

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica**

**A FORMAÇÃO DOS SINTOMAS NAS CRIANÇAS**

**Mariana Luiza dos Santos Viegas**

**Belo Horizonte**

**2015**

**Mariana Luiza dos Santos Viegas**

**A FORMAÇÃO DOS SINTOMAS NAS CRIANÇAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Cassandra Pereira França

**Belo Horizonte**

**2015**

## **RESUMO**

O presente trabalho tem o intuito de compreender como ocorre a formação dos sintomas nas crianças, realizando inicialmente uma discussão sobre o que é o sintoma e como é formado a partir dos ensinamentos de Freud e, posteriormente, fazendo considerações acerca da formação dos sintomas nas crianças à luz da teoria lacaniana. Durante o estudo foi possível observar na clínica a influência das vivências infantis na formação dos sintomas, e também perceber como os sintomas das crianças respondem a questões que, de certa forma, são diferentes. Assim, a formação de sintomas na criança se dá ou por resposta àquilo que existe de sintomático na estrutura familiar ou como fantasma que funciona como objeto que tampona o desejo materno.

**Palavras-chave:** Angústia, Fantasia, Fixação, Sintomas, Sintomas da criança.

## **ABSTRACT**

This study has the intention to understand how there is the formation of symptoms in children, first conducting a discussion about what is the symptoms and how it's formed from Freud's teachings, and subsequently making considerations about the formation of symptoms in children in the light of Lacanian theory. During the study was observed in the clinic the influence of childhood experiences in the formation of symptoms, and also see how the symptoms of children respond to questions that in some way, are different. Thus, the formation of symptoms in the child is or response to what is symptomatic in the family structure or as a ghost that works like object that buffers the maternal desire.

**Keywords:** Anguish, Fantasy, Fixation, Symptoms, The child's symptoms.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>1 OS ENSINAMENTOS DE FREUD SOBRE A FORMAÇÃO DOS SINTOMAS .....</b>	<b>8</b>
<b>2 UMA LEITURA LACANIANA SOBRE O SINTOMA DA CRIANÇA.....</b>	<b>31</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>

## INTRODUÇÃO

Em épocas anteriores, as fases da vida não eram tão discriminadas como se observa atualmente, a infância, por exemplo, era reduzida ao tempo em que aquele indivíduo não tinha certa desenvoltura física, e logo que isso ocorria, ele era misturado aos adultos e participava de toda a vida social. Na idade média, a ideia de infância se vinculava à dependência e à submissão que era muito presente nas relações feudais.

As perspectivas começam a mudar a partir dos séculos XVI e XVII com o surgimento da burguesia e os novos ideais educativos, que começam a dar certa particularidade à criança, que acaba tornando-se “um objeto de especulação teórica e de práticas específicas, produzindo-se sobre ela uma multiplicidade de saberes” (Ferreira, 1999, p.23). As palavras “infância” e “criança” são frutos da Revolução Industrial e do individualismo moderno, pois, anteriormente, a infância era vista como uma fase de incompletude, e a criança como um ser sem preparo para a vida, cabendo ao adulto apenas lhe passar algumas lições sociais. Assim, os discursos que foram desenvolvidos sobre a criança tiveram seu lugar social definido de acordo com o momento sócio-histórico.

Ao longo do século XX, mesmo que o discurso continuasse enfatizando a imaturidade biológica e a necessidade de se “corrigir” os defeitos do desenvolvimento “natural”, a criança passou a assumir, cada vez mais, um lugar central na cultura. E, uma vez que a definição de criança continuou fazendo referência a “aquela que não trabalha ou aquela que não pode estabelecer um contrato social válido, porque não é considerada um ser comprometido com sua palavra” (Ferreira, 1999, p. 24), precisou ser criada uma legislação específica que, através de dispositivos jurídicos, não as considera como responsáveis pelos seus atos, precisando de que um terceiro fale por elas.

No entanto, para a psicanálise, o processo é compreendido de modo bem diferente, pois acredita-se que a criança tem plenas condições de expressar seus pensamentos, emoções e vontades, desde que haja um adulto preparado para compreendê-las. França (1999) enfatiza o quanto algumas técnicas de atendimento psicanalítico de crianças são calcadas no pressuposto de que os brinquedos são facilitadores das associações das crianças, possibilitando a elas expressarem suas fantasias, ideias e angústias. A técnica relacionada à análise do brincar, por exemplo, é

muito rica, pois permite a expressão de fantasias, desejos e experiências das crianças. No brincar, apesar da censura nunca estar completamente adormecida,

as crianças expressam claramente o desejo mais recôndito, com a maior tranquilidade, pelo direito que se dão de logo depois dizer “é de mentirinha” ou “é só brincadeira” – recurso de que a censura também se utiliza nos sonhos ao ser apanhada desprevenida. (França, 1999, p. 45).

A presença das crianças se faz constante nos consultórios psicanalíticos, e tal qual no caso dos adultos que procuram o analista quando estão infelizes sofrendo com algum sintoma, estes pequenos sujeitos também chegam ao consultório graças a um ou vários sintomas que, de certa forma, incomodam os pais a ponto de os levarem a demandar um alívio para aquele sofrimento. Pelo presente estudo pretende-se acompanhar os caminhos de formação dos sintomas nas crianças e que levam os pais a buscarem ajuda para aliviar a angústia deles e/ou dos filhos. Assim, no primeiro capítulo, estudaremos os caminhos da formação dos sintomas sob a ótica psicanalítica freudiana, e, no segundo capítulo, veremos a especificidade da sintomatologia das crianças.

## 1 OS ENSINAMENTOS DE FREUD SOBRE A FORMAÇÃO DOS SINTOMAS

Freud, em *Inibições, sintomas e angústia* (1926/1976), expõe que, no que tange à inibição, percebe-se que, essencialmente, ela não tem uma decorrência patológica, mas possui uma relação com uma função. Já o sintoma aponta para a existência de um processo patológico. Assim, uma inibição também pode ser considerada um sintoma. Neste sentido, vale avaliar as diversas funções egóicas visando a descobrir as formas com que as perturbações de tais funções apresentam-se nas diferentes morbidades neuróticas.

Não há dúvida de que existe uma relação entre inibição e angústia. Algumas inibições podem representar o abandono de determinada função devido à produção de angústia causada por sua prática. Assim, “a inibição é a expressão de uma restrição de uma função do ego” (Freud, 1926/1976, p.50), restrição esta que pode ter diferentes causas, mas que é regida por vários mecanismos que em breve serão discutidos.

Freud (1926/1976) afirma ter descoberto que a função egóica de determinado órgão fica prejudicada se sua significação sexual for aumentada. O ego, por sua vez, renuncia a tais funções adotando outras medidas de repressão a fim de impedir o conflito com o id.

Há também inibições que têm o intuito de autopunição, uma vez que não é permitido ao ego realizar determinadas atividades, pois elas acarretariam um ganho, sendo isto proibido pelo superego, e o ego não as realiza visando evitar um desentendimento com este. “As inibições mais generalizadas do ego obedecem a um mecanismo diferente de natureza simples” (Freud, 1926/1976, p. 51), pois quando ele se empenha em um trabalho psíquico difícil, há forte supressão de afeto, ou mesmo quando há um fluxo ininterrupto de fantasias sexuais que tem de ser conservado em equilíbrio, o ego perde grande quantidade de energia que necessita reduzir o gasto desta simultaneamente em outros pontos.

No tocante às inibições, podemos então, dizer em conclusão, que são restrições das funções do ego que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia, e podemos ver sem dificuldade em que sentido uma inibição difere de um sintoma. (Freud, 1926, p. 51)



No que concerne ao sintoma, este “é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional<sup>1</sup> que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão” (Freud, 1926/1976, p. 51). Ou seja, o sintoma surge como tal, quando o ego, ao perceber um impulso excitatório do id buscando satisfação na consciência, dá um “sinal de desprazer” e, com o apoio do princípio do prazer, alcança seu objetivo de repressão, uma vez que o ego obedecendo a ditames superegóicos recusa-se a realizar a satisfação de uma catexia pulsional. Desse modo, o ego consegue inibir ou defletir o curso do processo do impulso ativado no id devido à repressão, que ocorre através do ego, quando, por imposição do superego, ele rejeita integrar-se a uma catexia provocada no id.

Assim, através do processo de repressão, o prazer esperado da satisfação da catexia pulsional é convertido em desprazer, tal transformação ocorre uma vez que o caminho deste processo excitatório não acontece como pretendido, pois o ego o inibiu ou defletiu. O ego consegue executar isto devido à forte vinculação com o sistema perceptual, vinculação esta que institui sua essência e lhe permite a diferenciação em relação ao id. O sistema recebe excitações tanto internas quanto externas, e busca através das sensações prazerosas e desprazerosas orientar o rumo de tais excitações em consonância com o princípio de prazer.

Estamos muito inclinados a pensar no ego como impotente contra o id; mas, quando se opõe a um processo instintual no id, ele tem apenas de dar um sinal de desprazer a fim de alcançar seu objetivo com a ajuda daquela instituição quase onipotente, o princípio de prazer (Freud, 1926, p. 52).

A energia que é utilizada para enviar o sinal de desprazer – angústia – é retirada pelo pré-consciente, do próprio representante pulsional que será reprimido, pois o ego vê necessidade em retirar a catexia daquilo que é percebido como perigoso. No entanto, segundo Freud (1926/1976, p. 52), “o ego é a sede real da angústia”, e, assim, deve-se abandonar a ideia anterior de que a catexia do impulso do id é transformada em angústia, pois esta não é recriada na repressão, ela, a angústia, por sua vez, é

reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente. Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos. (Freud, 1926/1976, p. 52).

---

<sup>1</sup> Tradução modificada de “instintual” por “pulsional”.

Desse modo, Freud (1926/1976) pressupõe que há uma atuação de repressões primevas exercendo atração nas situações atuais, pois como ele afirma, o surgimento da angústia ocorre antes mesmo do superego se diferenciar.

Segundo o autor, a repressão pode incidir em duas situações distintas, uma quando há a provocação de um impulso instintual através de determinada percepção externa, e outra situação quando surge o impulso instintual internamente, sem nenhum estímulo.

Se, de algum modo, o ego alcançar seu objetivo de reprimir completamente o impulso do id, Freud (1926/1976) afirma que nada se saberá a respeito, pois só é possível obter conhecimento daquelas situações em que a repressão fracassou. Nesses casos, entende-se que o impulso instintual encontrará um substituto para sua satisfação, um representante que não é percebido como satisfatório, e no momento em que for “levado a efeito”, como a sensação de prazer será inexistente, restará a este a característica de uma compulsão. Desse modo, o processo substituto é coibido de aliviar-se por meio da mobilidade, e, mesmo isso não ocorrendo, tal processo é impellido a gastar-se quando realiza as modificações no corpo do próprio indivíduo, uma vez que ele não se transforma em atuação, pois o ego, durante a repressão, age de acordo com a realidade externa, impedindo assim que o processo substituto exerça qualquer influência sobre esta. Percebe-se, então, que

o ego controla o caminho para a ação, controla o acesso à consciência, durante a repressão exerce sua função em ambas as direções, atuando de uma maneira sobre o próprio impulso pulsional e de outra sobre o representante (psíquico) desse impulso. (Freud, 1926/1976, p. 53)

Freud (1926/1976) afirma que o ego é igual ao id, sendo somente uma parte distinta deste, mas se levado em consideração, esta parte em oposição ao conjunto, ou se de fato existir uma divisão entre tais instâncias, é possível notar a fragilidade do ego. Assim, no ato da repressão, o ego apresenta sua força, mas também sua impotência, assim como também mostra a impermeabilidade dos impulsos do id, pois o processo mental que, devido à repressão, tornou-se um sintoma, agora mantém-se fora da organização egóica e independente desta.

Muitas vezes ocorre um confronto defensivo em oposição ao impulso pulsional que é finalizado a partir da formação sintomática, mas de forma geral, há outra luta defensiva, pois inicialmente há a luta contra o impulso pulsional, contudo, ela se

estende a uma luta em oposição ao sintoma. Neste segundo momento, no entanto, o ego mostra duas faces contraditórias, pois ao mesmo tempo em que se contrapõe ao sintoma, busca uma tentativa de reconciliação por ser próprio de sua natureza, pois “baseia-se na manutenção do livre intercâmbio e da possibilidade de influência recíproca entre todas as suas partes” (Freud, 1926/1976, p. 55). Assim, é normal que o ego tente agregar e incorporar os sintomas à sua organização, mesmo que tal atitude já se encontre presente desde a formação do sintoma. Freud (1926/1976, p. 55) aponta que

tais sintomas participam do ego desde o início, visto que atendem a uma exigência do superego, enquanto por outro lado representam posições ocupadas pelo reprimido e pontos nos quais uma irrupção foi feita por ele até a organização do ego.

O ego então passa a agir aceitando a presença do sintoma, buscando retirar o maior lucro possível deste, “ele faz uma adaptação ao sintoma – a essa peça do mundo interno que é estranha a ele” (Freud, 1926/1976, p. 55). Assim, o sintoma, progressivamente, torna-se representante de interesses consideráveis, torna-se útil e estreitamente fundido ao ego, fazendo-se imprescindível a ele. Contudo, vale atentar ao risco de exagerar sobre esta adaptação secundária, e sobre a afirmação de que o ego criou o sintoma visando usufruir de suas vantagens.

Na paranóia e nas neuroses obsessivas, os sintomas tomam formas que se tornam muito valiosas ao ego, pois através deste, é possível obter uma satisfação narcísica, que não alcançaria de outra forma. Tais questões remetem ao que Freud (1926/1976, p. 56) denomina de “ganho (secundário) proveniente da doença”. Isto, por sua vez, vem para ajudar o ego a incorporar o sintoma e aumentar sua fixação.

As duas linhas de comportamento que o ego adota em relação ao sintoma estão, de fato, diretamente opostas uma à outra, pois a linha é de natureza menos amistosa, visto que continua na direção da repressão. Não obstante o ego, assim parece, não pode ser acusado de incoerência. Sendo de disposição pacífica, gostaria de incorporar o sintoma e torná-lo parte dele mesmo. É do próprio sintoma que provém o mal, pois o sintoma, sendo o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido, executa o papel do segundo; ele continuamente renova suas exigências de satisfação e assim obriga o ego, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e colocar-se em uma posição de defesa. (Freud, 1926/1976, p. 56).

A fim de demonstrar como as neuroses se formam, Freud (1926/1976) apresenta o caso do pequeno Hans para ilustrar a questão. De modo geral, o pequeno Hans foi acometido por uma fobia de cavalos, mais precisamente, temia que um cavalo o

mordesse, e não conseguia sair à rua, esta fora uma limitação imposta a si mesmo pelo próprio ego, visando evitar despertar o sintoma de angústia. Segundo Freud (1926/1976), na época deste sintoma, o pequeno Hans, encontrava-se “na atitude edipiana ciumenta e hostil em relação ao pai” (Freud, 1926/1976, p. 57), a quem amava. Desse modo, havia uma ambivalência afetiva dirigida ao pai, o que possibilitou a formação sintomática como solução do conflito existente.

Tais conflitos desta natureza são muito frequentes e podem apresentar outro desfecho, em que um dos dois sentimentos conflitantes, geralmente o da aflição, torna-se intensificado. A exacerbação e o caráter compulsivo da afeição apontam para o fato de que não é a única existente, no entanto, está sempre atento a fim de manter o sentimento antagônico suprimido, permitindo assim, postular a ação da repressão através da formação reativa. A princípio, não se percebe a relação existente entre o impulso pulsional reprimido do pequeno Hans e seu substituto, contudo, devido ao momento edípico vivenciado por ele, pode-se perceber que o cavalo foi o substituto do pai, pois por ele estar apaixonado por sua mãe, temia uma vingança por parte de seu pai. Desse modo, o medo por cavalos pura e simplesmente não é uma neurose, mas tornou-se como tal pelo deslocamento do objeto, uma vez que no sintoma a figura paterna foi substituída pelo cavalo. Devido a este deslocamento que esta fobia se transformou em sintoma e que “constitui o mecanismo alternativo que permite um conflito devido à ambivalência ser solucionado sem o auxílio da formação reativa” (Freud, 1926/1976, p. 58). Desse modo, o conflito da ambivalência é contornado por um do par de impulsos conflitantes que são encaminhados ao objeto substituto.

Freud (1926/1976) expõe seu desapontamento em relação ao caso do pequeno Hans, pois aquilo que constitui a formação dos sintomas foi aplicada apenas a um representante e correspondia à pulsão desagradável. Pensando juntamente em outros casos que analisou, Freud (1926/1976) aponta que “a ideia de ser devorado pelo pai é típica do material infantil consagrado pelo tempo. Ele possui paralelos na mitologia (por exemplo, o mito de Cronos) e no reino animal” (Freud, 1926/1976, p. 59). Desse modo, o autor afirma que tal questão refere-se à “substituição do representante psíquico por uma forma regressiva do impulso genitalmente orientado no id” (Freud, 1926/1976, p. 59). Assim, pode-se perceber que a repressão não é a forma exclusiva pela qual o ego emprega sua defesa em oposição a um impulso pulsional. No entanto, algumas vezes, após forçar a regressão da pulsão, o ego começa a reprimi-la.

O impulso foi reprimido devido ao processo de transformação em seu oposto, pois a agressividade, ao invés de ser dirigida da criança para o pai, surge de forma inversa, como uma vingança. Tal agressividade encontra-se arraigada na fase sádica libidinal, em que basta determinada dose de degradação para ser levada à fase oral. No entanto, em tais casos, Freud (1926/1976) demonstra que há “outro impulso pulsional de natureza oposta que sucumbirá à repressão. Este foi um suave impulso passivo dirigido ao pai; que já havia alcançado o nível genital (fálico) da organização libidinal” (Freud, 1926/1976, p. 59). Tal impulso, por sua vez, mostra-se dominante, tendo exercido grande influência em relação ao conteúdo da fobia no caso descrito. Os dois impulsos pulsionais que foram contidos pela repressão constituíram um par de opostos. Em ambos os casos, a energia, a força motriz que moveu a repressão foi o medo da castração iminente, pois “as ideias contidas na angústia deles [...] eram substitutos, por distorção, da ideia de serem castrados pelo pai. Esta foi a ideia que sofreu repressão” (Freud, 1926/1976, 61).

Freud (1926/1976, p. 61) aponta que “a angústia que era a essência da fobia, veio não do processo de repressão, nem das catexias libidinais dos impulsos reprimidos, mas do próprio agente repressor”. A angústia das fobias era então um medo realístico, era um medo ajuizado como real. Desse modo, pode-se pensar que a angústia que gerou repressão e não o contrário.

No entanto, a angústia que muitas vezes predomina no quadro das grandes fobias, não necessariamente estará presente em algumas neuroses, sendo assim, não se deve estabelecer uma relação entre angústia e formação de sintoma. Freud (1926/1976) aponta que a sensação desprazerosa que segue o surgimento dos sintomas varia enormemente.

A formação sintomática indica que foi possível realizar parcialmente aquilo que não era permitido. Assim, deste modo, a organização defensiva propicia uma satisfação.

As neuroses (tanto a histeria quanto a neurose obsessiva) originam-se na mesma situação, ambas necessitam “desviar as exigências libidinais do complexo edipiano” (Freud, 1926/1976, p. 63).

A organização genital da libido vem a ser débil e insuficientemente resistente, de modo que, quando o ego começa seus esforços defensivos, a primeira coisa que ele consegue fazer é lançar de volta à organização genital (da fase fálica), no todo ou em parte, ao nível anal-sádico mais antigo. Esse fato de regressão é decisivo para tudo o que se segue. (Freud, 1926/1976, p. 63).

No momento em que o ego força a regressão, ele registra sua primeira tentativa em oposição às exigências libidinais. Nos casos obsessivos, mais do que nos demais, é possível reconhecer com mais exatidão que a força que impulsiona a defesa é o complexo de castração, e aquilo que está sendo repellido são as disposições do complexo edipiano.

No momento estamos tratando do início do período de latência, um período que se caracteriza pela dissolução do complexo de Édipo, pela criação ou consolidação do superego e pela edificação de barreiras éticas e estéticas no ego. Nas neuroses obsessivas esses processos são levados mais longe do que o normal. Além da destruição do complexo de Édipo verifica-se uma degradação regressiva da libido, o superego torna-se excepcionalmente severo e rude, e o ego, em obediência ao superego, produz fortes formações reativas de consciência, piedade e asseio. (Freud, 1926/1976, p. 64).

Embora essa severidade mostre-se implacável, mas não necessariamente bem sucedida, tal rigor se apresenta na condenação da masturbação infantil, ligada agora às ideias anal-sádicas regressivas que representam a parte não dominada da organização fálica. Assim, na neurose obsessiva, à maneira dos atos obsessivos, a masturbação que foi coibida se aproxima a cada momento da satisfação.

Podemos ou simplesmente aceitar como um fato que na neurose obsessiva surge um superego severo dessa espécie, ou considerar a regressão da libido como a característica fundamental da afecção e tentar relacionar a severidade do superego com isto. E realmente o superego, originando-se do id, não pode dissociar-se da regressão e desfunção da pulsão que ali se verificaram. Não podemos surpreender-nos se ele se tornar mais áspero, mais rude e mais atormentador do que onde o desenvolvimento tem sido normal. (Freud, 1926/1976, p.64).

Freud (1926/1976) afirma que as formações reativas deveriam ser tratadas como outra forma de defesa egóica que se encontra ao lado da regressão e da repressão. Contudo, na histeria mostram-se inexistentes ou mais fracas do que na neurose obsessiva. Sobre o sintoma histérico, este representa, simultaneamente “a realização de uma penalidade imposta pelo superego, mas ele pode descrever uma característica geral do comportamento do ego na histeria” (Freud, 1926/1976, p.64).

As ideias obsessivas desprazerosas são conscientes, mas passaram pelo processo da repressão antes dessa entrada na consciência. O que de fato entra na consciência é, de modo geral, um substituto distorcido que é irreconhecível. Mesmo a repressão não tendo ocupado o conteúdo agressivo, em certos lugares, ela libertou-se da afetividade que vinha junto a tal conteúdo, a agressividade então aparece somente como um

pensamento que, no geral, não desperta sentimentos. No entanto, este afeto aparece em outro local, pois o superego age como se não houvesse acontecido a repressão e como conhecesse plenamente o impulso agressivo que se apresenta, tratando o ego em consonância com isso. O ego, contudo, apesar de saber de sua inocência, é obrigado a tomar consciência de um sentimento de culpa. Assim, na neurose obsessiva, os sintomas que em certo momento representavam uma restrição ao ego, começam, posteriormente, a representar satisfações. O resultado de tal processo é um ego restringido que busca satisfação nos sintomas.

Segundo Freud (1926/1976), no decorrer dessas lutas contra os impulsos do id, é possível perceber duas atividades do ego que formam sintomas e merecem atenção por serem, obviamente, substitutas. O surgimento de tais atividades auxiliares e substitutivas pode indicar que houve algumas dificuldades no funcionamento da repressão.

A primeira destas atividades, Freud (1926/1976, p. 67) denomina de ‘mágica negativa’, em que o psiquismo, através do simbolismo motor busca fazer desaparecer não somente os resultados de determinado evento, mas sim o próprio evento. Esta técnica na neurose obsessiva, primeiramente nos sintomas ‘bifásicos’, “nos quais uma ação é cancelada por uma segunda, de modo que é como se nenhuma ação tivesse ocorrido, ao passo que, na realidade, ambas ocorreram” (Freud, 1926/19766, p. 67).

O propósito de desfazer algo é a segunda motivação por traz das cerimônias obsessivas, já que a primeira causa é tomar os devidos cuidados visando evitar a ocorrência ou recorrência de determinado evento. A distinção entre estas motivações se faz claramente observada, pois as medidas de cautela são racionais. Já a tentativa de fazer como se algo não tivesse ocorrido é da natureza do pensamento mágico, do irracional.

A busca por desfazer um evento torna-se um comportamento normal caso alguém decida desconsiderar um evento ocorrido, desde que a pessoa não tente tomar medidas diretas em oposição ao evento, e simplesmente não volte sua atenção a ele. O sujeito neurótico, contudo, tentará fazer com que determinado fato torne-se inexistente, tentando reprimi-lo por meios motores. Essa questão pode, por sua vez, ser a explicação da obsessão pela repetição. À medida que a neurose permanece, “o esforço em desfazer uma experiência traumática constitui um motivo de primeiríssima importância na formação de sintomas” (Freud, 1926/1976, p.67)

A segunda atividade é característica da neurose obsessiva, a do isolamento. De acordo com Freud (1926/1976, p.67), “quando algo desagradável acontece ao paciente ou quando ele próprio fez algo que tem um significado para sua neurose, ele interpola um intervalo durante o qual nada mais deve acontecer durante o qual não deve perceber nem fazer nada”.

Este comportamento tem uma relação com a repressão. Na histeria, a experiência traumática é contida pela amnésia, já na neurose obsessiva, a experiência pode não ser esquecida, mas lhe é retirado o afeto, além disso, “suas conexões associativas são suprimidas ou interrompidas, de modo que permanece como isolada, não sendo reproduzida nos processos comuns do pensamento” (Freud, 1926/1976, p. 67). Esta atividade produz o mesmo efeito que a repressão com amnésia, contudo, ela reflete nos isolamentos da neurose obsessiva, adquirindo também um reforço motor com intenção mágica. O isolamento motor visa garantir um rompimento da ligação do pensamento. Em geral, o fenômeno da concentração já proporciona uma espécie de isolamento evitando sofrer interferência de qualquer outro processo ou atividades mentais quando se está executando um importante trabalho. Portanto, nas circunstâncias normais, o ego tem que executar ampla quantidade de trabalho de isolamento em sua função de nortear o fluxo do pensamento.

Inclusive, o isolamento faz-se tão presente no neurótico obsessivo que é difícil para este seguir a regra psicanalítica fundamental da associação livre, pois “seu ego é mais atento e faz isolamentos mais acentuados, provavelmente por causa do alto grau de tensão devido ao conflito que existe entre seu superego e seu id” (Freud, 1926/1976, p. 68). Isto ocorre, pois enquanto o sujeito está envolvido com seu pensar, seu ego deve manter várias coisas afastadas, como fantasias inconscientes e a manifestação de disposições ambivalentes. No neurótico, a compulsão em concentrar e isolar devido ao auxílio dos atos mágicos de isolamento que se desempenham sob a forma de sintomas que apesar da sua inutilidade, tem a natureza de cerimoniais.

Nesta busca por coibir as associações de pensamento, o ego está se submetendo ao tabu do toque da neurose obsessiva, uma das leis mais antigas e fundamentais desta, pois o “contato físico é a finalidade imediata das catexias objetivas agressivas e amorosas” (Freud, 1926/1976p. 68).

Portanto, isolar é um modo de evitar o contato, um meio de impedir que algo seja tocado. Assim, quando o sujeito neurótico isola uma impressão ou atividade, ele



está possibilitando a compreensão de que ele não permitirá que seus pensamentos sobre aquelas impressões ou atividades se liguem a outros pensamentos.

Retomando o caso das fobias infantis de animais, o ego precisa se opor a uma catexia de objeto libidinal que advém do id, pois ele pensa que lhe conceder espaço geraria o infortúnio da castração. No caso do pequeno Hans, Freud (1926/1976) aponta uma questão que se faz importante para se pensar teoricamente, pois, afinal, “foi sua ternura pela mãe ou foi sua agressividade para com o pai que começou a defesa pelo ego?” (Freud, 1926/1976, p. 69). A princípio, na prática tal questão parece não fazer muita diferença, sobretudo quando os sentimentos presentes exercem mútua influência, contudo, apenas o sentimento de ternura pela mãe que é considerado um sentimento erótico, e em uma neurose, o ego se defende das exigências libidinais e não contra as pulsões destrutivas. Assim, no caso do pequeno Hans, nota-se que após a formação de sua fobia, sua ligação afetiva com sua mãe parece ter desaparecido tendo sido afastada completamente pela repressão, já a formação sintomática (formação substitutiva) se fez em relação a seus impulsos agressivos.

Segundo Freud (1926/1976, p. 70),

uma catexia sádica de um objeto também pode legitimamente reivindicar tratamento como uma catexia libidinal, e um impulso agressivo contra o pai pode do mesmo modo ficar sujeito a repressão como um impulso terno pela mãe.

Contudo, o autor aponta a possibilidade de que haja uma relação especial entre a repressão e a organização genital da libido, e quando o ego precisa se proteger da libido em outros níveis de organização, ele busca outros métodos de defesa.

Assim, quando o ego reconhece a ameaça de castração, ele dá o sinal de angústia e por meio do princípio do prazer bloqueia o processo catexial no id, assim, simultaneamente, a fobia se forma. E, a partir deste momento, a angústia de castração passa a dirigir-se a outro objeto, e a expressar-se de forma alterada.

A formação substitutiva que ocorre, apresenta claramente duas vantagens: primeiro que impede o conflito em decorrência da ambivalência afetiva, e segundo que possibilita ao ego parar de gerar angústia, já que a angústia da fobia só aparece quando seu objeto é notado, ou seja, ela é condicional.

As fobias têm a essência de uma projeção por substituírem uma ameaça instintual interna por algo externo e perceptivo, pois o sujeito pode proteger-se da

ameaça externa evitando a percepção desta, mas é impossível se esquivar de perigos que surgem internamente. Assim, a angústia experimentada nas fobias de animais é, de acordo com Freud (1926/1976), a reação afetiva do ego frente à ameaça, que é a ameaça de castração.

O mesmo demonstrará ser verdade, penso eu, quanto a fobia de adultos, embora o material sobre o qual trabalham suas neuroses seja muito mais abundante e haja alguns adicionais na formação dos sintomas. Fundamentalmente, a posição é idêntica. O paciente agorafóbico impõe uma restrição a seu ego a fim de escapar a um certo perigo instintual – a saber, o perigo de ceder a seus desejos eróticos, pois se o fizesse, o perigo de ser castrado, ou algum perigo semelhante, mais uma vez seria evocado como se fosse em sua infância (p. 71).

Geralmente, uma fobia se institui após um primeiro acometimento de angústia ter sido vivenciado em alguma ocasião específica. A partir disso, a angústia então é confiscada pela fobia. Este mecanismo, a fobia, faz-se muito bom enquanto defesa, tendendo ser estável.

De acordo com Freud (1926/1976), todas essas questões sobre a angústia, vistas anteriormente, são aplicáveis também à neurose obsessiva. Nesta, o que move a formação de sintomas é o medo que o ego sente de seu superego. O perigo está completamente internalizado, não havendo assim, sinal de qualquer projeção. Mas qual o temor que o ego tem em relação ao superego? O autor aponta que a ameaça superegóica pode ser uma continuação do castigo de castração, pois o pai tornou-se despersonalizado na figura do superego, e o medo de castração, se tornou em uma “angústia social ou moral indefinida” (Freud, 1926/1976, p. 71), angústia esta que fica oculta. Então, o ego se esquivava dela buscando realizar todas as ordens, cautelas e penitências que lhe são atribuídas, e caso não as execute, o ego é tomado por um sentimento aflitivo de mal-estar, semelhante à angústia.

A angústia é, portanto, uma reação a uma ameaça, o ego, por sua vez, como modo de remedia-la, cria uma situação para evitar ou se esquivar do perigo. Freud (1926/1976) afirma que o sintoma é criado a fim de evitar a produção de angústia, mas a afirmativa mais verdadeira é que os sintomas são criados para impedir a situação de perigo cuja presença já fora sinalizada pela angústia. Lembrando que o perigo ao qual se refere é de castração ou algo que remonte a este.

Considerando as neuroses traumáticas, às quais surgem como consequência do medo da morte, a partir da fuga iminente da morte. A partir de tudo que foi visto até

agora sobre a estrutura das neuroses da vida cotidiana, parece não ser possível começar a existir somente pela presença de um perigo externo, sem a participação dos níveis mais profundos do aparelho psíquico. Assim, Freud (1926/1976) afirma sua inclinação em:

aderir ao ponto de vista de que o medo da morte deve ser considerado como análogo ao medo da castração e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor – os poderes do destino –, de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam. Além disso, deve-se recordar que nas experiências que conduzem a uma neurose traumática o escudo protetor contra os estímulos externos é desfeito e quantidades excessivas de excitação incidem sobre o aparelho mental; de forma que temos aqui uma segunda possibilidade – a de que a angústia está não apenas emitindo sinais como um afeto, mas também sendo recriada a partir das condições econômicas da situação (p. 72).

A castração, segundo Freud (1926/1976), pode ser baseada na experiência cotidiana dos sujeitos em que as fezes são constantemente separadas do corpo, ou na perda do seio materno no momento do desmame. Assim, apesar de até o momento ter considerado-a como o afeto que dá o sinal de um perigo, é possível percebê-la como uma reação a uma perda, a uma separação, no entanto, as reações afetivas da perda são o luto e a dor, e a angústia não está relacionada a estas.

Então, o que é a angústia? Primeiramente ela é um estado afetivo que possui um caráter acentuado de desprazer que é acompanhada por sensações físicas e inervações motoras (processos de descarga energética). Freud (1926/1976), afirma que a angústia está fundamentada em um aumento de excitação, que de um lado, produz o desprazer, e por outro, se alivia por meio dos atos de descarga. Freud (1926/1976) aponta que “um estado de angústia é a reprodução de alguma experiência que encerrava as condições necessárias para tal aumento de excitação e uma descarga por trilhas específicas, e que, a partir dessa circunstância o desprazer da angústia recebe seu caráter específico” (Freud, 1926/1976, p. 74).

A angústia é um estado afetivo e, por este motivo, só pode ser experimentada pelo ego. Algumas vezes ocorrem processos no id que fazem com que o ego produza angústia. Contudo, há dois casos causadores de angústia: um em que acontece algo no id e que por sua vez aciona um estado de perigo para o ego que o levará a exprimir o sinal de angústia para que a repressão entre em ação, e o segundo caso em que uma situação similar ao trauma do nascimento se constitui no id, gerando a seguir uma reação impensada de angústia. O segundo caso corresponde à circunstância de perigo

original e encontra-se atuante na etiologia das neuroses. Já o primeiro corresponde a qualquer determinante imediato de angústia.

De acordo com Freud (1926/1976 p. 79), “na abstinência sexual, na interferência imprópria no curso da excitação sexual, ou se esta for desviada de ser elaborada psiquicamente, a angústia surge diretamente da libido”, ou seja, o ego fica em um estado de desamparo devido à tensão excessiva por causa da necessidade, e então a angústia é produzida. Assim, o que se descarrega na criação da angústia é o excesso não usado na libido. “Isto se afigura como se o ego tivesse tentando poupar-se à angústia, que ele aprendeu a manter em suspensão por algum tempo, e ligá-la pela formação de sintomas” (Freud, 1926/1976, p. 79).

À medida que o ego se desenvolve, as situações que antes se afiguravam como perigo tendem a ser postas de lado e a se enfraquecer, pois cada fase da vida tem seu determinante de angústia:

Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de angústia podem resistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com angústia num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. (Freud, 1926/1976, p. 79)

Freud (1926/1976) aponta sobre a possibilidade de haver uma estreita ligação entre a situação ameaçadora operativa e a forma que a neurose resultante assume. De modo que considera a angústia de castração como a força que move os processos de defesa do ego que levam à neurose. Há em alguns sujeitos, segundo Freud (1926/1976), especificamente as mulheres, em que a situação ameaçadora da perda do objeto se faz mais efetiva, contudo, não se trata de sentir o objeto ou perdê-lo, mas sim de perder o amor deste. Desse modo, “afigura-se provável que, como um determinante da angústia, a perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça de castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva” (Freud, 1926/1976, p. 79).

Faz-se necessário então, considerar a ligação existente entre a formação sintomática e a produção de angústia. Segundo Freud (1926/1976), há duas opiniões sobre isso, uma em que a angústia seria um sintoma de neurose, outra em que os sintomas se constituem visando impedir o surgimento da angústia, pois juntam a energia que seria aliviada como angústia. E então, toda inibição a qual o ego se impõe pode ser chamada de sintoma. No entanto, como visto anteriormente, a origem da angústia remete a uma situação ameaçadora, e os sintomas se formam com o intuito de retirar o

ego de uma circunstância perigosa. A produção de angústia, por sua vez, coloca em movimento a formação de sintomas, e é também um pré-requisito a esta, pois caso o ego não dê um sinal à instância prazer-desprazer fazendo com que surja a angústia, não seria possível paralisar o processo do id e que o ameaça.

Nesse sentido, a formação sintomática põe fim à situação de perigo e possui dois aspectos, um que propicia a alteração nos processos do id, afastando o ego da situação perigosa; e outro aspecto que apresenta, abertamente, o que foi instituído em substituição ao processo instintual, sendo esta a formação substitutiva.

Assim, o estudo da angústia tem apresentado a atitude defensiva do ego transformado em uma luz racional. Cada situação ameaçadora é correspondente a um período específico da vida, ou a uma fase do desenvolvimento do aparelho psíquico e que aparentemente a justifica.

O neurótico comporta-se como se situações primitivas de perigo ainda fizessem parte da realidade e se apega aos determinantes remotos de angústia. Ele se comporta assim mesmo que todas as instâncias psíquicas de controle dos estímulos já tenham se desenvolvido, mesmo que já seja adulto e realize a maior parte de suas necessidades de forma autônoma, e saiba que há muito tempo a castração não é mais realizada como ato de castigo.

Freud (1926/1976) afirma que as marcas de uma neurose infantil podem ser observadas em todo neurótico adulto, porém, nem toda criança que apresentam tais sintomas tornam-se neuróticas *a posteriori*. No entanto, alguns determinantes de angústia devem ser renunciados e algumas situações ameaçadoras perdem sua importância com o desenvolvimento do indivíduo, mas, além disso, há certas situações ameaçadoras que sobrevivem ao processo de maturidade do sujeito, transformando os determinantes de angústia com o intuito de atualizá-los. Alguns determinantes de angústia tendem a não desaparecer e, portanto, permanecer na vida do sujeito. O neurótico, por sua vez, irá se diferir do indivíduo normal, uma vez que suas reações à situações de perigo serão indevidamente exacerbadas.

A angústia é a reação ao perigo. Não se pode, afinal de contas, deixar de suspeitar que o motivo pelo qual o afeto de angústia ocupa uma posição *sui generis* na economia da mente tem algo a ver com a natureza essencial do perigo. (Freud, 1926/1976, p. 83).

As relações quantitativas são determinantes no que tange à conservação de antigas situações de perigo, à manutenção das repressões por parte do ego e à continuidade de neuroses infantis.

Tal processo irá desencadear uma formação de compromisso, em que a produção inconsciente recalçada assumirá outra forma que possa ser permitida no sistema pré-consciente/consciente. Desse modo, as representações inconscientes são, por sua vez, desfiguradas pelos mecanismos de defesa a fim de não serem reconhecidas pelo consciente. Assim, com a entrada das representações inconsciente no ego, serão satisfeitos, simultaneamente, tanto o desejo inconsciente quanto as exigências defensivas. Portanto, o recalçado retorna deformado, ele constitui, necessariamente, um compromisso que se dá “entre as representações recalçadas e recalcentes” (Laplanche, 2001, p. 198).

Em *O caminho da formação dos sintomas* (1917b), Freud nos afirma que

os sintomas neuróticos são resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido. As duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado. É por essa razão, também, que o sintoma é tão resistente: é apoiado por ambas as partes em luta. (Freud, 1917b, p. 69).

Percebe-se, então, que os sintomas são formados a partir do conflito, em que uma das partes é a libido insatisfeita, que agora, a partir da rejeição do ego, precisa buscar outro meio para satisfazer-se. Porém, se mesmo com o reposicionamento libidinal em relação a outro objeto o ego permanecer rigoroso, esta mesma libido será forçada a recorrer ao percurso da regressão e buscar satisfação em alguma das organizações ou objetos já abandonados anteriormente. Assim, “a libido é induzida a tomar o caminho da regressão pela fixação que deixou após si nesses pontos do seu desenvolvimento” (Freud, 1917b, p. 69).

A noção de fixação explica-se devido ao fato de todo sujeito ser marcado pelas experiências vividas na infância que, de certa forma, permanecem ligadas (em diferentes graus de disfarce), a diversas maneiras de satisfação. Esta, por sua vez, está relacionada, a princípio, à teoria da libido sendo definida pelas características retrógradas da sexualidade, assim “o sujeito procura certos tipos de atividade, ou então permanece ligado a algumas características do ‘objeto’, cuja origem pode ser encontrada

em determinado momento particular da vida sexual infantil” (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 190).

No decorrer da evolução dos pensamentos de Freud, a noção de fixação toma nova proporção a partir da teoria das fases da libido, pois segundo Laplanche (2001), ela “pode não incidir apenas sobre uma meta ou um objeto libidinal parcial, mas sobre toda uma estrutura da atividade característica de uma dada fase” (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 190).

Para Laplanche (2001), a fixação libidinal exerce um papel crucial na etiologia dos distúrbios psíquicos. Ele afirma que pode considerá-la “como designando o modo de inscrição de certos conteúdos representativos (experiências, imagos, fantasias) que persistem no inconsciente de forma inalterada e aos quais a pulsão permanece ligada” (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 190).

“A fixação está na origem do recalque, e pode mesmo ser considerada o primeiro tempo do recalque” (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 190). Justificando assim tal afirmativa, o autor aponta dois momentos em que Freud traduz a mesma no seguinte trecho:

A corrente libidinal [que sofreu uma fixação] comporta-se para com as formações psíquicas ulteriores como uma corrente pertencente ao sistema do inconsciente, como uma corrente recalçada. Este recalque originário condiciona o recalque em sentido estrito, que só é possível pela ação conjunta sobre os elementos a recalcar de uma repulsão por parte de uma instância superior e de uma atração por parte do que previamente tinha sido fixado. (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 190).

Caso as regressões não provoquem oposição do ego, não haverá conflito “e a libido chegará a alguma satisfação real, apesar de não mais uma satisfação normal” (Freud, 1917b, p. 69). Contudo, se o ego divergir destas regressões, haverá a formação do conflito. E, então, a libido será interrompida e obrigada a buscar outra direção em que consiga encontrar um escoamento para suas catexias energéticas, retirando-se do ego. Desse modo, a libido busca encontrar uma maneira para descarregar suas catexias, em outro lugar que não seja o ego. Assim, a saída ofertada advém das fixações que foram estabelecidas durante o seu desenvolvimento. A libido, então, se afasta de todas as leis repressoras do ego, abdica dessas amarras e opta pelo caminho regressivo.

A partir de então, sob a pressão da frustração, tanto interna como externa, a libido torna-se inacessível e recorda “épocas anteriores e melhores”, como diz Freud

(1917b, p. 69). E, ao retirar-se do ego, as ideias passam a pertencer e estar sujeitas aos processos do inconsciente, inclusive à condensação e ao deslocamento.

Freud nos aponta que “a oposição formada contra ela [libido] no ego persegue-a como se fora uma ‘anticatexia’ e compele-a a escolher uma forma de expressão da própria oposição” (Freud, 1917b, p. 69). Desse modo, surge o sintoma como resultado, extremamente distorcido e desfigurado, da satisfação do desejo libidinal inconsciente, embora tal satisfação seja feita por um caminho indireto – por meio do inconsciente e das fixações anteriores.

Percebe-se então, a grande importância das antigas fixações no processo de descarga da libido e da formação dos sintomas, e uma pergunta fundamental faz-se importante, “onde, pois, encontra a libido as fixações necessárias para romper as repressões?” (Freud, 1917b, p. 70). E a resposta para essa pergunta encontra-se a nível do desenvolvimento, pois a libido recorre às fixações encontradas a partir das atividades e experiências da sexualidade infantil, vivenciadas através das pulsões parciais com objetos primordiais.

A importância das experiências infantis não deve ser totalmente negligenciada, como as pessoas preferem, em comparação com as experiências dos ancestrais da pessoa e com sua própria maturidade; pelo contrário, as experiências infantis exigem uma consideração especial. Elas determinam as mais importantes consequências, porque ocorrem numa época de desenvolvimento incompleto e, por essa mesma razão, são capazes de ter efeitos traumáticos. (Freud, 1917b, p. 70)

Afinal, vale ressaltar que “a libido dos neuróticos está ligada às suas experiências sexuais infantis” (Freud, 1917b, 71), e possuem uma dimensão essencial para a vida dos sujeitos, bem como para suas doenças.

No que concerne à regressão da libido, Freud (1917b) nos aponta que para haver uma regressão a determinado ponto de fixação, deve haver minimamente algo que exerça sobre a libido uma atração, deve haver assim, uma quantidade de energia libidinal retida naquele ponto. Porém, tal fixação em determinados pontos do trajeto do desenvolvimento só tem relevância se considerarmos o fator econômico, ou seja, se atentarmos para o fato de que há uma retenção de certa quantidade de energia libidinal.

De algum modo, o sintoma repete essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. O tipo de satisfação que o sintoma consegue, tem em si muitos aspectos estranhos ao sintoma [...] Essa transformação é



uma função do conflito psíquico sob pressão, do qual o sintoma veio a se formar. Aquilo que para o indivíduo, em determinada época, constituía uma satisfação, na realidade passa, hoje, necessariamente a originar resistência e repugnância. (Freud, 1917b, p. 73)

Dessa forma, o sintoma repete a satisfação infantil, porém de uma maneira diferente devido à censura existente no conflito, o que fará com que o sintoma seja estranho ao próprio sujeito, fazendo com que aquilo que antes gerava satisfação ao sujeito em determinada época, passa atualmente a gerar aversão e asco, pois os sintomas “representam algo como já tendo sido satisfeito: uma satisfação à maneira infantil” (Freud, 1917b, p. 73). Além do mais, os processos de deslocamento e condensação típicos do inconsciente também fizeram parte da formação dos sintomas como fazem parte dos sonhos. Assim, os sintomas não se parecem com nada que o sujeito vincule à satisfação, pois são resultantes de uma restituição das vivências de acordo com o princípio do prazer, e portanto, desvinculadas do princípio de realidade.

Os sintomas, deste modo, se formam a partir das vivências infantis, nas quais há a fixação da libido. Contudo, Freud (1917b) nos afirma que as cenas relatadas pelos pacientes durante a análise, nem sempre são verdadeiras. Assim, Freud (1917b) aponta que

às vezes, portanto, os sintomas representam eventos que realmente ocorreram, e aos quais podemos atribuir uma influência na fixação da libido, e, por vezes, representam fantasias do paciente, não talhadas para desempenhar um papel etiológico. (p. 74)

De acordo com Laplanche e Pontallis (2001), a fantasia seria o “roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente” (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 190). Ou seja, a fantasia inclui o sujeito na cena e representa, por sua vez, a realização de um desejo inconsciente. O autor aponta que Freud designa as fantasias como os sonhos diurnos, que seriam as ficções que o indivíduo narra a si mesmo em seu estado de vigília e, além disso, toma-as como formação de compromisso.

Laplanche e Pontallis (2001) expõem a fantasia em suas diversas modalidades (conscientes/sonhos diurnos, fantasias inconscientes e fantasias originárias) e termos. Dentre estes, o termo “fantasia/fantástico”, em que deixam claro o contraste entre a

imaginação e a realidade advinda da percepção. Neste sentido, segundo os autores, Freud, em 1911, distingue o mundo interno, que tem uma tendência a satisfazer-se por meio da ilusão, de um mundo externo que impõe ao indivíduo o princípio de realidade.

Segundo os autores, “Freud descobriu a importância das fantasias na etiologia das neuroses” (v, 2001, p. 190), mas, inicialmente, ele havia identificado no curso das análises, através da teoria da sedução, uma realidade presente nas cenas infantis que teria o caráter patogênico. Contudo, posteriormente, identificou que a realidade que mostrava-se externa, material, não era nada além do que a “realidade psíquica”.

Freud designa ao termo de realidade psíquica aquilo que possui valor de realidade, para o sujeito, em seu psiquismo. Este está relacionado, de acordo com Laplanche e Pontallis (2001, p. 190) “à hipótese freudiana referente aos processos inconscientes”; em que tais processos não apenas desconsideram a realidade material, mas também substituem-na por uma realidade psíquica. Segundo o autor, “a expressão ‘realidade psíquica’ designaria o desejo inconsciente e a fantasia que lhe está ligada” (Laplanche, 2001, p. 427).

Contudo, apesar de determinados fatos não terem realmente acontecido, ele não deve ser munido de menor importância, pois apresentam de certa forma uma realidade. Na verdade, as fantasias têm uma realidade psíquica, que se opõe à realidade externa, e que, de certa forma, exerce papel dominante na vida do sujeito.

Também eles possuem determinada realidade. Subsiste o fato de que o paciente criou essas fantasias por si mesmo, e essa circunstância dificilmente terá, para a sua neurose, importância menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contêm suas fantasias. As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva.* (Freud, 1917b, 74)

Freud (1917b) afirma que há algumas situações que podem ocorrer nos primeiros anos de vida dos neuróticos e que terão uma relevância especial na construção das fantasias e na constituição dos sintomas, como “observação do coito dos pais, sedução por um adulto e ameaça de ser castrado” (Freud, 1917b, p. 75). Tais eventos são elementos fundamentais de uma neurose. E, no caso de terem de fato ocorrido, não há o que ser acrescido, no entanto, se estes não encontram apoio em fatos reais, são aglutinados por alguns indícios e complementado pela fantasia. Assim, de acordo com

Freud (1917b), tais circunstâncias da infância de alguma maneira são essenciais para juntarem-se aos elementos fundamentais da neurose. Desse modo, quando os fatos ocorreram realmente, não há o que agregar, porém, quando não há o apoio da realidade, há integração a partir dos sinais adicionais da realidade externa.

O ego de todo ser humano foi organizado para analisar a realidade externa e corresponder ao princípio de realidade, contudo, também foi forçado a recusar uma variedade de objetos e fins aos quais está vinculada sua busca de satisfação. No entanto, para os seres humanos, as renúncias aos prazeres sem alguma compensação é uma tarefa árdua.

Em outras palavras, há uma tendência de todo desejo em transformar-se na própria realização. Assim, na fantasia, os seres humanos “continuam a gozar da sensação de serem livres da compulsão externa, à qual há muito tempo renunciaram, na realidade” (Freud, 1917b, p.76). Contudo, Freud (1917b) aponta que essa forma que o sujeito encontrou para satisfazer seu prazer faz-se bastante escassa, sendo necessário realizar algumas “construções auxiliares”.

Assim, a fantasia traz um substituto da satisfação dos desejos que não podem ser realizados na realidade externa, a produção destas fantasias é denominada por Freud (1917b), de devaneios, pois representam a produção de satisfação imaginária acerca de desejos que a realidade exige contenção. “A essência da felicidade da fantasia – tornar a obtenção de prazer, mais uma vez, livre de aprovação da realidade – mostra-se inequivocamente nesses desejos” (Freud, 1917b, p.77), devendo-se atentar também que existem devaneios inconscientes e que estes são a fonte dos sintomas neuróticos.

Voltando às fixações, Freud (1917b) aponta outra questão para descobrir como a libido encontra o curso para chegar aos pontos de fixação: As tendências e objetos abandonados pela libido não o foram totalmente, pois são mantidos ainda com certa intensidade por meio das fantasias. Sendo assim, o caminho da libido é mais curto, precisando somente desviar-se para as fantasias, buscando o livre curso para as fixações anteriormente reprimidas.

Mas por que as fantasias destas fixações reprimidas foram toleradas sem entrar em conflito com o ego? Tal tolerância se deu devido à baixa quantidade de energia que eram investidas nestas fantasias. Contudo, com o deslocamento libidinal para as fixações reprimidas, houve um aumento da catexia energética das fantasias, perturbando assim o que já estava estabelecido como ordem.

Portanto, o abandono dos objetos pela libido na infância não foi realizada por completo, estes ainda são mantidos com certa intensidade nas fantasias, de modo que, ao se retirar para as fantasias, a libido encontra o caminho que a leva às fixações reprimidas. Tais fantasias somente são toleradas pelo ego quando é pequena a quantidade de energia investida nelas, porém, se a regressão da libido estabelece exigências e uma pressão no sentido de tais fantasias tornarem-se satisfeitas, isto gera um conflito com o ego. A libido a partir de então ficará sujeita à repressão e ao recalçamento. Esta regressão libidinal é uma fase intermediária da formação dos sintomas, chamada introversão, sendo que esta aponta para o desvio da libido das possibilidades reais de realização desta e a hipercatexia de tais fantasias. O termo introversão foi introduzido por Jung em 1910, designando o desligamento libidinal dos objetos externos e sua retirada para o mundo interno do indivíduo, contudo, de acordo com Laplanche (2001), Freud retoma este termo restringindo-o à retirada libidinal que incide sobre os “investimentos de formações intrapsíquicas imaginárias” (Laplanche, 2001, p. 250). Ou seja, Freud limita a introversão como uma fase em que a libido se retira em direção às fantasias, sendo este o momento que se segue à frustração da realidade que pode levá-la à regressão. Assim, nas palavras de Freud, Laplanche aponta que

a libido... desvia-se da realidade, que perdeu o seu valor para o indivíduo devido à frustração obstinada que dela provém, e volta-se para a vida fantástica, onde cria novas formações de desejo e reanima os traços anteriores de desejo já esquecidos (Laplanche, 2001, p. 250).

Assim, deve-se levar em consideração não somente os fatores qualitativos referentes aos determinantes e tema do conflito, mas também seus determinantes econômicos, pois o conflito só irá surgir a partir da quantidade de catexias realizadas. Segundo Freud (1917b), o fator qualitativo geralmente é semelhante em todos os seres humanos, contudo, há diferença no fator econômico, pois é uma questão de ter noção da quantidade de libido que um sujeito consegue manter interrompida, e quanto do fragmento desta, esse sujeito é capaz de retirar da sexualidade para a sublimação.

Mas, e quanto ao sentido dos sintomas? De acordo com Freud, em sua conferência *O sentido dos sintomas* (1916-1917a), o sentido de um sintoma está relacionado com a experiência do sujeito que é acometido por ele. Josef Breuer foi quem descobriu o sentido dos sintomas neuróticos em um estudo de um caso de histeria entre 1880 e 1882. Outros autores, por sua vez já haviam estudado e apresentado os

mesmos resultados sobre os sintomas, Leuret, por exemplo, segundo Freud, apontou “que mesmo nas ideias delirantes do insano se poderia encontrar um sentido, bastaria que compreendêssemos a maneira de traduzi-la” (Freud, 1917a, p. 10).

Assim, pode-se dizer que todos os sintomas estão relacionados com a vida de quem o origina, ou seja, estão vinculados às experiências e vivências do sujeito.

Freud (1917a) trabalha muito sobre os sintomas da neurose obsessiva, pois esta se manifesta a partir de pensamentos, atos e/ou rituais em que o sujeito é impelido a realizar, mesmo sendo ações que não lhe proporcionam nenhuma satisfação, o sujeito não consegue deixar de realizar. É importante ressaltar também a intensa atividade mental que fatiga o sujeito que se entrega às ações contra a própria vontade. Como explica Freud (1917a):

Obriga-se, contra sua vontade, a remoer pensamentos e a especular, como se se tratasse dos seus mais importantes problemas vitais. Os impulsos, dos quais o paciente se apercebe em si próprio, também podem causar uma impressão de puerilidade e falta de sentido. (p. 11)

Desse modo, é possível perceber a força com que o sintoma se manifesta, pois mesmo o sujeito cômico, e achando os atos obsessivos (pensamentos ou ações) estranhos, o sujeito é impelido a realizá-los, sendo estas atividades muito exaustivas, atividades estas que são inofensivas e, de certo modo, banais, caracterizadas por repetições ou elaborações rituais do cotidiano.

Apesar desse caráter banal e inofensivo dos atos obsessivos, Freud aponta para o conteúdo hostil dos impulsos, sendo esses segundo o autor “da mais assustadora categoria, tentando-o, por exemplo, a cometer graves crimes” (Freud, 1917a, p. 11). Contudo, o sujeito não só repele tais impulsos como não pertencentes a ele, mas busca fugir deles através de proibições e renúncias. Assim, esses impulsos jamais forçam o trajeto rumo à realização dos conteúdos hostis, ocorrendo sempre a fuga, representada pelos atos obsessivos inofensivos, como dito anteriormente, caracterizados pelas repetições do dia-a-dia. No entanto, o sujeito não pode remover a obsessão, pode apenas deslocá-la. Sendo o deslocamento do sintoma para algo distante de sua conformação original uma das características da neurose obsessiva.

A partir dos ensinamentos freudianos sobre a formação dos sintomas, portanto, foi possível perceber, ao longo deste capítulo, os diversos mecanismos que estão

presentes na formação sintomática, agora trataremos do sintoma da criança a partir da perspectiva lacaniana.

## 2 UMA LEITURA LACANIANA SOBRE O SINTOMA DA CRIANÇA

Algumas manifestações de angústia nas crianças são compreensíveis, “por exemplo, quando uma criança está sozinha, ou no escuro, ou quando se encontra com uma pessoa desconhecida em vez de uma com a qual ela está habituada” (Freud, 1920, p. 76). Tais situações expressam a condição da criança sentir falta de alguém que ela ama. A imagem mnêmica da pessoa que a criança sente falta é intensamente catexizada, no entanto, isto não surte efeito de modo que o anseio transforma-se em angústia. Mas, além da questão da perda objetal, o motivo pelo qual a criança de colo deseja sentir a presença de sua mãe é devido ao fato de ela ter o conhecimento de que esta realiza todas as suas necessidades.

É a ausência da mãe que agora constitui o perigo, e logo que surge esse perigo a criança dá o sinal de angústia, antes que a temida situação econômica se estabeleça. Essa mudança constitui o primeiro grande passo à frente na providência adotada pela criança para a sua autopreservação, representando ao mesmo tempo uma transição do novo aparecimento automático e involuntário da angústia para a reprodução intencional da angústia como um sinal de perigo. (Freud, 1920, p. 77).

Percebe-se então que a angústia é um produto do desamparo mental da criança, frente ao que lhe parece novo e estranho.

O desenvolvimento progressivo da criança como o aumento de sua autonomia, a divisão de seu aparelho psíquico de forma mais marcante e o surgimento de novos imperativos, interferem no que diz respeito ao conteúdo da situação ameaçadora. O significado da perda objetal como um determinante de ausência se expande para além dessa questão, pois a transformação posterior da angústia de castração faz parte da fase fálica, que também institui o medo da separação relacionada ao mesmo determinante. Nessa situação, o perigo se refere a ameaça de separar-se de seus órgãos genitais. Segundo Freud (1920), o pênis possui um alto valor narcísico, pois ele “é uma garantia para seu possuidor de que este pode ficar mais uma vez unido à mãe – isto é, a um substituto dela – no ato da copulação” (Freud, 1920, p. 77). Assim, não poder usufruir disso pode ter o significado de uma restauração dessa separação, o que corresponde, por sua vez, a ficar novamente desamparado e sujeito à tensão nada agradável em função da necessidade pulsional.

Na primeira infância o indivíduo realmente não está preparado para dominar psiquicamente as grandes somas de excitação que o alcançam quer de fora,

quer de dentro. Além disso, num certo período de vida seu interesse mais importante realmente é que as pessoas das quais ele depende não devem retirar seu carinho dele. Posteriormente, em sua meninice, quando sente que o pai é um poderoso rival no tocante à sua mãe, e se torna cômico de suas próprias inclinações agressivas para com ele e de suas intenções sexuais em relação à mãe, realmente tem justificativa de ter medo do pai; e seu medo de ser punido por este pode encontrar expressão através de reforço filogenético no medo de ser castrado. Finalmente, quando trava relações sociais, realmente lhe é necessário temer seu superego, ter uma consciência; e a ausência desse fator daria margem a conflitos, perigos e assim por diante. (Freud, 1920, p. 81).

A próxima mudança que ocorre na criação de angústia é causada pelo poder do superego, pois a partir da despersonalização do agente parental, aquele que era reconhecido como agente castrador, torna-se indefinido. “A angústia de castração se desenvolve em angústia moral – angústia social – não sendo agora tão fácil saber o que é a angústia” (Freud, 1920, p. 78). Assim, de modo geral, segundo Freud (1920), o que o ego considera ameaçador e se opõe com um sinal de angústia consiste na questão de o superego estar com raiva dele, querer puni-lo ou deixar de amá-lo. “A transformação final pela qual passa o medo do superego é, [...] o medo da morte (ou medo pela vida), que é o medo do superego projetado nos poderes do destino” (Freud, 1920, p. 78).

No que tange ao sintoma, Ferreira (1999) afirma que há uma diferença do sintoma da criança e a criança como sintoma. Quando há dificuldades que incomodam aos pais ou ao seu meio social e não à criança, pode-se chamar da “criança como sintoma”. O “sintoma da criança” pode ser considerado como tal quando a própria criança se apresenta incomodada com seus conflitos inconscientes.

Geralmente, a criança chega para o tratamento psicanalítico devido a determinados comportamentos que apontam que algo nela não está bem. A demanda de atendimento das crianças vem através dos pais, e nesse pedido é possível reconhecer e realizar a escuta sobre a criança desejada pelos cuidadores. Com a não correspondência da criança a tal imagem fantasiada, o fracasso se encontra não na criança, mas nos pais.

Queixar-se sobre o filho recoloca para os pais o abismo aberto no seu processo constitutivo pela instalação da castração. Castração esta desencadeada pelo sentimento de negligência despertado quando a criança não pode mais ter a ilusão de satisfazer plenamente o desejo do Outro. Considerando que o projeto de um filho permite retomar o momento de completude narcísica, pensamos que o sintoma apresentado pelo filho aciona, nos pais, o momento da castração em uma dupla identificação – eles no lugar de seus próprios pais que não conseguiram se manter na completude narcísica e eles como os próprios filhos que foram, que não conseguiram satisfazer o desejo parental. (Ferrari, 2012, p.316).



Ferés (1996, citado por Meira, 1996, p. 13) aponta que o sintoma “é uma resposta ou uma forma de lidar com a falta”. Falta esta que é colocada com a inserção do sujeito na cultura. Desse modo, o sintoma pode ser a maneira como o infante encontra para expressar o sofrimento sentido e um caminho pelo qual ele enfrenta e lida com a falta estabelecida.

Meira (1996, p.21) aponta que o sintoma “é uma parte do ser do sujeito que não se representa na linguagem”. Além disso, é importante ressaltar que o sintoma também pode ser considerado como uma proteção para as árduas vivências da criança, pois ele pode ser uma maneira de mostrar que a criança não está bem.

Todo sujeito deseja aquilo que ele não tem e supõe que outra pessoa tenha, esta é uma característica própria do desejo. É como se o indivíduo buscasse a felicidade em vários objetos, como um meio de suprir a falta que lhe é constituinte. Contudo, tal busca de alcançar o tão sonhado objeto é somente ilusão, pois o objeto procurado não existe. Os pais, por sua vez, expressam seus desejos em seus filhos, pois gostariam que estes fossem o que eles não foram e que tenham o que não tiveram.

Os pais chegam ao consultório com angústia, fantasias sobre a criança e com histórias que criam para ajudar a diminuir as angústias e que, de certa forma, colaboram também para identificar “a posição dos vários membros da família ante a sua satisfação, ou seja, como cada um se coloca nesta rede de fantasias que se tocam se tangenciam ou mesmo se complementam” (Meira, 1996, p. 43).

Jacques Lacan, em *Duas notas sobre a criança* (1986), aponta que podem haver duas significações para o sintoma infantil: por um lado, há o sintoma como resposta ao que existe de sintomático na estrutura familiar, como aquilo que representa a verdade do par parental, e por outro lado, como fantasma, em que a criança “se torna o ‘objeto’ da mãe e não tem outra função que a de revelar a verdade desse objeto” (Lacan, 1986, p. 2).

Na primeira significação explicitada, a criança denuncia a verdade existente na estrutura familiar, segundo o autor, este é um caso complexo, porém é mais aberto a intervenções, pois, já na segunda significação as articulações se diminuem visto que a criança ao buscar substituir o desejo da mãe, e “o sintoma que acaba dominando diz respeito à subjetividade da mãe” (Lacan, 1986, p. 01). Nesta,

é diretamente como correlato de uma fantasia que a criança está interessada. A distância entre a identificação com o ideal de ego e a parte presa no desejo

da mãe, se ela não tiver medição (aquela que normalmente a função do pai assegura), deixa a criança aberta a todas as capturas fantasmáticas. (Lacan, 1986, p. 1).

Assim, quando em seu sintoma, a criança busca tamponar o desejo da mãe, satura seu modo de falta e acaba alienando “em si todo o acesso possível da mãe à sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e mesmo exigência de ser protegida” (Lacan, 1986, p. 2).

Meira (1996), ao comentar este texto lacaniano, aponta que nesse circuito pais-sintoma-filho deve-se considerar todos os fatores, percebendo as articulações existentes entre eles, além de observar como se situa o desejo neste mesmo circuito, considerando a situação em que os pais desejam que a criança os complete em algo que lhes falta, que a criança esteja no lugar de falo, e o filho por querer ser amado, coloca-se, muitas vezes, no lugar de objeto de desejo dos cuidadores.

A criança, por sua vez, se dirige ao grande outro barrado, e tenta se localizar como sujeito dirigindo-lhe a pergunta – o que queres? – essencial para avaliar a posição do sujeito perante o desejo do outro, questão crucial para pensar na estrutura psíquica do sujeito. Esta, por sua vez, é constituída pelos elementos fundamentais que suportam a construção psíquica, tratando-se, portanto, “da relação do sujeito com a falta, a castração, com o falo e com a lei. Portanto, acreditamos que no Édipo se encontram as vigas para a nossa construção psíquica” (Meira, 1996, p.46).

Segundo Ferreira (1999, p.58),

O sintoma da criança está na posição de corresponder ao que há de sintomático na estrutura familiar, não é como emergente do sintoma da família, como querem alguns, mas como um modo singular de inscrever-se no discurso da família [...]. É possível escutar que o sintoma da criança, ao mesmo tempo em que é uma espécie de coadjuvante do que há de sintomático na estrutura da família, é também uma resposta a isso.

Complementando o que foi dito anteriormente, o sintoma da criança não é necessariamente emergente do sintoma familiar, mas pode ser uma resposta ao que há de sintomático nesta estrutura. O sintoma da criança representando a verdade do par parental se dá quando a criança não busca preencher a falta da mãe sustentada em seu próprio desejo. Pois, caso seu sintoma seja “consequência da subjetividade da mãe”, a criança estará envolvida “como “correlato” de um fantasma” (Ferreira, 1999, p. 39).

Além dos dois modos de entendimento sobre o sintoma infantil, segundo Flesler (2008, citado por Ferrari, 2012), há mais uma forma de entender o mesmo que seria quando o sintoma do filho fere a imagem narcísica parental projetada nele.

Segundo Ferrari (2012), o sintoma infantil surge “como real em seu próprio corpo e como pertencente ao simbólico daqueles que dela se queixam” (p. 311). De acordo com a autora, Rosemberg (2002) afirma que, por vezes, as crianças fazem sintomas nos lugares que se tornam insuportáveis por seus cuidadores, deixando-os em situação de mal-estar, pois aponta aquilo que deveria ficar oculto. Tal mal-estar surge uma vez que o sintoma, aparentemente, tem a característica de fazer-se escutar e, simultaneamente apresentar-se como uma mensagem endereçada ao Outro, ou seja, endereçada aos cuidadores.

Para Lévy (2008, citado por Ferrari, 2012, p. 312), “a sintomatologia apresentada pela criança é uma resposta à angústia da constituição do infantil dos pais (ou de um deles)”. Isto ocorre devido ao fato dos pais criarem expectativas de que a criança concretize um ideal, que ela mantenha-se na posição de satisfazer seus cuidadores de modo narcísico a fim de driblar a castração à qual eles não escaparam. O sintoma remeteria à posição ideal infantil de um dos cuidadores.

Segundo Hamad (2001, citado por Ferrari, 2012), nas entrevistas preliminares, há dizeres dos pais sobre os filhos que simbolizam, de alguma maneira a sua falta. Para ele, há três momentos sobre o pedido de atendimento para o filho, o primeiro que refere-se à sensação de desconhecimento perante a criança, o segundo é referente ao surgimento de conflito entre o casal, de maneira geral relacionado às formas de educar os filhos. A esta discordância ocorrem reconhecimento de ao menos um dos cuidadores, no comportamento do filho “reatualizando pela revivência de sua história constitutiva, o ressurgimento daquela criança que nunca cresceu” (Ferrari, 2012, p. 313).

Os sintomas podem, por sua vez, ter uma ligação direta, inversa ou reacional em relação ao histórico familiar e tem sentido para seus cuidadores devido às suas próprias histórias.

Segundo Ferrari (2012), a sintomatologia infantil “será uma resposta construída, resultante da posição dos pais frente à castração quando da constituição do seu ideal infantil” (Ferrari, 2012, p. 313).

No que tange à neurose infantil, para Ferreira (1999, p.48), “a neurose infantil é constitutiva” é estrutural e estruturante. Ela é uma resposta ao momento que ocorre o

confronto com a castração e com o enigma do desejo do Outro, fazendo com que o sujeito retorne à sua própria castração. De acordo com a autora, “toda neurose tem, em seu fundamento, uma neurose infantil e é em torno dela que gravitam as questões da cena primária, do trauma, da sexualidade infantil e do fantasma” (Ferreira, 1999, p. 48).

O desenrolar do complexo de Édipo requer várias operações, mas o que causa sua queda é a “ameaça de castração”.

Primeiro, diz Freud, os investimentos libidinais são abandonados e substituídos por identificações – cuja exigência é de que as tendências libidinais do complexo de Édipo sejam dessexualizadas e sublimadas. A autoridade do pai é introjetada no “eu”, formando-se o núcleo do supereu que assume a severidade do pai e perpetua a proibição contra o incesto, defendendo assim o eu do retorno dos investimentos libidinais. (Ferreira, 1999, p. 48).

Desse modo, há um afastamento do Édipo, a partir da inibição e transformação das tendências libidinais em identificações e afeições. Assim, “o afastamento do eu do complexo de Édipo pode ser chamado de recalçamento” (Ferreira, 1999, p.48), no entanto, a autora aponta que isso está além do recalçamento, é uma suspensão deste complexo. Contudo, uma falha ocorrida neste processo de afastamento permite que a neurose da criança surja antecipadamente, como uma forma de lidar com aquilo que restou, com o que foi suspenso no complexo edípico.

Portanto, “a neurose infantil é o que emoldura tanto a neurose da criança quanto a do adulto. A neurose da criança é assim, uma construção ao que se evidencia como falha na transmissão da castração” (Ferreira, 1999, p. 53).

As estruturas clínicas, por sua vez, são modos de resposta ao desejo do Outro, relacionadas ao modo como o sujeito se coloca em relação à falta, e conseqüentemente, em relação ao desejo. E é na infância que o indicador de estrutura se organizará, para posteriormente, no momento da adolescência, com a reedição do Édipo haver uma ratificação da estrutura, pois os elementos básicos e estruturantes são instituídos na primeira infância, mas construídos *a posteriori*, em conformidade com o desejo. Assim, existem as estruturas psicótica, perversa e neurótica que surgem como resposta ao desejo do outro.

Sobre tais estruturas clínicas, Meira (1996) aponta que

seriam definidas como modos distintos de lidar com essa falta, dada como fato de estrutura. Diante dessa falta, coloca-se algo – o fantasma – a forma de ser do sujeito, o seu modo de gozar, que o define. (p. 88)

Assim, em virtude do desamparo infantil ao nascer, a criança é submetida a um outro que, grande parte das vezes, lhe garante os cuidados fundamentais e a sobrevivência. Em geral, é a mãe quem encarna a figura do grande Outro. Desse modo, para que o sujeito se crie, faz-se necessário

um encontro efetivo com alguém que aceite fazer o lugar-tenente do Outro, que admita marcar seu corpo, emprestar seu olhar e sua voz para fazer seu suporte, escutar seu grito para transformá-lo em chamada, e a partir daí todo o desenrolar de demandas sem fim. (Meira, 1996, p. 88)

Contudo, ao mesmo tempo em que há esse encontro, há o movimento de separação que “tem relação com o real do tempo que transcorre, no qual o sujeito se causa” (Meira, 1996, p.89).

As estruturas clínicas podem ser, então, os modos de resposta à questão do desejo do Outro, sendo que, forçosamente, o sujeito opta por um desses lugares, relacionado ao modo como o sujeito se posiciona no que concerne à falta, e assim, no que diz respeito ao desejo, pois cada uma das estruturas (psicótica, perversa e neurótica) responde de diferentes formas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros anos de vida de uma criança têm um caráter determinante na estruturação psíquica do sujeito de acordo com a descoberta freudiana. Os estágios de desenvolvimento libidinal (oral, anal e fálico) compõem a vida psíquica do indivíduo, deixando como marcas as fixações libidinais que rompem com a ideia de cronologia e linearidade no desenvolvimento infantil, pois apesar de haver uma sequência dos estágios, estes não findam, e são permanentemente revisitados devido às adaptações produzidas pelo desejo.

Iniciamos nosso trabalho buscando elucidar as concepções acerca da formação dos sintomas, a princípio pela visão de Freud e, posteriormente, à luz de outros autores. Tentamos estudar o conceito de “sintoma” que, como nos aponta Freud (1926/1976), é o substituto de uma satisfação pulsional que ao ser incorporado pelo ego, pode produzir um movimento de síntese, que acaba gerando um ganho secundário.

Em seguida, vimos, a partir de uma leitura lacaniana, o quanto a estrutura familiar ou o desejo do Outro influencia na formação do sintoma da criança, o que possibilita observar as questões dos pais que influenciam nos filhos.

Buscamos referências sobre a especificidade da sintomatologia nas crianças, contudo, os autores lidos apenas se referenciam ao modo lacaniano de ver os sintomas, que apontam para o vínculo estreito existente entre as manifestações sintomáticas e a estrutura familiar, apontando também, o modo de lidar com a falta que lhe é constituinte. No entanto, apesar destes autores terem reportado apenas a esta perspectiva sobre o sintoma da criança, existem muitos outros autores (Ana Freud, Melanie Klein, Françoise Dolto, Maud Mannoni, dentre outros) que ampliariam nossa visão sobre o tema.

Em suma, aprendemos um pouco sobre o que o sintoma pretende responder, e também que apesar do mal-estar que ele gera, cumpre uma função precisa na economia psíquica do sujeito. Estamos cientes do quão incipientes foram as nossas leituras sobre o assunto, mas acreditamos que dar continuidade a elas é fundamental para que consigamos compreender em maior profundidade os sintomas e inibições com que nos deparamos na clínica.

## REFERÊNCIAS

Ferrari, Andrea Gabriela. (2012). Sintoma da criança, atualização do processo constitutivo parental?. *Tempo psicanalítico*, 44(2), 299-319. Recuperado em 14 de setembro de 2015, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382012000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200004&lng=pt&tlng=pt).

Ferreira, Tania. (1999). *A escrita da clínica: psicanálise com crianças*. Belo Horizonte: Autêntica. 136p.

Féres, Nilza Rocha. (1996). Prefácio. In Y. M. Meira, *As estruturas clínicas e a criança*. A. S. Passos.

França, Cassandra Pereira. (1999). Não Foi nada disso o meu sonho. *Psychê*, 3(4), 39-52.

Freud, S. (1976a). Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III). O sentido dos sintomas. In S. Freud, *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad. Vol. XVI, pp. 10-19). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (1976b). Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III). Os caminhos para a formação dos sintomas. In S. Freud, *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad. Vol. XVI, pp. 68-79). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1917.

Freud, S. (1976). Sintomas, inibições e angústia. In S. Freud, *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad. Vol. XX, pp. 42-97). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1926.

Lacan, Jacques. (1986). Duas notas sobre a criança. *Ornicar? Revue du Champ freudien*, 37, 13-14.

Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. (Pedro Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Meira, Yolanda Mourão. (1996). *As estruturas clínicas e a criança*. A. S. Passos. 1996.