



As Fases de Desenvolvimento da Libido e a Formação do Caráter

Marco Antonio de Paula Tramujas¹; Cristian Guilherme Valeski de Alencar²

Resumo: A psicologia corporal utiliza o conceito de caráter como forma de nominar os mais marcantes traços de personalidade ou de comportamento de um indivíduo, correlacionando-os com as experiências emocionais vividas durante seu desenvolvimento psicosexual na infância. Em lugar do termo “desenvolvimento psicosexual” pode-se utilizar “fases de desenvolvimento da libido”, visto que a libido se desenvolve, no sentido de que buscará satisfação em sucessivas regiões erógenas do corpo, até finalmente alcançar a região genital. Este artigo visa descrever o processo de desenvolvimento da libido, as formas pelas quais a pulsão sexual poderá encontrar a plena satisfação em cada fase, bem como as possíveis frustrações que possam decorrer da relação entre a busca pulsional e as possibilidades oferecidas pelo ambiente. Das frustrações poderão resultar fixações, as quais constituirão o caráter. Serão descritos os principais sintomas decorrentes das frustrações libidinais e as denominações caracterológicas mais comumente adotadas em cada caso.

Palavras chave: Caráter. Pulsão sexual. Psicologia corporal. Desenvolvimento psicosexual. Desenvolvimento da criança. Desenvolvimento emocional.

The Phases of Libido Development and Character Formation

Abstract: Body psychology uses the concept of character as a way of naming the most striking personality or behavioral traits of an individual, correlating them with the emotional experiences lived during their psychosexual development in childhood. Instead of the term “psychosexual development”, “phases of libido development” can be used, since the libido develops, in the sense that it will seek satisfaction in successive erogenous regions of the body, until finally reaching the genital region. This article aims to describe the process of libido development, the ways in which the sexual drive can find full satisfaction at each stage, as well as the possible frustrations that may arise from the relationship between the drive's search and the possibilities offered by the environment. Frustrations may result in fixations, which will constitute character. The main symptoms arising from libidinal frustrations and the characterological names most commonly adopted in each case will be described.

Keywords: Character. Sexual drive. Body psychology. Psychosexual development. Child development. Emotional development.

¹ Psicólogo (UniBrasil Centro Universitário) / Curitiba, Paraná, Brasil;

² Psicólogo (Universidade Tuiuti do Paraná) / Mestre em psicologia social e comunitária (Universidade Tuiuti do Paraná) / Especialista em psicologia corporal (Centro Reichiano de Psicoterapias Corporais) / Especialista em neuropsicologia (IBPEX) / Professor universitário / Psicólogo clínico / Curitiba, Paraná, Brasil.

Introdução

O caráter do indivíduo configura-se de acordo com as possibilidades que esta pessoa teve em satisfazer suas necessidades libidinais durante a infância. Este processo ocorre principalmente na interação entre a criança, ou bebê, com seus pais e/ou cuidadores.

Uma vez que as necessidades pulsionais sexuais alteram-se durante este período, é importante conhecer o processo de desenvolvimento das mesmas e as formas de como pode se dar um desenvolvimento sadio ou patológico.

Quando todo o processo de desenvolvimento da libido não pode ser vivido de forma satisfatória, que é basicamente a regra geral em nossa população, torna-se útil ao profissional da saúde mental possuir conhecimento sobre as fases do desenvolvimento psicosexual, com suas exigências pulsionais, bem como as principais características das fixações em cada fase, para assim ter a possibilidade de identificar os possíveis bloqueios libidinais e os correspondentes conflitos psicológicos, sejam estes da ordem das neuroses, psicoses ou perversões. Terá desta forma, a oportunidade de traçar a etiologia de tais conflitos dentro do contexto de vida do paciente e de elaborar um plano de trabalho para seu tratamento.

Justifica-se a realização da pesquisa aqui apresentada, pelo objetivo de contribuir com o estado do conhecimento, condensando informações sobre o desenvolvimento psicosexual, de maneira a apresentar em um texto relativamente resumido uma perspectiva sobre o processo de formação do caráter. Foram descritas neste artigo não somente as formas com que se estabelecem os bloqueios libidinais, mas também como pode-se agir preventivamente para evitar que os mesmos ocorram.

Procurou-se organizar este conteúdo de maneira resumida e sequencial, de maneira que, além de ser útil a estudantes e profissionais da saúde mental, possa também, oportunamente, ser aproveitado para a orientação de pais ou futuros pais sobre como se dão algumas importantes fases do processo de estruturação emocional das crianças.

Metodologia

A obra de Wilhelm Reich, criador da psicologia corporal, é bastante extensa e complexa. Alguns de seus primeiros livros, consultados para a elaboração deste artigo, descrevem a base do desenvolvimento de seu pensamento no campo da psicologia, sendo tais publicações essenciais não somente para a compreensão do que trata esta abordagem bem como de seus fundamentos.

Profissionais da medicina e da psicologia, sejam aqueles contemporâneos de Reich ou outros em fases posteriores, avançaram no desenvolvimento de suas teorias, tendo acrescentado conhecimentos nas

bases inicialmente lançadas. Pesquisas às obras destes autores também foram parte na elaboração do presente artigo. A metodologia adotada foi a de pesquisa bibliográfica descritiva qualitativa.

Desenvolvimento

Libido e Pulsão Sexual

Freud utiliza o termo Libido para designar a energia da pulsão sexual (FULGENCIO, 2002). De maneira metafórica, poderíamos considerar a libido como uma espécie de “fome” da pulsão (SILVA, 2010).

Pulsão pode ser definida com um representante psíquico dos estímulos somáticos. Um conceito fronteiro entre o psíquico e o somático (FREUD, 2016). O estímulo de um processo somático é representado na vida psíquica pela pulsão, sendo o processo somático considerado a fonte da mesma. Sua meta é a plena satisfação via descarga libidinal. Somente poderá ser alcançada a satisfação da pulsão pela suspensão do estado de estimulação (satisfação da libido). O objeto da pulsão é o que há de mais variável nela, sendo aquele junto ao qual, ou através do qual a pulsão irá alcançar sua meta, ou seja, a satisfação (FREUD, 2016).

Para Freud, sexualidade é considerada uma energia vital instintiva direcionada para o prazer, podendo vincular-se à afetividade, às relações sociais, às fases do desenvolvimento da libido infantil, ao erotismo, à genitalidade, à relação sexual, à procriação, à homeostase, e à sublimação (BEARZOTI, 1994).

Fases de Desenvolvimento da Libido

Durante o desenvolvimento infantil, desde logo após o nascimento, a pulsão sexual busca satisfação em diferentes zonas erógenas principais do corpo, cada uma delas sendo preponderante sobre as demais em determinado estágio do desenvolvimento emocional da criança. Podemos considerar como zonas eróticas principais as seguintes: olhos, boca, ânus e genitais. Uma zona erógena torna-se principal quando é capaz de parcial ou plenamente substituir os genitais quando à excitação e satisfação da libido (BAKER, 1980).

Além das áreas eróticas principais mencionadas acima, há outras, secundárias, como a testa, os seios e outras partes da pele em geral, porém estas nunca assumem a primazia sexual durante o desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, por isto não são mencionadas entre as zonas principais (BAKER, 1980).

Os estágios (também fases ou etapas) do desenvolvimento emocional da criança podem opcionalmente ser denominados “estágios do desenvolvimento da libido” ou ainda “estágios da organização da libido” (FERRAZ, 2000). De maneira mais geral podemos dividir os estágios libidinais em 2 grupos principais: os estágios pré-genitais e os estágios genitais. Os estágios pré-genitais são os seguintes: estágio ocular (ou visual), estágio oral, estágio anal e estágio fálico. São assim denominados porque a pulsão sexual não alcançou a função genital. No estágio fálico os genitais são usados na forma fantasiada (simbólica) de um falo, tanto no homem como na mulher. Os estágios genitais são: estágio genital infantil e estágio genital. Desta maneira temos um total de 6 fases principais e subsequentes no desenvolvimento da libido, sendo elas as fases: ocular, oral, anal, fálica, genital infantil e fase genital (BAKER, 1980).

A fase genital é a última a ser alcançada e é nela que deveria permanecer o indivíduo durante todo o restante de sua vida. Ou seja, deveria obter exclusivamente através dos seus órgãos genitais a descarga (pelo orgasmo) do excedente de energia (libido) que seu organismo produz (REICH, 1998). Tal condição, entretanto, somente irá ocorrer quando não houverem fixações (ou bloqueios) nos estágios libidinais precedentes. Estas fixações acontecem quando uma ou mais etapas são vivenciadas pela criança de forma insatisfatória ou reprimida (CALEGARI, 2001).

Ao indivíduo que alcançou a última etapa de seu desenvolvimento psicosssexual, sem fixações nos estágios anteriores, dizemos que se trata de uma pessoa de “caráter genital” (BAKER, 1980).

O termo “caráter genital” justifica-se pelo fato de, com a possível exceção de casos muito incomuns, apenas o primado genital e a potência orgástica, em contraste com todas as outras estruturas libidinais garantirem uma economia da libido regulada. (REICH, 1998, p. 171).

Economia da libido regulada significa a capacidade de o indivíduo liberar, sempre que necessitar, ou desejar, todo o excedente de energia disponível em seu organismo. Ao excesso de energia não descarregado, denominamos estase (ou estagnação) energética (REICH, 1998).

O excesso de energia no sistema corporal, não liberado, é o responsável por estados como ansiedade/angústia, inquietação, dificuldade de concentração, desconforto físico, câimbras, e inúmeros outros possíveis sintomas físicos e/ou psíquicos, e, o mais importante: é esta a fonte de energia que alimenta os conflitos psicológicos do indivíduo com seus comportamentos ou sentimentos disfuncionais (REICH, 1998).

Reich (1987, p. 228) explica que “as neuroses e psicoses funcionais são sustentadas por uma energia sexual excessiva e inadequadamente descarregada”.

Fixações

Cada uma das etapas de desenvolvimento da libido, além de significar a possibilidade de aquisição do controle das funções correspondentes à fase, implica também em conflitos, pois será necessário à criança encontrar uma solução entre suas necessidades libidinais e as imposições ou restrições que o mundo externo lhe apresenta (CALEGARI, 2001).

As soluções possíveis são as seguintes (CALEGARI, 2001):

1) Solução satisfatória: neste caso a criança conseguiu obter a satisfação da libido e equacionou adequadamente os conflitos entre suas necessidades e as possibilidades que se lhe são disponibilizadas pelo ambiente. O ego adquirirá o controle ativo sobre a função predominante naquela etapa, seja ela visual, oral, etc. (CALEGARI, 2001);

2) Fixação insatisfeita: as necessidades libidinais de determinada fase não foram suficientemente satisfeitas. O ego não conseguirá desenvolver o pleno controle ativo da função (visual, oral, anal ou genital), ficará preso a ela e continuará buscando a satisfação não encontrada, produzindo comportamentos infantis e impulsividade na vida posterior do indivíduo. O avanço para a fase seguinte estará prejudicado pois parte significativa da pulsão sexual ficará retida nesta fase (CALEGARI, 2001);

3) Fixação repressiva: a partir de conflitos com o mundo externo, a pulsão sexual que buscava satisfação foi reprimida. O ego passará como que a negar sua necessidade e passa a estar em luta contra os anseios da fase reprimida, não permitindo o prazer pela função predominante na fase (visual, oral, ocular ou genital) (CALEGARI, 2001). Parte significativa da pulsão sexual voltará contra ela mesma, produzindo formações reativas (REICH, 1998). Por exemplo: o desejo de se alimentar converte-se em rejeição à alimentação, a busca pelo contato afetivo transforma-se na negação desta necessidade, o prazer em dar-se livremente (excreção) converter-se em retenção (saberá apenas receber e reter), etc. Também estará prejudicado o avanço para as fases posteriores (CALEGARI, 2001).

O trauma emocional pode dar margem a um ou outro dos seguintes resultados, em qualquer dos estágios: repressão ou insatisfação permanente. No caso da repressão, a pessoa jamais desenvolverá um funcionamento com base no prazer neste estágio, devido principalmente à privação; no caso da insatisfação permanente, ficará tentando obter uma satisfação vivida alguma outra vez. (BAKER, 1980, p. 44).

O termo bloqueio pode ser usado no lugar de fixação, ou seja, uma fixação oral reprimida poderá ser chamada de bloqueio oral reprimido (BAKER, 1980).

Fixações ou bloqueios podem ser totais ou parciais e podem combinar-se das mais variadas formas entre as fases de desenvolvimento. Por exemplo, uma pessoa pode possuir bloqueios parciais nas fases ocular, oral e anal, com intensidades variáveis nos bloqueios nestas fases, ou, para citar outro exemplo, poderá alcançar a fase fálica e possuir uma fixação parcial na fase oral (BAKER, 1980).

Pode-se perceber que são muito grandes as possibilidades de combinação entre os bloqueios nas diversas etapas. Isto resulta em uma significativa diferenciação ao se analisar a fundo a estrutura emocional de cada indivíduo. Para fins práticos, entretanto, costuma-se adotar para estudo os padrões de fixação puros, ou seja, fixações totais nas fases, considerando-se, porém, as duas possibilidades de direção do bloqueio, insatisfeito ou reprimido. Posteriormente, o psicólogo que dominar os tipos fundamentais (puros), poderá adentrar ao estudo de combinações entre os mesmos de acordo com os pacientes que atender (BAKER, 1980).

Caráter

Quando o sujeito vive de forma insatisfeita ou reprimida determinadas fases do desenvolvimento libidinal, sua personalidade como pessoa adulta irá apresentar traços de comportamento característicos da etapa, ou das etapas em que houveram as fixações. A estes padrões de comportamento, indesejados, dos quais a pessoa não consegue se desvencilhar, que pode ou não perceber em si, chamamos de caráter (REICH, 1998).

Caráter é a parte do ego que por exposição contínua ao mesmo conflito, ou conflitos semelhantes, entre suas necessidades e o mundo externo gerador de medo, adquire um modo de reação crônico, que funciona automaticamente. (REICH, 1998, p. 314).

Diversos autores, estudando de forma aprofundada as etapas de desenvolvimento e os principais padrões de comportamento (caráteres) resultantes das fixações, criaram denominações para alguns destes padrões. De maneira geral, fixações nos períodos ocular, oral, anal e fálico podem ser denominados como caráteres ocular, oral, anal e fálico, a fixação na fase do complexo de Édipo (fase genital infantil) cria o chamado “caráter histérico”. Quando não houver fixação significativa em nenhuma etapa do desenvolvimento, ou seja, quando todas foram vividas de forma satisfatória, isto significará que a maior parte da libido alcançou a fase genital, denomina-se neste caso o caráter como “caráter genital” (REICH, 1998).

Estes caráteres básicos (acima) podem ser subdivididos conforme o tipo de vivência que ocasionou o bloqueio, isto facilita o entendimento das variações mais comuns entre as fixações nas diversas fases. Algumas das principais denominações dentro destas subdivisões são: caráter esquizoide, caráter psicopata, caráter rígido (LOWEN, 1977), caráter núcleo psicótico (NAVARRO, 1995), caráter compulsivo, caráter masoquista, caráter passivo-feminino, caráter histérico, caráter fálico-narcisista (REICH, 1998), caráter agressivo (PIERRAKOS, 1997).

Quando a fixação da pulsão sexual for muito significativa em uma fase produzirá um caráter puro, por exemplo, uma retenção muito intensa na libido na fase oral produzirá um caráter oral. Evidentemente que um caráter 100% puro não existe, porém para fins práticos se a retenção na fase foi

muito significativa a ponto de a personalidade da pessoa refletir muito claramente o caráter podemos dizer que a pessoa possui aquele determinado caráter (BAKER, 1980).

As denominações para os caracteres não são fixas e imutáveis, ou seja, psicólogos, estudiosos e autores podem identificar novas formas de caráter, decorrentes de combinações de bloqueios entre as fases e estabelecer novas denominações para os mesmos. À medida que estas novas denominações ganhem reconhecimento e uso na comunidade de saúde mental poderão passar a ser adotadas de maneira mais generalizada (BAKER, 1980).

Alguns novos tipos de caráter foram propostos por exemplo pelo Dr. Elsworth Baker um expressivo colaborador de Wilhelm Reich, tais como: “caráter depressivo crônico” e “caráter maníaco-depressivo”, em seu livro “O Labirinto Humano” (BAKER, 1980). Embora estes padrões identificados por Baker sejam pouco adotados no meio da psicologia corporal, podem servir como importantes subsídios para estudos mais aprofundados de casos.

Fase Ocular (ou Visual)

Sobre a capacidade visual do bebê recém-nascido, Dr. Elsworth F. Baker nos diz o seguinte:

A medicina clássica nos ensina que os bebês não focalizam os olhos durante seis semanas e que sua respiração é irregular e entrecortada pelo fato de sua medula ainda não estar desenvolvida. Os bebês saudáveis, porém, focam os olhos assim que nascem e conseguem acompanhar com os olhos uma pessoa que se desloque pelo quarto. Os bebês nascidos em hospital, nas atuais condições, jamais serão capazes de se virar em poucas horas; os bebês saudáveis, nascidos de parto natural, conseguem-no. Rapidamente adquirem sua autossuficiência quanto a movimentos e entretenimento. Frente, porém, ao ambiente comumente adverso a este tipo de desenvolvimento, este não ocorre. Ao contrário disto, o bebê se contrai, o peito para de mover-se livremente, o diafragma se bloqueia, os olhos não entram em foco, a pele torna-se fria e azul. Reage inicialmente com raiva (choro raivoso), depois com choramingos e lamúrias para exibir toda sua miséria. (BAKER, 1980, p. 40).

Ao nascer, o bebê terá como meios de contato com o ambiente as sensações generalizadas pelo corpo e também a zona ocular (BAKER, 1980). Embora ainda em fase de desenvolvimento, a visão já é um importante canal de comunicação da criança como o meio que a circunda. Será através dos olhos que elaborará, gradativamente, sua organização auto perceptiva (CALEGARI, 2001).

O recém-nascido não é capaz de separar nitidamente seu mundo interno do mundo externo e nem o corpo de sua mãe do seu próprio (estado simbiótico). Será através do contato visual com a mãe, durante a amamentação, que aos poucos realizará esta separação. O controle progressivo dos olhos permite à criança que, ao focar os olhos da mãe, depois o seio da mesma e pôr fim a ponta de seu próprio nariz, vá percebendo gradativamente sua mãe como um objeto parcialmente separado de si, por este processo também irá adquirir a capacidade de espacialidade em perspectiva e temporalidade linear.

Calegari (2001, p. 62) explica: “a mãe se aproxima e se afasta dele (bebê) e então passa a existir a percepção de um tempo entre um momento e outro”.

Inicialmente partes da mãe serão percebidas como se fossem suas próprias partes, como é o caso do seio materno. Assim, pouco a pouco a criança sairá do estado de simbiose e efetuará a separação EU-TU, entre ela própria e sua mãe (CALEGARI, 2001).

A falta de oportunidade de separação do estado simbiótico, de forma gradual e acolhedora, como descrito acima, ou seja, nos casos em que a mãe não tiver a oportunidade de possibilitar ao bebê um adequado processo de separação psíquica entre o EU dele e o eu da mãe (TU), poderá a criança manter-se indefinidamente no estado de simbiose (total ou parcial) e posteriormente, em sua vida, estar sujeita a estados de confusão mental e até psicóticos (CALEGARI, 2001). A saída do estágio simbiótico do bebê em relação à sua mãe é um importante passo no desenvolvimento de funções do ego e deveria acontecer sempre de forma gradual e com um contato afetivo positivo por parte da mãe, seja no toque (aconchego, paz e segurança), seja pelo olhar, durante a amamentação.

Também outras vivências traumáticas logo nos primeiros dias após o nascimento podem trazer à criança uma percepção de um mundo hostil e não acolhedor, causando uma fixação na fase visual, tais como: estímulos luminosos e auditivos intensos (flashes fotográficos, iluminação de shoppings, músicas altas), colírios antissépticos, infecções oculares e olhares de raiva e/ou ódio em lugar de amor e aceitação (CALEGARI, 2001).

Posteriormente, depois que já tiver a percepção clara da mãe o bebê passará a discriminar gradual e individualmente as outras pessoas, fazendo a separação EU-TU-OUTRO. Eu (o bebê), Tu (a mãe), Outro (o mundo que o rodeia). Este processo, entretanto, poderá trazer-lhe muitas angústias se não for vivido de forma tranquila e gradual (CALEGARI, 2001).

Ao sentir-se seguro e desviar seu olhar da mãe para o mundo ao redor deveria idealmente encontrar um mundo interessante e acolhedor, depois retornando o olhar, deveria também, idealmente, facilmente reencontrar os olhos acolhedores de sua mãe (CALEGARI, 2001).

Quanto mais bem-sucedido for este processo, melhor institui-se na criança a confiança básica (de que o mundo é um local bom e confiável) e melhor dá-se a solução do conflito da primeira etapa da libido, entre as necessidades de satisfação pela região ocular e o mundo externo (BAKER, 1980).

Nas dificuldades deste período encontramos os problemas relativos à desconfiança paranoide e ao ciúme. O temor da perda do amor da mãe está na base do ciúme e da desconfiança paranoide. As dificuldades evolutivas até essa fase deixam sequelas na organização da espacialidade tridimensional e da temporalidade linear. (CALEGARI, 2001, p. 62).

A consequência de uma fase ocular mal elaborada poderá ser, na vida posterior da pessoa, a permanente desconfiança ou descrença no mundo e/ou nas pessoas (CALEGARI, 2001). A confiança básica também registrará no indivíduo a crença de que quando desejar poderá recolher-se em direção ao

EU sem culpa e também de que não será rejeitado quando necessitar ou desejar retomar o contato com o outro (CALEGARI, 2001).

Uma pessoa que tenha vivido a fase ocular de forma muito desfavorável será denominada como sendo uma pessoa de “caráter ocular”, ou em suas variações: “caráter esquizoide” (LOWEN, 1977) ou “caráter núcleo-psicótico” (NAVARRO, 1995). Tal fixação torna a pessoa alguém de difícil adaptação, com dificuldades em lidar com as exigências e realidades do mundo como ele é e com tendências ao isolamento social (esquizoidia) já que o ego não dominou por completo o movimento de ir para o mundo (CALEGARI, 2001).

Pessoas com fixação ocular do tipo reprimida, se submetidas a intenso stress em sua vida, podem alcançar um estado psicótico (CALEGARI, 2001).

Voyeurismo, desconfiança paranoide e ciúme são condições decorrentes de uma fixação ocular do tipo insatisfeito (CALEGARI, 2001).

Fase Oral

Ainda no início do primeiro ano de vida a pulsão sexual predominante desloca-se dos olhos para a região oral (boca). Pela boca o bebê irá realizar seu primeiro movimento de busca e contato com o mundo e nesta busca será conduzido à fusão com sua mãe pela amamentação no seio. Assim irá satisfazer suas necessidades biológicas enquanto simultaneamente busca amor e cuidados. Esta fase irá ocupar até o final do primeiro ano de vida do bebê, posteriormente à fase ocular (CALEGARI, 2001).

À medida que a criança encontrar na mãe a resposta à suas necessidades, registrará a vivência de que o mundo é um lugar bom e se sentirá amado e recebido. Passará a crer que além de ser um local bom, este mundo deve ser buscado, recebido e incorporado. A isto se somará a crença de que ele próprio, o bebê, é ou tem algo bom dentro de si. Pelo lado oposto, a dificuldade em obter a resposta da mãe, a inconstância da presença materna, a interrupção abrupta da amamentação pelo seio, e outras vivências de desprazer e/ou insatisfação registrarão na criança a vivência de que o mundo é rejeitador ou de que ela não é amada nem digna de receber amor (CALEGARI, 2001).

Este contato direto com a mãe é de importância vital para o bebê. Tendo sido parte intrínseca do corpo da mãe por nove meses, após o nascimento sua vida ainda depende dela, para alimentação, cuidados, proteção e amor. A fusão com a mãe durante a gestação transfere-se para o ato de amamentação, o qual possibilitará que, durante este período, a criança gradativamente constitua-se psicologicamente como ser independente (CALEGARI, 2001). A satisfação oral pela amamentação será um meio do bebê obter a satisfação completa de sua libido oral. O prazer máximo ocorrerá quando encontrar um bico do seio disposto, ereto e energizado, o que produzirá frequentemente convulsões orgásticas orais (BAKER, 1980).

A alimentação no seio aprofunda a respiração da criança e aumenta seu metabolismo. Além disto completa as necessidades eróticas orais fornecendo um profundo prazer sensual que se estende dos lábios e da boca para todo o corpo. A mãe que amamenta com seu seio tem de estar ali para seu filho: não é uma função que possa ser relegada para babás ou outrem. Por este simples ato, então, a mãe afirma tanto o desenvolvimento da fé da criança em seu mundo, que nesse estágio da vida é a mãe, como nas próprias funções naturais da criança. (LOWEN, 1983, p.156).

Quando a criança chora porque deseja o seio da mãe, seu choro é um pedido que poderá ser atendido prontamente ou poderá demorar um pouco, poderá ainda demorar excessivamente a ponto de a criança ficar exausta de tanto chorar podendo até mesmo desistir de seu pedido. Tais experiências são de importância fundamental na personalidade do futuro indivíduo adulto, uma vez que estes serão os primeiros registros sobre as respostas que poderá esperar do meio a seus esforços e iniciativas (LOWEN, 1983).

O ato de sugar o leite do seio exige muito mais esforço do bebê do que receber o leite que escorre facilmente pelo bico de uma mamadeira. De acordo com Calegari (2001, p. 102), “a força e a eficiência da ação egóica nos lábios ativarão capacidades como ter garra, força, persistência e determinação na busca ativa do mundo”.

Quando uma criança perde a fé em sua mãe através da experiência de que ela não está sempre ali para ela, começa a perder a fé em si mesma. Começa a desacreditar em seus sentimentos, seus impulsos e seu corpo. Sentindo que alguma coisa está faltando não pode mais confiar em suas funções naturais para fornecer esta referência e harmonia com seu mundo. (LOWEN, 1983, p. 157).

Idealmente, para que a fase oral seja vivida de forma satisfatória, sob o ponto de vista psicológico, a amamentação deveria ser efetuada exclusivamente pelo seio materno até o oitavo ou nono mês de vida do bebê. O desmame deveria ser gradativo, nunca de forma brusca, com a adaptação progressiva do bebê ao outro meio de alimentação, seja mamadeira ou alimentação sólida ou pastosa (NAVARRO, 1996).

A amamentação fisiológica humana deve prolongar-se até o 8º - 9º mês, quando se completa o desenvolvimento das mandíbulas para a função de mastigação. Isto implica que o desmame prematuro e brusco provoca, como indicaremos, alterações na formação de uma psique saudável, criando um núcleo psicótico distímico. O desmame tardio tem o mesmo efeito negativo, porque cria uma falsa necessidade de dependência simbiótica. (NAVARRO, 1996, p. 22).

Quando falamos na simbiose entre mãe e filho, é importante lembrar que a mãe deverá atender às necessidades simbióticas do filho, e não o contrário.

Para evitar a instalação de um núcleo psicótico no período neonatal é preciso que a mãe satisfaça as necessidades simbióticas do filho e não as dela! Isso significa que a regra de amamentar a cada três horas é uma medida antifisiológica absurda! O recém-nascido deve sugar sempre que precisar! (NAVARRO, 1996, p. 22).

Quando há uma satisfação inicial até um certo ponto e a partir daí ocorre uma privação repentina, que é o caso de quando a amamentação pelo seio é interrompida bruscamente sem que se considere as necessidades da criança, poderá ocorrer uma fixação oral do tipo insatisfeito (BAKER, 1980).

Um adulto com fixação oral insatisfeita será uma pessoa que tentará continuamente durante sua vida reviver esta satisfação que lhe foi atendida e depois negada. Irá alimentar-se em mu ma, beber demasiadamente, falar mais que o necessário, poderá apresentar bruxismo e outras disfunções orais e será uma pessoa carente e vacilante do ponto de vista emocional (BAKER, 1980).

Por outro lado, a severa privação no contato com a mãe, uma mãe ansiosa, um bico do seio frio, rotinas de aleitamento inconstantes, leite insuficiente e/ou ausência de contato durante a amamentação resultarão mu ma criança que passará a rejeitar o prazer oral (formação reativa). Este tipo contínuo de vivência durante a fase oral produz uma pessoa de “caráter oral reprimido” (BAKER, 1980). Um indivíduo de caráter oral reprimido será alguém que nega e rejeita o prazer oral. Por mais que aparentemente esforce-se a se alimentar, sempre estará abaixo do peso (anorexia). Também terá fraqueza corporal, insegurança nos relacionamentos, negará suas necessidades afetivas e apresentará tendências à depressão (CALEGARI, 2001).

Fase Anal

Após o primeiro ano de vida a atenção da criança volta-se para a aprendizagem do controle sobre o esfíncter anal, numa fase que irá até cerca de dois anos e meio de idade. Com a possibilidade de autonomia interna (decidir por si só quando efetuar ou não efetuar a excreção), a criança, que já não é mais um bebê e agora volta-se para si própria, buscará estabelecer sua identidade, seu modo próprio de ser. Concomitante à aprendizagem anal a criança começa a organizar seu espaço e seus objetos (CALEGARI, 2001). O treino ao banheiro será adquirido de modo natural se não houverem muitas interferências, nem por meio de uma educação precoce ou severa, nem por preocupação ou cuidados em excesso. Quando efetuado prematuramente e de forma forçada, o treino esfínteriano impedirá o desenvolvimento da satisfação de liberar os detritos e de alcançar um controle natural neste processo (BAKER, 1980).

Nesta idade, a criança está aprendendo muitas habilidades e cada uma delas recompensa-a de um modo típico. A sensação de satisfação e de orgulho que a criança vivencia quando produz um movimento intestinal é extremamente importante para ela. Neste instante estará aprendendo a separar-se de sua mãe e a formar uma identidade independente. (BAKER, 1980, p. 48).

Se esta função natural e sua emoção correspondente (orgulho e senso de realização) sofrerem interferências, haverá uma distorção em uma parte crucial da personalidade da criança. Se for forçada a

alcançar o controle do esfíncter antes de estar preparada para isto, serão necessários esforços musculares contínuos e excessivos nas regiões em torno do ânus, que se tornarão tensões crônicas permanentes (BAKER, 1980).

No correspondente psíquico a criança terá reduzida sua espontaneidade, ela se tornará mais submissa e dependente das instruções de outros. Ao mesmo tempo instala-se uma profunda teimosia em seu comportamento vida afora, bem como uma incapacidade de dar-se livremente, pois a criança tendo o direito de fazer algo por sua própria decisão e no momento que lhe proporcionasse maior prazer, foi forçada e rejeitar esta ideia. A criança perderá a capacidade de dar, saberá apenas receber (BAKER, 1980). Quando adulta terá preocupação excessiva e uma atitude de avareza e mesquinhez em relação ao dinheiro e bens, tendendo a retê-los (acumular), da mesma forma que foi obrigada a reter seu conteúdo (fezes) quando criança. As forças de contenção predominarão sobre o prazer excretor (CALEGARI, 2001)

Também terá uma necessidade compulsiva de ordem, será rigorosa em relação a horários e sentirá grande contrariedade com mudanças, o que for planejado deverá ser cumprido. Crianças pequenas já demonstram estas tendências ao colocar seus sapatos em uma impecável ordem e desejam ter seus objetos sempre no mesmo local. Os traços acima caracterizam o denominado “caráter compulsivo”, que corresponde a uma fixação na fase anal na direção reprimida (BAKER, 1980).

No sentido oposto a um treino precoce ao banheiro (retenção das fezes), há o estímulo à criança para a excreção, marcado por um excessivo interesse da mãe no funcionamento intestinal. A mãe ou cuidador principal poderá angustiar-se por não obter a eliminação das fezes, não permitindo que a criança aprenda a encontrar o melhor momento para tal, o que lhe proporcionaria uma descarga libidinal adequada (intenso prazer). Elogios da mãe (ou cuidador) pelos movimentos de excreção em momentos indesejados pela criança, manipulações, ameaças de rejeição, castigos e outras interferências farão com que a criança passe a tentar agradar para garantir sua segurança, tornando-se submissa e passiva (BAKER, 1980).

A autonomia como ser social de um adulto que passou por estas experiências na infância estará comprometida. Terá grande dificuldade em dizer não, já que não lhe foi permitido reter quando desejava, procurará pessoas que cuidem dele, limpem suas coisas e as coloquem em ordem, organizem seu tempo, planejem sua vida (CALEGARI, 2001). Neste caso a fixação na fase anal é do tipo insatisfeito, produzindo o “caráter passivo-feminino”, o qual apresenta uma aparência exterior de submissão e passividade, mas que oculta abaixo da superfície uma teimosia e ressentimento profundos, devido à necessidade de controlar seus impulsos (BAKER, 1980).

Quando há duas pessoas responsáveis pelos cuidados da criança e elas tem atitudes opostas em relação ao treino ao banheiro temos as condições para uma fixação anal que constituirá o denominado “caráter masoquista” (BAKER, 1980). A alternância entre o estímulo à excreção por uma pessoa em

determinados momentos e a punição à excreção em outros momentos, fará com que a criança desenvolva uma fixação anal por uma pessoa e um medo anal ligado à outra. Dependerá então de uma para obter as permissões, mas não poderá obter a gratificação (prazer na excreção) por si mesma sem temer a punição. Desta forma aprenderá como que a bater em si mesma para poder obter algum alívio (BAKER, 1980).

O que decorre deste contexto é uma situação onde toda sensação de prazer após atingir um certo nível de intensidade é percebida como ameaça (medo da punição), sendo assim inibida e transformada em desprazer ou dor. A pessoa de caráter masoquista exibe um queixume e reclamação constantes que refletem sua sensação interior de sofrimento crônico; terá uma permanente atitude provocativa, pois pela reação agressiva dos outros conseguirá liberar um pouco da tensão que a tortura; exibe um comportamento desajeitado, sentindo-se inadequado e humilhado (LOWEN, 1977); tem uma necessidade crônica de auto depreciação e por fim convive com um medo intenso de ser abandonado, por isto pede sempre amor de forma exagerada (BAKER, 1980).

O empurra e pára acaba por obstaculizar o caráter masoquista: este está preso numa armadilha ou labirinto e imobilizado entre dois vetores opostos, não tendo condições de se libertar. Portanto, tem de lançar mão de coerções, provocando as pessoas à sua volta para que o façam por ele. Este é o motivo pelo qual a pessoa desenvolve o hábito irritante de reclamar e queixar-se o tempo todo para aqueles que a cercam. Vai atormentando a todos até que estes o ataquem porque a agressão alheia significa um pouco do alívio da tensão e também porque coloca em maus lençóis aquele que chegou a agredi-lo. Está então justificado para odiar e para provocar mais ainda os outros, num círculo vicioso interminável. (BAKER, 1980, p. 154).

Fase Fálica

A fase fálica ocorre aproximadamente aos 3 ou 4 anos de idade, podendo dar-se um pouco antes ou depois. Constitui-se na descoberta dos genitais pela criança e sua exibição orgulhosa para o genitor do sexo oposto, buscando a conquista de sua admiração. No menino há uma concentração de autoconfiança em seus genitais (exibe o falo ereto para a mãe) e na menina surge a fantasia do pênis (falo) (BAKER, 1980).

O reconhecimento da exibição fálica pelo genitor ou tutor do sexo oposto satisfaz a necessidade libidinal da fase fálica. O não reconhecimento ou a repressão da exibição irão causar uma fixação neste estágio. A fixação insatisfeita cria o “caráter fálico-narcisista”, a fixação reprimida cria uma força na direção oposta ao impulso (formação reativa), ou seja, uma intensa atitude repressiva sobre a sexualidade (ascetismo) (CALEGARI, 2001).

As pessoas de caráter fálico-narcisista na direção insatisfeita, podendo ser do sexo feminino ou masculino, inconscientemente buscam uma retaliação contra o sexo oposto. Seus genitais são mais usados como instrumentos de autoafirmação (simbolismo fálico) e vingança do que de amor. A

vingança fálica advém da projeção da figura do genitor frustrador nas pessoas de sexo oposto com quem irão se relacionar. São indivíduos com nível de energia acima da média, bastante conectadas com a realidade e com um corpo bem desenvolvido. (BAKER, 1980).

O narcisismo compensatório decorre de uma redução da autoestima advinda da frustração na exibição fálica. Graças a este narcisismo são pessoas de elevada autoconfiança, são ousados, ambiciosos e agressivos, geralmente tem grande destaque em suas áreas de atuação social (REICH, 1998).

Os homens precisam inconscientemente provar às mulheres como são potentes, entretanto a relação sexual constitui mais em uma forma de vingança, onde usam o pênis como uma forma de perfuração ou degradação da mulher, buscando uma constante autoafirmação. Precisam provar constantemente a si mesmos que são capazes de conquistar uma nova mulher a cada dia, decorre disto uma incapacidade de apegar-se a um parceiro (REICH, 1998).

As mulheres fálicas têm um comportamento de sedução e rejeição. Seduzem continuamente para provar a si mesmas seus encantos e rejeitam em seguida pois seu objetivo já foi alcançado. Simultaneamente, pela rejeição, exercem uma forma de vingança. Estas mulheres tem um pênis fantasiado (falo) ou então fantasias de arrebatá-lo do homem. Sua vingança consiste em castrar o homem, ou torna-lo impotente, direta ou indiretamente, por isto competem com eles com todas as suas forças tentando constantemente “coloca-los em seu devido lugar” e/ou desqualificando-os por sua “fraqueza”. São arrogantes, com uma autoconfiança exagerada e senso de superioridade (BAKER, 1980).

Em mulheres fálico-narcisistas, a vingança genital contra o homem (a castração), durante o ato sexual, e a tentativa de torná-lo ou de fazê-lo parecer impotente ficam sendo, analogamente, a tendência principal. Isso certamente não se opõe à atração sexual exercida por este caráter fortemente erótico sobre o sexo oposto. (REICH, 1998, p. 212).

Estas mulheres serão, assim como os homens fálicos, pessoas de bastante destaque em seu meio social, buscando sempre que possível reconhecimento e os holofotes para si (BAKER, 1980).

Homens e mulheres fálicos, na relação amorosa temem ser abandonados, por isto acabam induzindo decepções como forma de fuga passiva da possibilidade de serem abandonados (REICH, 1998). São pessoas ariscas, atacam antes como prevenção a um ataque esperado (BAKER, 1980)

No caso da fixação fálica reprimida a força narcísica age na direção oposta à pulsão sexual (CALEGARI, 2001), sua libido satisfaz-se em tendências moralistas preconceituosas, ascetismo e uma posição de defesa da moral sexual (BAKER, 1980).

Fase Genital Infantil

A pessoa que alcançou a fase genital infantil teve um desenvolvimento suficientemente saudável nas fases anteriores, possibilitando que grande parte da sua libido alcançasse a etapa genital, mas ainda no modo infantil. No caso de fixação nesta etapa, a pessoa terá sua genitalidade presa a um desejo genital (recalcado) pelo pai de sexo oposto ao seu (complexo de Édipo) (BAKER, 1980).

A fase do complexo de Édipo ocorre após o período fálico, podendo iniciar-se por volta dos três e meio a quatro anos de idade. Este é um período no qual a criança desenvolve fortes sensações genitais pelo genitor do sexo oposto (NASIO, 2007).

A ameaça de castração surge do genitor do mesmo sexo, que aparece como um rival ao desejo genital incestuoso da criança. Esta ameaça é sentida como real e acaba por provocar tensões musculares crônicas na região genital e seu entorno (região pélvica, abdômen, pernas) como forma de suprimir as excitações genitais que poderão causar-lhe o castigo mais temido, a castração (REICH, 1998). Nas meninas a ameaça de castração é sentida como o risco da perda do amor da mãe (NASIO, 2007).

Ao indivíduo que se encontra fixado na fase genital infantil denomina-se como sendo uma pessoa de “caráter histérico”. Tal pessoa apresenta um movimento constante de busca e fuga em relação ao contato genital (relação sexual genital) (REICH, 1998). De acordo com Reich (1998, p. 197), “a característica mais notável de homens e mulheres histéricos é uma atitude sexual inoportuna. Esta se combina com um tipo específico de agilidade física que exhibe um matiz sexual inconfundível”.

Seus movimentos corporais são suaves, provocativos e seguidos de um certo tipo de agilidade que lhe confere um colorido sexual. São hábeis no flerte, porém sempre que o objeto de seu desejo sexual estiver bem à mão, a pessoa de caráter histérico irá recuar, assumindo uma postura apreensiva e passiva ou fugindo (REICH, 1998).

Excitações sexuais genitais reativam o conflito incestuoso e a correspondente ameaça de castração. No momento em que ocorre a atração sexual e a excitação, o objeto de desejo sexual atual representará inconscientemente o genitor desejado na infância. Nesta situação a excitação sexual converte-se em seu oposto, a angústia de castração, impossibilitando a concretização do desejo sexual (REICH, 1998).

O caráter histérico é especialmente determinado por uma fixação na fase genital do desenvolvimento infantil, com suas vinculações incestuosas. A partir dessa fixação, o caráter histérico deriva sua forte agressão genital, bem como sua angústia. As ideias de incesto genital são certamente recalçadas, mas estão de posse total de seu investimento. (REICH, 1998, p. 199).

O organismo todo do caráter histérico é inundado por uma energia sexual não descarregada e os sintomas serão os decorrentes de uma incapacidade de liberar esta energia excedente, que somente será possível por meio da descarga orgástica, já que formações pré-genitais (neuroses decorrentes de

fixações em fases pré-genitais – ocular, oral, anal e fálica) não estão disponíveis ao indivíduo de caráter histérico (BAKER, 1980). Terá dificuldade tanto em descarregar sua libido excedente como em sublimar, visto que outras forças pulsionais libidinais estão impregnadas com demasiada energia. Portanto, embora estejam muito próximos da genitalidade, sua capacidade de realizações sociais fica comprometida e aquém de outras estruturas de caráter, como a estrutura fálica por exemplo (REICH, 1998).

Reich (1998, p. 199) explica: “a extrema perturbação da capacidade de sublimar é o resultado direto da inibição sexual com libido genital livre e as realizações e interesses sociais só são possíveis depois que a capacidade de satisfação tenha sido adquirida”.

A fixação genital infantil na direção reprimida (ameaça de castração) gera comportamentos de fuga, esquiva ou paralisia frente ao objeto sexual. A fixação do tipo insatisfeita ocorrerá quando houver um comportamento sedutor pelo genitor do sexo oposto e simultaneamente o genitor do mesmo sexo não representar uma ameaça competitiva. Neste caso se instalará uma forte angústia incestuosa. Como movimento de fuga da angústia haverá um comportamento frenético em relação à atividade sexual, podendo chegar à ninfomania/satíriase (CALEGARI, 2001).

Fase Genital

Tendo sido alcançada a satisfação em todas as etapas anteriores a pessoa alcançará a fase genital. Isto significa que a pulsão sexual não estará fixada nestas fases precedentes. O ego terá controle sobre as funções ocular, oral, anal e todas as demais, sendo elas principais ou secundárias, podendo escolher em que momento se utilizará de cada uma como meio de descarga libidinal. A libido excedente poderá ser livremente liberada pela atividade sexual genital. Diz-se que tal pessoa é madura, fortemente ancorada na realidade e destituída de neuroses (BAKER, 1980). Este é o ideal que se deveria buscar no desenvolvimento das pessoas através de suas vivências na infância, porém por falta de conhecimento ou falta de condições, os pais e a sociedade de maneira geral, acabam por possibilitar que muito poucos indivíduos alcancem tal estágio.

Se a maior parte da energia da pessoa estiver concentrada a nível genital, ela funciona como um caráter genital. Isto significa que foi alcançado o estágio genital, além da ambivalência, destituído também dos bloqueios presentes aos níveis anteriores, os quais tem a condição de interferir neste funcionamento (BAKER, 1980, p. 125).

No processo terapêutico busca-se conduzir o paciente na solução de seus conflitos até que este atinja o estágio genital (REICH, 1998).

Chamei “caráter neurótico” a um desses tipos, e ao outro, “caráter genital”. Desse ponto em diante a tarefa terapêutica consistia na transformação do caráter neurótico em caráter

genital e na substituição da regulação moralista pela autorregulação econômico-sexual. (REICH, 1987, p. 160).

Pessoas de caráter genital são incomuns de serem encontradas em nosso meio, mas isto não é impossível. São aquelas poucas pessoas que foram favorecidas pelo ambiente e pelas atitudes de seus pais e cuidadores, de forma a satisfazerem-se adequadamente nas suas fases de desenvolvimento da libido e que não sofreram forte repressão sexual, o que também é pouco usual em nossa cultura (REICH, 1998).

Há uma espécie de pessoas na sociedade que, vivendo e trabalhando em diferentes setores do mundo que não tem qualquer conexão um com o outro, são dotadas de sexualidade natural. Representam o que chamei “Caráter Genital”. Encontram-se muito frequentemente entre os trabalhadores industriários. (REICH, 1987, p. 173).

Considerações Finais

Cabe lembrar que as teorias aqui apresentadas pressupõem, na fase fálica e na fase genital infantil, um relacionamento da criança com seu genitor do sexo oposto. Quando da elaboração das pesquisas para este artigo, a literatura consultada não contemplava o desenvolvimento psicosssexual de crianças filhos de casais homoafetivos.

Considerando que o primeiro país a autorizar a adoção de crianças por famílias homoafetivas foi a Holanda, no ano 2001 e que no Brasil o STF autorizou tal procedimento apenas no ano 2015, podemos considerar que o universo de estudo desta população ainda é pequeno, o que pode explicar a dificuldade em localizar materiais abordando estes contextos. Com o crescimento destes grupos acreditamos, entretanto, que deverão surgir trabalhos de pesquisa e estudos que abranjam as novas configurações familiares que se desenvolvem na atualidade.

Consideramos que os objetivos inicialmente propostos para este trabalho foram atingidos, tendo em vista que o processo de desenvolvimento libidinal foi descrito, com suas principais possíveis fixações decorrentes de insatisfações ou repressões pulsionais. Também procurou-se descrever formas sobre como se pode proporcionar um desenvolvimento mais sadio do ponto de vista psicosssexual/emocional da criança.

Oportunamente o conteúdo aqui apresentado poderá ser expandido, incluindo-se outras fases de desenvolvimento ou detalhando-se ainda mais as fases já descritas.

Pensamos que este trabalho além de poder ser útil a profissionais e estudantes da área da saúde mental, poderá também, eventualmente, ser aproveitado para o desenvolvimento de materiais orientativos ou apresentações para pais ou futuros pais. Deseja-se possibilitar que conhecimentos da psicologia possam ser aplicados não somente ao tratamento dos transtornos e conflitos psicológicos,



mas também e principalmente de forma preventiva, ou seja, no desenvolvimento de pessoas emocionalmente mais saudáveis.

Genitores mais esclarecidos poderão obter melhores resultados em seus esforços para desenvolver filhos mais felizes, independentes e realizados, o que poderá resultar em benefícios não somente para os pais e seus filhos como também para nossa sociedade como um todo.

Referências

BAKER, Elsworth. *O labirinto humano*. São Paulo, SP. Summus Editorial, 1980.

BEARZOTI, P. Sexualidade. Um conceito psicanalítico freudiano. *Rev Ar. Neuro-Psiquiatria*, v. 1, p. 113-7, 1994.

CALEGARI, Dimas. *Da teoria do corpo ao coração*. São Paulo, SP. Summus Editorial, 2001.

FERRAZ, Jeremias. *Pulsão e libido: um estudo comparativo da teoria psicanalítica*. Volume I. Rio de Janeiro, RJ. Mauad Editora, 2000.

FREUD, Sigmund. *As pulsões e seus destinos (1915)*. São Paulo/SP. Autêntica Editora, 2016.

FULGENCIO, Leopoldo. A teoria da libido em Freud como uma hipótese especulativa. *Ágora*, v. 5, n. 1, p. 101-111, 2002.

LOWEN, Alexander. *Bioenergética*. Summus Editorial, 1982.

LOWEN, Alexander. *O corpo em depressão*. São Paulo, SP. Summus Editorial, 1983.

LOWEN, Alexander. *O corpo em terapia*. São Paulo, SP. Summus Editorial, 1977.

NASIO, Juan-David. *Édipo, o complexo do qual nenhuma criança escapa*. Rio de Janeiro, RJ. Jorge Zahar Editor Ltda, 2007.

NAVARRO, Frederico. *Caracterologia pós-reichiana*. São Paulo, SP. Summus Editorial, 1995.

NAVARRO, Frederico. *Somatopsicopatologia*. São Paulo, SP. Summus Editorial, 1996.

PIERRAKOS, John C. *Energética da essência*. São Paulo, SP. Ed. Pensamento, 1997.

REICH, Wilhelm. *A função do orgasmo*. São Paulo, SP. Editora Brasiliense S.A., 1987.

REICH, Wilhelm. *Análise do caráter*. São Paulo, SP. Martins Fontes, 1998.

SILVA, Marcos Vinicius Neto. *Pré-história da pulsão freudiana*. Belo Horizonte, MG. Ed. do autor, 2010.

Recebido: 19.10.2023; Aceito: 22.11.2023; Publicado: 30.11.2023.