

SIMBOLIZAÇÃO PRIMÁRIA, SOFRIMENTO NARCÍSICO E FUNÇÃO ANALÍTICA ¹

| ROSANE MÜLLER COSTA ²

RESUMO

O presente artigo descreve o funcionamento mental e sugere uma abordagem terapêutica para um certo grupo de pessoas intelectualmente capazes, porém portadoras de um tipo de cegueira mental, que as impede de se verem e se ouvirem. Em análise distinguem-se pelo uso diferenciado, em comparação com o paciente neurótico, que fazem do enquadre analítico e da regra da associação livre de ideias, pois nos mostram, ao invés de falar, como se sentem e o que se passa com elas. Seus sofrimentos são depositados no corpo, se traduzem em ações ou na forma de delírios. Esses aspectos serão apresentados a partir de uma vinheta clínica e das teorias, sobretudo, de André Green e René Roussillon.

Palavras-chave: Simbolização primária. Sofrimento narcísico. Psicose branca. Patologias narcísico-identitárias. Processo analítico.

ABSTRACT

This article describes the mental functioning and suggests a therapeutic approach for a certain group of intellectually capable people, although mentally blinded, what prevents them from seeing and hearing themselves. In analysis, they are distinguished by the differentiated use in comparison with the neurotic patient, by what they make of the analytical framework and the rule of free association of ideas, for it demonstrates, instead of talking, how they feel and what is happening to them. Their suffering is deposited in the body and are translated in actions or in the form of delusions. These aspects will be presented in a clinical vignette and the theories, especially by André Green and René Roussillon.

Keywords: Knowledge. Primary symbolization. Narcissistic suffering. White psychosis. Narcissistic-identity pathologies. Analytical process.

1 Trabalho apresentado na IV Jornada de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Fortaleza - SPFOR, em setembro de 2019.

2 Psicóloga. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPFOR.

A psicanálise contemporânea busca alargar sua competência em direção a um grupo de pacientes com intenso sofrimento, mas que possui muita dificuldade com a psicanálise tal como foi concebida para dar conta da neurose, onde o funcionamento mental se assenta no recalçamento e o quadro clínico, no retorno do recalçado. Nestes pacientes o desejo não está solidificado em torno das fantasias de estruturação edípica, e o vínculo transferencial não ocorre sob o modo da neurose de transferência, portanto eles fogem do paradigma neurótico clássico, embora não possam ser considerados dentro do espectro das psicoses.

São portadores dos chamados sofrimentos narcísicos, que englobam as patologias narcísicas, patologias narcísico-identitárias e os estados-limite. Tais quadros clínicos têm em comum o fato de se remeterem ao terreno da constituição de eu. Os sintomas apresentados, segundo Pacheco-Ferreira, Mello e Verztman (2013), podem ser diversos, como a melancolia, as queixas psicossomáticas, a fobia social como diagnóstico psiquiátrico e a histeria, com demanda de tratamento referida ao campo do narcisismo.

Os sujeitos buscam na análise, de acordo com os autores, a experiência de um trabalho de construção de si mesmos – não tanto necessitam dar conta de uma queixa, esta inclusive pode não estar em primeiro plano, e também não buscam o autoconhecimento nos termos do neurótico. Os pacientes em questão se distinguem, ainda, pela marcante limitação na capacidade de associar em análise, que denota um funcionamento psíquico, como propõe André Green (1975), onde impera o modelo do ato, em decorrência da falha na elaboração do pensamento.

Os sofrimentos narcísicos, segundo Roussillon (2013, 2015), são modos de funcionamento mental baseados nos mecanismos de clivagem e de retraimento/desinvestimento, e subtendem diferentes quadros clínicos, mas têm em comum entrarem em conflito com a situação psicanalítica tradicional. De que forma isso acontece? O paciente neurótico é capaz de usar o enquadre analítico e a restrição que este impõe para a finalidade da liberação de suas capacidades associativas. O paciente portador de sofrimentos narcísicos vai falar através de suas atuações usando o *setting*, ou seja, vai faltar, chegar atrasado, ter problemas com relação aos honorários, consistindo sua fala também em uma modalidade de ação.

Nesse contexto o analista não faz mais do que mostrar ao paciente aquilo que ele compreende através de sua experiência subjetiva, sua empatia, sobre o efeito nele daquilo que o paciente conta ou faz. O objetivo do paciente, nesses casos, está voltado antes para o efeito de sua comunicação no analista do que para a transmissão de um conteúdo ou para provocar no analista uma reação com o fim de provar algo que ele próprio pensa. Por exemplo, o paciente pode não assinar o cheque do pagamento da análise com o objetivo de que o analista o procure, mas se ele o fizer sem esperar a sessão seguinte é porque seu interesse é apenas monetário, não se interessa de verdade pelo paciente.

Green (1975) assinala que os casos difíceis que atendemos hoje são aqueles que testam o analista e invocam nele sua contratransferência, exigindo da pessoa do analista uma contribuição maior. O autor identifica quatro tipos de pacientes que podem ser incluídos nessa categoria. Há os que fazem uma exclusão somática, desenvolvendo um transtorno psicossomático em que o conflito psíquico está dissociado da esfera mental e posicionado no corpo não libidinal. Outros pacientes fazem uma expulsão da realidade psíquica via ação, consistindo a atuação fora, no mundo, a contrapartida da atuação dentro, psicossomática. Esses dois tipos de pessoas, segundo o Green, apresentam uma “cegueira mental” que faz com que o analista se sinta fora de contato com a realidade psíquica do paciente.

Há ainda pessoas que são fortemente cindidas, nos termos descritos por Melanie Klein. Elas utilizam a identificação projetiva e introjetiva, a negação, a idealização, a onipotência e as defesas maníacas em larga escala. A cisão resulta em uma zona secreta em que o paciente está totalmente só, em que seu *self* está protegido, mas o fato é que tais defesas também atacam a ligação em seus processos de pensamento. O analista, diante desse paciente, fica em contato com a sua realidade psíquica, porém se sente excluído de uma parte desta ou vê suas intervenções serem rejeitadas como intrusivas ou persecutórias.

Existem também os pacientes que efetuam uma descatexia aspirando alcançar um estado de vacuidade, de nulidade. O analista se sente identificado com um espaço desprovido de objeto.

No contexto do tratamento psicoterápico, ainda segundo Green (1988), o objeto psicanalítico refere-se mais ao que não é capturado pelos órgãos sensoriais, sendo de natureza mais intuitiva e empática, apontando uma progressão na direção de um estado mental de ser ou de vir a ser. A responsabilidade do analista é pôr o paciente em contato com sua realidade psíquica, desse ponto de vista, os limites da analisabilidade são somente os dele, o analista. Assinala, ainda, que diferentemente da neurose, onde as angústias são de castração e o indivíduo se debate com a questão do seu desejo, nos casos fronteiraços as ansiedades são de separação ou intrusão, mas sobretudo, estamos diante de uma dificuldade quanto à formação do pensamento. Green (1988) propõe a denominação de *psicose branca* para estas organizações mentais.

O núcleo psicótico fundamental aí existente consiste em um bloqueio dos processos de pensamento, na inibição das funções de representação, sendo que uma aparente triangulação edípica disfarça a incapacidade de dar conta da diferença entre os sexos, pois o objeto é percebido somente como objeto bom ou objeto mau. Suas queixas referem-se à existência um objeto intrusivo, persecutório e/ou de uma depressão consequente à uma perda objetal. No fronteiraço é notório a convivência de partes psicóticas e neuróticas na personalidade, de modo que o diagnóstico diferencial acaba por ser entre a normalidade e a psicose. Outro aspecto distintivo dessas organizações mentais é o ódio à realidade, que se configura como independente do sujeito, que foge ao seu controle, sobretudo o analista como pessoa que tem uma vida própria e separado do paciente. Os fronteiraços facilmente se vinculam e se desvinculam, de modo que o analista é permanentemente superavaliado e atacado. Assim, o que Green (1988) chama de *psicose branca* refere-se a pessoas que, não sendo psicóticas, têm núcleos psicóticos importantes sendo gravemente afetadas em suas capacidades de pensar, embora possam ser intelectualmente até muito competentes.

Os objetivos da psicanálise, com esses pacientes, e a função do analista tem sido colocados pelos mais diversos autores, como Bion, Green e Roussillon, como se tratando de fazer uma transformação de modo a permitir que algo possa se tornar consciente no paciente ou disponível para ser pensado ou simbolizado —

nesses casos, a pessoa do analista está implicada. Como isso pode, efetivamente, ser realizado? Green responde que o ataque que o paciente faz ao enquadre analítico, bem real e presente nessas análises, força o analista a se tornar ciente de ter de agir através e dentro do contexto analítico, protegendo-o da ameaça imposta. A tensão criada o impele a entrar no mundo do paciente, mundo que ele apenas vislumbra e que exige dele esforços de imaginação. O analista se torna hiperconsciente do paciente e alguma coisa acontece com sua mente a partir daí. Green (1988) descreve esse momento:

A vivacidade de determinadas representações pode, de repente, assumir uma forma que emerge de uma confusão, porém, nos limites da imaginação. Muitas vezes acontece que o analista tem impressões até mesmo precariamente definidas [...]. Quando o analista atinge uma espécie de ordem interna, frequentemente, antes da verbalização, o distúrbio afetivo se muda para um sentimento de satisfação por haver obtido uma explicação coerente, que desempenha o papel de uma construção teórica (p. 52).

Em relação à teoria que o analista faz do paciente e o comunica, Green acredita que não tem tanta importância se ela é verdadeira ou falsa, até mesmo porque pode ser modificada e corrigida mais tarde à luz de novos elementos. Na verdade, o que importa é o fato de ter tido êxito na realização de uma transformação “[...] mediante a vinculação do incipiente em uma forma significativa, que pode ser usada como modelo para a decifração de uma situação que ainda advirá” (Green, 1988, p. 52). O enquadre analítico tem uma função essencial. É ele quem assegura que a linguagem pode ser usada como veículo para os pensamentos e permanecerá metafórica; que a sessão terá um término e será seguida de outra sessão. O enquadre, portanto, constrói e sustenta uma história comum, o surgimento de uma relação objetal. Ressalta ainda desse procedimento que o analista constrói um significado que jamais foi criado antes do relacionamento analítico, onde ele deve ser o duplo do paciente, como a mãe o é do seu bebê, embora esta possa ser uma tarefa estressante pela falta de diferenciação entre um e outro, que obscurece as fronteiras.

O trabalho com pacientes fronteirços demonstra que, mesmo sendo as estruturas simbólicas do humano inatas, para se realizarem, para saírem da condição potencial

necessitam da interferência do objeto, do outro, sem o qual a subjetividade fica gravemente alterada. Os dois primeiros anos de vida são momentos cruciais na fundação das capacidades simbólicas básicas. É assim para Roussillon (2013, 2015), que encontra nesse período da vida e nas relações objetais primárias humanizantes o ponto de fixação dos sofrimentos narcísicos. Segundo ele, o trabalho analítico, em se tratando de pacientes com tais características, vai além da possibilidade do analista dar uma forma à comunicação do paciente, isto é, simbolizar. Nesse sentido, Roussillon se contrapõe ao pensamento de André Green afirmando a importância de não sugestionar o paciente em uma direção ou em outra. Para ele, é relevante incluir o objeto na interpretação dada aos pacientes, “interpretar o objeto”, já que o que aconteceu ao paciente tem relação diretamente com este.

Com o paciente neurótico, conforme Roussillon (2013), cujo sintoma atesta o retorno do recalado, o trabalho do analista é “adivinhar” a mensagem contida simbolicamente, através dos seus modos de expressão e falar sobre o sentido oculto no sintoma de uma forma cuidadosa com o paciente. No caso do fronteiriço, o objetivo da análise é a integração de aspectos do paciente que ele não sente, não escuta e não vê em si mesmo, assim como não sente, não escuta e não vê no outro, mas que ele mostra ao analista com alguma coisa que faz, fala ou exhibe. Daí porque uma constante nesse paciente é a dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de cumprir a regra da associação livre de ideias. Ele não é capaz de transformar o impulso em representação de coisa, ou seja, criar uma imagem, e também pode falhar em transformar a representação de coisa em representação de palavra, verbalizar.

Estou plenamente de acordo com essas colocações, de maneira que posso citar de minha experiência pessoal uma paciente que começou falando de seu cachorro e acabou trazendo-o para a análise. Ele era de uma raça pequena e frágil, mas, além disso, vê-lo suscitou-me muitos pensamentos. Tive a convicção naquele momento, de que eu estava diante de uma parte psicótica da paciente, uma parte silenciosa, sem palavras ou imagens, que ela só poderia transmitir daquela forma concreta e que estava lá como pano de fundo de uma pseudonormalidade. Ela própria, embora fosse uma jovem bonita e se cuidasse fisicamente, tinha um

aspecto doentio, muito magro, usava roupas caras, mas sem cor, de modo que eu a via doente, menos pelo que ela dizia e mais pelo que suscitava em mim. Pouco depois contou que adquiriu um gatinho. Achava que cães e gatos podiam conviver, até tinha “falado” com seu cachorro para se dar bem com o gatinho. Pouco tempo depois, aconteceu a tragédia: o cachorro matou o gatinho. É possível que uma fantasia inconsciente de conteúdo intensamente persecutório, não podendo ser sonhada, tenha sido externalizada com vistas a uma comunicação comigo.

Nesse ponto, devemos esclarecer o que Roussillon (2013) entende por simbolização enquanto uma atividade abstrata colocada a serviço do eu, portanto disponível para o pensamento, a imaginação, o sonho. Diz ele:

A simbolização é uma atividade de representação que sabe que é atividade de representação [...] ‘todo nosso aparelho psíquico e todo nosso cérebro são feitos para representar, mas a gente nem sempre sabe que está representando. Por exemplo: na psicose, o sujeito toma a sua atividade representativa por uma atividade perceptiva; isto se chama alucinação. Na verdade, é preciso diferenciar a representação da representação simbólica. A representação simbólica é uma representação que sabe que é representação – ‘eu penso, eu imagino, eu acredito’. Não se trata de ‘eu percebo’ (p. 111).

O nosso aparelho psíquico foi feito para representar aquilo com que nos confrontamos na nossa vida pulsional e no encontro com os objetos é representado, embora o paciente nem sempre saiba que está representando. Freud chamou atenção para o retorno do recaiado na neurose e Roussillon, seguindo-o, menciona o retorno do clivado, algo que acontece sempre acompanhado de angústia, pois o clivado é sentido como resto perigoso que precisa ser eliminado. Nesse contexto, o trabalho analítico não consiste em tornar consciente o inconsciente, nem em levar o paciente à adaptação social. “A ideia é que devemos integrar aquilo com que fomos confrontados. E o sofrimento, portanto, diz respeito ao que não foi integrado ou foi mal integrado na nossa experiência subjetiva” (Roussillon, 2013, p. 111).

Com os pacientes que sofrem de transtornos narcísicos, o método psicanalítico precisa mudar, pois não se trata mais somente da escuta da verbalização em

atenção flutuante, mas de tentar entender toda a expressividade do sujeito, como em uma análise de crianças:

Vamos nos preocupar com aquilo que o sujeito não sente dele mesmo , mas que ele de certa maneira nos faz sentir. Vamos nos preocupar com aquilo que o sujeito não vê dele mesmo, mas que ele nos mostra, com aquilo que ele não ouve dele mesmo, mas que ele nos faz ouvir por meio do seu aparelho de linguagem (Roussillon, 2013, p. 113).

Então, o novo paradigma da mudança psíquica que emerge a partir daí pode ser formulado em termos simples: “[...] ser capaz de sentir e de se sentir, ser capaz de ver e de se ver, ser capaz de ouvir e de se ouvir”. (Roussillon, 2013, p. 112). O problema das psicopatologias das situações difíceis, reiteremos, tem relação com o fato de que os pacientes expressam diretamente no campo motor o que se passa com eles. Começam a mostrar, não a dizer. Dizer tem relação com a imagem visual tornada metáfora, processos impossíveis de serem executados para alguns. A pessoa também pode passar do campo motor para a palavra, sem pensamento. Nesse caso, ela pode agir pela voz como no falar de modo doce ou duro, pode apropriar-se do outro, imobilizá-lo. Por exemplo, o paciente não conta sobre sua fantasia de agredir o analista; é sua forma de falar que desaba sobre ele como um muro.

O arquétipo da neurose narcísica, lembra Roussillon (2013, 2015), foi formulado por Freud . (1917 [1915] / 1980). em *Luto e melancolia*, nos termos em que, na melancolia, a sombra do objeto caiu sobre eu. Isso significa que dentro das fronteiras do eu não existe apenas o eu, tem também o objeto. No interior do eu, o que existe é o resultado do seu encontro com os objetos, o eu está misturado com particularidades desses objetos. Em especial as interrelações precoces que o eu teve na construção do ambiente primitivo são formativas da subjetividade e decisivas para o resto da vida.

Nos sofrimentos narcísicos houve uma espera além do tempo que o sujeito podia tolerar, no período designado por Winnicott (1975) como de dependência absoluta, o período do narcisismo primário. Nesse momento o bebê foi confrontado com o vazio. E como o vazio não fica vazio muito tempo, pois remete à nulidade como

morte, só resta a saída de identificar-se com o objeto que decepçiona, o objeto mau. É nesse sentido que a sombra do objeto recai sobre o eu. Em decorrência da falha na inscrição do objeto bom, o objeto ligado às experiências de prazer e a identificação com o objeto que decepçiona, o humano não evolui em direção às vivências de separação individualização, que resultam na formação do símbolo e no surgimento do pensar como representação simbólica. Toda a relação com a realidade objetiva fica prejudicada porque, não havendo separação, não há a possibilidade de dar-se conta da alteridade.

Com pacientes cujas experiências iniciais foram permeadas por desencontros, falhas na função materna de duplo do bebê, de espelhamento de seus estados emocionais, culminando na situação em que a sombra do objeto cai sobre o eu, Roussillon (2013) entende que “[...] se o eu é expulso de si mesmo por esta invasão interna”, o trabalho analítico consiste em “[...] colocar a sombra do objeto para fora, a fim de permitir que o sujeito se reabite. Não há modo de fazer isso sem que se interprete também o objeto”. E acrescenta: “Não podemos ficar apenas na descrição dos processos do sujeito; é preciso pensar na interação entre os processos do sujeito e as respostas do ambiente” (p. 119), tanto faz que seja a mãe no início da vida ou o analista com suas características pessoais, seu corpo, seu tom de voz, as palavras que utiliza para interpretar.

No caso da paciente citada acima, propus a ela imaginar que na situação contada eu fosse o gatinho e ela, o cachorro prestes a me eliminar, o que de fato aconteceu por ocasião da interrupção do final do ano. Ela não podia tolerar um afastamento mais prolongado. Falei, então, sobre esses seus sentimentos. Posteriormente, retornou para a análise, e novas interpretações foram dadas sobre esse momento em termos de que nossa relação podia suportar afastamentos e sobreviver: eu não havia morrido. É possível que ela estivesse encenando/repetindo uma interrupção na continuidade de ser nos termos de Winnicott (1975) por uma situação de espera intolerável no período inicial da vida.

Os estudos de Green e Roussillon, concluímos, iluminam possibilidades no tratamento de pacientes portadores de sofrimentos narcísicos. A compreensão da falha grave nas capacidades de simbolização dos pacientes leva-os a sugerir a

ampliação da atenção do analista para além da verbalização destes e incluir a contratransferência à utilização feita do enquadre analítico, bem como diversos outros aspectos das formas de expressividade de cada um. Freud abriu caminho nesse sentido, porém as contribuições de Bion e Winnicott têm-se revelado, com o tempo, particularmente valiosas. O paciente de difícil acesso continua difícil, apesar disso existe para alguns deles, com certos analistas, uma chance promissora.

REFERÊNCIAS

- Freud, S. (1917 [1915] / 1980). Luto e melancolia. In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira – Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Tradução de Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago.
- Pacheco-Ferreira, F.; Mello, R., & Verztman, J. (2013). Algumas peculiaridades do manejo clínico nos sofrimentos narcísicos. In: Figueiredo, L.C., Savietto, B.B., & Souza, O. (Orgs.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Roussillon, R. (2013). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In: Figueiredo, L.C., Savietto, B.B., & Souza, O. (Orgs.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Roussillon, R. (2015). Para introduzir o trabalho sobre a simbolização primária. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49 (1), 33-46.
- Winnicott, D. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.