terceira saída possível da sexualidade, a sublimação, Celes (1995) afirma que os germes perversos não estão propriamente suprimidos, e sim desviados para realizações culturais.

Celes explica o sentido que Freud quis atribuir quando afirmou que a neurose é o negativo da perversão. “O sentido que Freud está empregando é como o negativo e o positivo de uma fotografia (...) O conteúdo da fantasia neurótica revela o que seria a atividade do perverso” (p.94).

Conforme o autor, a genitalidade genuína, citada por Freud como a genitalidade na qual o objeto sexual é o objeto genital, está presente até mesmo nos perversos. A indiferenciada sexualidade infantil e a genitalidade concorrem como duas forças. A sexualidade possui uma força própria que se dirige à realização da genitalidade, mesmo que isso não se cumpra segundo os padrões da sexualidade normal. Na neurose, a genitalidade concorre para a organização da fantasia, e na perversão, para os comportamentos. “Em outras palavras, a genitalidade concorre para o cumprimento e a manutenção, agora modificados por ela mesma, dos modos de satisfação infantil. Esses, por motivos acidentais e constitucionais, apropriam-se do modo de satisfação que definimos por genitalidade” (p.95). Sendo assim, a genitalidade está sujeita a caminhos que não o da sexualidade normal. “Esta pode ser recalçada e a genitalidade

se expressará segundo as determinações da fantasia do neurótico ou do comportamento manifesto do perverso” (idem).

Segundo Celes, Freud, por considerar intensos os germes da perversão presentes nos neuróticos, também considera então uma forte disposição homossexual na constituição dos mesmos. O autor então conclui que todos são portadores de diversos tipos de moções sexuais, qualitativamente diferenciadas (sexualidade genital, não genital, homossexual e etc.), cujas escolhas são determinadas pelas experiências vividas por cada um, segundo os mecanismos dos processos psíquicos conscientes e inconscientes. A inclinação do interesse sexual para o sexo oposto sucede o interesse pelo mesmo sexo, ou seja, há uma transformação da inclinação homossexual para heterossexual. Celes explica que “o objeto sexual característico da genitalidade não se impõe de maneira certa e natural, mas é resultado de uma elaboração, de um processamento, de uma transformação da sexualidade” (p.108). De acordo com o autor, é no Édipo que se encontram os fatores de transformação da sexualidade em direção à sexualidade genital.

Portanto, a principal relação que se faz entre a sexualidade neurótica e a perversa é a questão da presença ou ausência da atuação das fantasias perversas, existentes em ambas as estruturas. Essas fantasias, no caso dos neuróticos, não são realizadas conscientemente, mas encontram satisfação por meio dos sintomas. Freud (1905) *apud* Celes (1995) afirmou que “as forças impulsoras de sintomas histéricos não provêm somente da sexualidade normal recalcada, senão também das moções perversas inconscientes”.

Dor (1991), faz um paralelo sobre a relação do perverso e dos neuróticos com a mulher. Afirma que pelo fato de o perverso buscar negar a castração, ele tem duas saídas: a mulher vista como idealizada ou vista como repulsiva. O neurótico obsessivo tem uma atitude característica do perverso quanto a comportamentos estereotipados face às mulheres. Por haver sempre uma economia do desejo, ele idealiza radicalmente a mulher, fazendo com que ela seja um ser intocável e assim ele não tenha de reconhecer que a deseja. A mulher pode ser posta à distância como uma mulher proibida, pois é o próprio sujeito que tem de se proibir de saber que deseja, sob pena de se sentir comprometido. Como a mulher então é posta em uma espécie de redoma,

ela é rebaixada à condição de objeto de posse, e até mesmo de consumo. O obsessivo entrega-se a um culto de veneração à esse ser intocável, a idolatra, e coloca a mulher em uma péssima posição para ela, pois ela é destituída de desejo. Em troca de tudo lhe dar, não importa o sacrifício que isso signifique, ele só quer que ela não se movimente, não reivindique e nada peça. Mas essa mulher não está morta, e um dia a desordem acontece, ou seja, ela passa a desejar e a expressar-se como desejável sob o olhar do outro. A partir desse vacilamento, o neurótico obsessivo difere do perverso, pois não passa a ver a mulher como absolutamente repugnante, e sim passa a vê-la como um objeto que pode fugir, que pode ser perdido. E assim passa a fazer e a se submeter a tudo para tê-lo de volta. O autor inclusive complementa que “a fim de que o objeto volte para ele e não lhe escape mais, o obsessivo está disposto a se fazer mais histérico que um verdadeiro histérico” (p.124). O que importa é que a falta seja neutralizada, o objeto possa ser idealizado em sua redoma novamente, e assim o desejo de ambos seja asfixiado. Quando o desejo do outro aparece, o obsessivo é obrigado a lembrar da castração e da falta no outro.

De maneira análoga, o autor fala da relação do homem histérico com a mulher. A mulher é idealizada e posta em um pedestal inacessível. “Não se trata por isso de uma mulher erigida como virgem intocável e pura de todo desejo tal como é cultivado o fantasma do perverso. Também não se trata de uma mulher idealizada e venerada pelo obsessivo como um objeto asseptizado de todo desejo” (p.125). Ao contrário, a mulher idealizada do homem histérico é a mais desejável de todas, um objeto precioso para se valorizar, e é importante que esse objeto não transgrida a essa função. Enquanto a mulher for um objeto sedutor, o histérico não tem de se encontrar em situação de saber se tem o falo ou não, pois o falo torna-se essa mulher idealizada, sempre à disposição. Quanto mais o objeto for atraente a alguém, mais o histérico recebe inconscientemente a confirmação de que se cobiça o falo através dele. No entanto, o objeto deve ser muito desejável, mas não desejante demais, pois se ele deseja demais, há uma confirmação de que lhe falta alguma coisa. Quando acontece do objeto transgredir essa função idealizada, ele torna-se ameaçador, deve ser destruído e repellido. “Maltratar e destruir o objeto, para o histérico, é anular inconscientemente a falta da falta no objeto feminino” (p.127). Assim, o objeto não mais será visto como um objeto que o desafia a pôr à

prova a atribuição fálica. O objeto feminino no perverso é destinado a recusar a castração e manter sua conjuração, e no histérico, a mulher eroticamente investida é “o testemunho mais seguro da viscosidade de sua adesão à castração, cuja melhor prova de reconhecimento permanece ainda a falência sintomática de sua atribuição fálica” (p.129).

Conclusão

É muito difícil definir o que vem a ser uma sexualidade dita normal ou perversa. Principalmente ao se considerar as diferentes culturas existentes. Na Grécia antiga, o homossexualismo era uma regra do comportamento sexual, altamente valorizada e reconhecida. Nos países mulçumanos, até hoje as mulheres devem andar totalmente cobertas, mostrar qualquer parte do corpo é uma transgressão, enquanto nos países ocidentais as mulheres andam cada vez mais despidas. As diferentes culturas buscam se respeitar, mas não é necessário dar muitos exemplos para se ter uma compreensão de que dependendo do espaço geográfico, o conceito de perversão e normalidade pode mudar.

Inclusive os aspectos sociais, culturais e familiares estão intimamente relacionados com as necessidades, desejos e fantasias inconscientes da criança, que vão determinar seus pontos de fixação conflitivos. Sendo assim, será que determinada cultura poderia fornecer mais condições para o surgimento de perversos? Se observarmos a história de alguns psicopatas que existem, podemos averiguar que alguns neuróticos tiveram histórias similares, ou por que não, piores, e se estruturaram diferente psiquicamente. Portanto, há um componente individual importante na delimitação de uma estrutura.

Até que ponto a influência cultural pode gerar sintomas perversos nos neuróticos? Por exemplo, atualmente há grande divulgação de sex-shops, e as revistas femininas estimulam a masturbação e o uso de objetos para o descobrimento das zonas corporais de maior prazer. Todas essas práticas estão sendo vistas cada vez com mais naturalidade, podendo certas vezes dispensar o ato sexual em si, ou seja, a dois. Segundo a teoria freudiana, se não visa a reprodução e não é meramente uma prática preliminar ao sexo, se trataria de perversão. Mas será? Na época de Freud, como sempre, com certeza já havia a prática da masturbação, o que inclusive é considerada por ele uma grande fonte de angústia para o neurótico, mas nunca na história se foi tão difundida e aceita essa prática. Sendo assim, será que os neuróticos ainda podem ter como grande fonte de seus sintomas a masturbação? A utilização maciça dos objetos de sex-shops pode ser prejudicial? Essa utilização é “normal”, se a

sociedade passa a aceitá-la cada vez mais? Qual seria o limite de um comportamento tipicamente perverso e de um comportamento neurótico?

É importante frisar que a questão é sobre o comportamento perverso, não sobre a estrutura, que uma vez definida no indivíduo, é definitiva. Ou seja, os comportamentos sociais estão cada vez mais “perversos”. A alta valorização do sexo, sua busca descontrolada, a dissociação do afeto do ato sexual, a busca de quantidade de relações, ao invés de qualidade, com a intenção de enaltecer o ego (principalmente o masculino), poderiam ser considerados uma espécie de perversão, pois o outro está sendo usado como mero objeto. Fetiches estão sendo estimulados pelas propagandas, certas partes do corpo são mais valorizadas que outras, e as pessoas não são vistas como um todo, e sim como um belo par de seios ou um peitoral definido, etc. Então as pessoas se perdem na busca de um corpo perfeito, através de academias, roupas atraentes, cirurgias plásticas, silicone. Esses não seriam fetiches tipicamente perversos, e sim neuroses que se aproximam de traços sexuais perversos, mas que por isso mantêm uma culpa, mesmo que inconsciente.

Pode-se levantar também uma reflexão sobre como ficaria a personalidade histérica nessas condições atuais. Facilmente elas podem se perder na necessidade de serem cada vez mais atraentes e darem sinais sexuais, com essa alta concorrência. As mulheres podem também entrar numa busca incessante por um orgasmo, pois hoje em dia é muito valorizado, símbolo da independência, satisfação e feminilidade. Ela pode procurar todos os objetos das sex shops, pode até conseguir seu orgasmo, mas a satisfação nunca será encontrada. O histérico está mais preocupado com sua performance no ato sexual, em mostrar suas capacidades para conquistar o parceiro, pois essa é sua forma de obter prazer. Assim, se o outro se apaixona, o histérico terá o retorno para suas investidas. Como afirmou Nasio (1991), há uma necessidade de insatisfação como forma de defesa, para preservação da integridade, por medo de passar de novo por aquele gozo supremo e intolerável. Na histeria busca-se um amor idealizado e inexistente, busca-se o falo que sempre faltou e nunca será encontrado. A busca não é pelo ato sexual, que é algo literalmente desafetado. Há então um conflito de desejos, pois a sociedade impõe sexo casual, satisfação a qualquer custo, e na

verdade o desejo do ser histérico é encontrar esse amor idealizado. Qualquer conflito de desejos, ou o impedimento de um desejo, é fator desencadeante de sintomas.

E a personalidade obsessiva, como poderá estar sendo afetada pelo panorama cultural? Como visto, o obsessivo é um ser de dúvida, e essa dúvida é deslocada para o âmbito sexual, fazendo-o duvidar de sua própria potência. Com a distorcida imposição social da importância do sexo, pode-se supor que o obsessivo esteja se sentindo um tanto quanto pressionado. Podem estar sendo mais ameaçados pelo medo da impotência, e estar em um impasse complicado, pois ele tende ao controle do orgasmo e de seus comportamentos durante o sexo, e não é isso o que prega a sociedade. A sociedade estimula que se tenha orgasmos, se possível múltiplos, não importa como, nem com quem, como se fossem a maior forma de satisfação humana. Prega também que praticamente se saiba desempenhar todas as posições sexuais do Kama Sutra. Como o neurótico obsessivo, com dificuldades de se “soltar”, estar à vontade com o outro, pode ser capaz de tantas expectativas? Certamente a pressão pode tornar-se insuportável.

Todos os neuróticos têm um quantum de perversão. Na histeria a perversão é está presente na manipulação, através da sedução e da conquista. Na hora do ato sexual propriamente dito, a histeria volta a predominar, evitando-o, pois o prazer do histérico é a manipulação. Já na neurose obsessiva, a perversão está presente na agressividade.

Zimerman (1999) afirma que a compreensão da perversão se dá a partir da destrutividade que o sujeito estabelece em relação a si e ao outro, e não como uma forma de prática sexual que não se enquadra naquilo que é habitualmente considerado normal. Por exemplo, o ato homossexual não é desviante em si, mas sim quando deixa de ser uma variação da sexualidade adulta e se transforma em sintoma.

Pode-se supor que a grande utilização e aceitação de objetos masturbatórios não seria prejudicial enquanto não eliminasse por completo a necessidade do coito, do contato com o outro, do afeto. Se a satisfação sexual provier somente da presença de objetos, algum sintoma estaria caracterizado, haveria alguma distorção. Continua complicado definir o que seria normal ou anormal, mas é possível fazer uma avaliação disso baseada na dinâmica psíquica do sujeito, em sua história de vida, em sua

estrutura, em seus sintomas. É complicado querer postular uma regra para o que é ou não normal. Para ser possível uma compreensão desse tipo sobre um indivíduo, ele deveria estar em terapia. E, via de regra, o perverso não procura uma terapia, pois o que a maioria considera como comportamento sexual desviante, para ele não é um problema, não é questão. Afinal, ele realiza suas fantasias e fica satisfeito. Como afirmaram Grandino e Nogueira (1987), o sintoma do perverso é sua forma de gozo.

O perverso pode ser e fazer tudo o que o neurótico não consegue, devido às forças do recalçamento e ao terrível sentimento de culpa que ele sentiria caso se atrevesse a realizar suas fantasias. Todo ser neurótico tem seus traços e fantasias perversas. Como já visto, na infância todos são perversos polimorfos, e esses traços perversos não simplesmente desaparecem. Sendo assim, como afirmou Ferraz (2000), pode-se concluir que o perverso não é portador de uma aberração ausente nos outros seres humanos, mas ele simplesmente atua aquilo que se encontra, de forma latente e potencial, em todas as pessoas.

Mesmo o perverso raramente procurando uma terapia, é de extrema relevância que os psicólogos clínicos reflitam sobre essas questões, pois os pacientes neuróticos são muito freqüentemente perturbados por suas sexualidades. E, segundo a teoria freudiana, mesmo os problemas aparentemente de outra ordem têm fundo sexual.

Referências Bibliográficas

Breuer, J. & Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 2, pp.271-316). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893-1895).

Celes, L.A.M. (1995). *Sexualidade e Subjetivação: um estudo do caso Dora*. Brasília: UnB.

Dor, J. (1991). *Estrutura e Perversões*. (Patrícia Chittoni Ramos, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferraz, F.C. (2000). *Perversão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freud, S. (1996). Fragmentos da Análise de um Caso de Histeria. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 7, pp.26-116). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Freud, S. (1996). Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 7, pp.128-229). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Freud, S. (1999). *Análise de uma fobia em um Menino de Cinco Anos (O Pequeno Hans)*. (José Otávio de Aguiar Abreu, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905. Título original: *Analyse Der Phobie Eines Fünfjährigen Knaben*).

Freud, S. (1996). Notas sobre um Caso de Neurose Obsessiva. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 10, pp.139-215). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1909).

Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 16, pp.309-392). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1916-1917).

Freud, S. (1996). Erotismo Anal e o complexo de Castração. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 17, pp.81-194). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917-1919).

Freud, S. (1996). “Uma Criança é Espancada”. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 17, pp.195-218). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923-1925).

Freud, S. (1996). Organização Genital Infantil. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 19, pp. 157-161). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923-1925).

Freud, S. (1996). A Dissolução do Complexo de Édipo. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 19, pp.193-199). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923-1925).

Freud, S. (1996). Sexualidade Feminina. In Jayme Salomão (Org.). In *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 21, pp. 233-251). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1927-1931).

Grandino, A. & Nogueira, D. (1987). *Sexo ou Sexualidade- A visão da psicanálise*. Porto Alegre: L & PM.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1988). *Vocabulário da Psicanálise* (10ª ed.). São Paulo: Martins fontes. (Originalmente publicado em 1967. Título original: *Vocabulaire de la Psychanalyse*).

Nasio, J.-D. (1991). *A Histeria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Rappaport, C., Fiori, W. & Davis, C. (1981). *Teorias do desenvolvimento*. São Paulo: EPU.

Rappaport, C., Fiori, W. & Davis, C. (1981). *A Infância Inicial: o bebê e sua mãe*. São Paulo: EPU.

Rappaport, C., Fiori, W. & Davis, C. (1981). *A Idade Pré-escolar*. São Paulo: EPU.

Valas, P. (1990). *Freud e a Perversão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos- Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.