

Patologias do ser e patologias do ter: uma revisão da teoria e da clínica freudiana¹

Gley P. Costa²

O perigo de desamparo psíquico se adéqua ao período da imaturidade do ego, assim como o perigo da perda de objeto à falta de autonomia dos primeiros anos de vida, o perigo de castração à fase fálica e a angústia frente ao superego ao período de latência.
S. Freud (1926/1975)

Resumo: Este é um estudo da clínica psicanalítica contemporânea à luz da evolução da teoria freudiana da angústia, a qual o autor divide em *patologias do ser* (não subjetivadas) e *patologias do ter* (subjetivadas), concluindo com considerações sobre o conceito de correntes psíquicas, *quando o mesmo paciente apresenta funcionamentos psíquicos devido* a diferentes pontos de fixação da libido, conforme referiu Freud no *Caso Dora* (1905) e no *Homem dos Lobos* (1918).

Palavras-chave: Angústia automática. Angústia sinal. Correntes psíquicas. Desvalimento. Ego real primitivo.

¹ Palestra apresentada no Grupo de Estudos Psicanalíticos de Araçatuba (2017), na Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (2018) e no Instituto de Estudos Psicanalíticos de Bauru (2018).

² Médico psiquiatra e psicanalista. Membro fundador, titular e didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. Professor da Fundação Universitária Mário Martins.

Freud construiu o edifício teórico da psicanálise a partir de seus primeiros pacientes, os quais constituem uma clínica da angústia. Por conta disso, acreditamos que percorrer a trajetória do conceito de angústia na obra freudiana possibilita uma melhor compreensão de um grande número de pacientes que compõem a clínica psicanalítica contemporânea. Somos de opinião de que essa afirmativa é válida tanto para as manifestações clínicas subjetivadas, causadas por conflitos psicológicos e acontecimentos passados, às quais demos o nome de *patologias do ter* (ter, não ter o objeto ou perder), quanto para as manifestações clínicas não subjetivadas e não conflitivas que resultam de falhas do desenvolvimento precoce, às quais demos o nome de *patologias do ser* (carentes do sentimento de si).

Esses dois grupos psicopatológicos encontram-se representados, de um lado, pelas neuroses, psicoses e perversões, configurando a *clínica do simbólico*, e de outro, por pacientes que demonstram uma capacidade muito precária para modular operativamente a angústia, recorrendo a *meios auxiliares*, como as drogas, as compulsões alimentares e sexuais e o *acting out*, através dos quais tentam atenuar as vivências de frieza, desamparo e, não raro, desespero, pelas quais o ego se sente invadido. Esse segundo grupo é formado pelos pacientes denominados por Green (2002) de “não neuróticos”, os quais configuram a chamada “clínica do vazio”, na qual Winnicott (1967) inclui os anoréxicos e os bulímicos, Tustin (1990/1992) os casos de autismo psicogênico e Maldavsky (2004), as “patologias do desvalimento”, as quais abordaremos mais adiante.

A nossa proposta, como destacamos inicialmente, é enfocar esses dois grandes grupos psicopatológicos, tendo como referência a angústia implicada, cuja teoria apresenta três momentos significativos na obra de Freud.

No primeiro momento, a angústia se inscreve no corpo, vigente nas chamadas *neuroses atuais*, em particular a neurose de angústia, diretamente relacionada com a vida sexual. Trata-se de uma teoria orgânica da angústia, resultado de um estado tóxico da mente devido ao acúmulo de excitação sexual que, ao não ser satisfeita, é descarregada diretamente no corpo (Freud 1898/1975e).

No segundo momento, a angústia que, sem deixar de ser inscrita no corpo, inscreve-se também na mente, e se relaciona não mais com as neuroses atuais, mas com as *psiconeuroses de defesa*: histeria de conversão, histeria de angústia [fobia] e neurose obsessiva. A angústia, nesse momento, foi considerada por Freud como produto da libido recalçada, vinculada, portanto, ao conflito psíquico. Corresponde à conceituação da primeira tópica e tem como fundamento a ameaça de castração (Freud, 1894/1975c, 1896/1975d, 1900/1975f, 1909/1975h, 1915-1916/1975i, 1918/1975j).

No terceiro momento, Freud deixa de descrever a angústia como um produto da libido recalcada e passa a considerá-la, opostamente, uma condição que coloca em ação o processo de recalçamento. Esse terceiro momento, desenvolvido à luz da segunda tópica, confere à angústia um caráter defensivo diante dos perigos que ameaçam o ego. O texto freudiano básico dessa etapa do desenvolvimento da teoria da angústia é *Inibições, sintomas e ansiedade*, publicado em 1926, no qual enfatiza que a castração não é a única fonte de perigo ao ego: outras situações que remontam ao nascimento também devem ser consideradas como geradoras de angústia.

Diz Freud (1926/1975): “A angústia surgiu originalmente como uma reação a este estado de perigo (ou seja, o nascimento) e é reproduzida sempre que um estado desta espécie se repete” (p. 157).

Como desfecho desses três momentos, podemos dizer que, para Freud, o nascimento é a experiência que será revivida em todas as situações ameaçantes em que o indivíduo vai se defrontar ao longo de sua existência, podendo sua condição traumática ser resignificada em outras situações de perigo e, como consequência, gerar uma reação inadequada. Nesses casos, a angústia resultante se caracterizará como *angústia automática*.

A reação adequada se efetuará no reconhecimento de que essa experiência inicial traumática poderá voltar a ocorrer numa determinada situação, assumindo essa angústia a conotação de um sinal, por isso chamada de *angústia sinal*, a qual levará o indivíduo a tomar medidas para evitar que a angústia automática do nascimento se instale novamente. A angústia automática ocorre como consequência tanto da imaturidade do ego quanto de uma quantidade excessiva de excitação.

Portanto, a partir de *Inibições, sintomas e ansiedade*, verificamos que a angústia passou a ser única, mas com duas formas de apresentação: uma denominada automática, relacionada com os estados tóxicos da mente, e outra denominada sinal, própria das neuroses, psicoses e perversões. No primeiro caso, a angústia surge como expressão de uma situação em que o ego se vê invadido por um montante de excitação que ultrapassa a sua capacidade de processamento psíquico. No segundo caso, a angústia antecipa ao ego que ele se encontra em perigo, e ele, para se proteger, para evitar cair numa angústia automática, recorrerá à formação de sintomas, os quais, quando fracassam, liberam novamente a angústia.

Desse modo, podemos dizer, por fim, que o protótipo da angústia automática é o trauma do nascimento, e o protótipo da angústia sinal é a ameaça de castração, a qual vai remeter a outras angústias, como a da perda do objeto, da perda do amor, a angústia ante o superego e a angústia social.

Resumindo, nas psiconeuroses, a angústia funciona como um sinal de alerta, razão pela qual foi denominada “angústia sinal”, relacionada diretamente com a repressão dos impulsos, configurando a clínica do simbólico. Nas neuroses atuais, a angústia é a pura expressão de uma excitação que supera a capacidade de integração e processamento psíquico do ego e que, como resultado, não se descarrega sob a forma de libido, mas extravasa sem qualquer processamento psíquico, sendo chamada, por isso, de “angústia automática”.

Freud acreditava que, por carecerem de conteúdo simbólico, as neuroses atuais eram inacessíveis à técnica psicanalítica. Entretanto, nos últimos anos, tem-se constatado na clínica psicanalítica que os sintomas de um grande número de pacientes extrapolam os limites do simbólico.

Na prática atual, tornou-se comum os pacientes chegarem nos nossos consultórios sem uma definição clara do seu sofrimento, cujos sintomas físicos podem ser confundidos com as somatizações dos histéricos, mas diferentemente desses, seus corpos são simbolicamente desabitados de emoções. Na vida pulsional desses pacientes, predomina uma tendência a deixar-se morrer, identificada como apatia, e sua defesa mais consistente é o repúdio do afeto (*Verwerfung*, no alemão e *desestimación* no espanhol).

A “desestimação do afeto”, como preferimos chamar, diferentemente da “desestimação da realidade e da instância paterna” observadas nas psicoses, compromete os fundamentos da subjetividade, que implica a captação das qualidades psíquicas dos vínculos.

Não se tratam, aqui, de situações em que a perda do objeto, ou seja, ter ou não ter o objeto, constitui a causa das defesas, enfim, do quadro psicopatológico. O ponto de fixação dessas defesas é anterior à diferenciação sujeito-objeto, correspondendo, portanto, ao ego real primitivo, razão pela qual a depressão nesses casos não diz respeito à perda de um objeto, mas de um contexto empático, o qual confere ao indivíduo sustentação e sentimento de existência, razão pela qual nós denominamos essas manifestações de *patologias do ser*.

O *ser*, portanto, é anterior ao *ter*.

Contudo, para dar conta desse universo sensorial caracterizado por uma falta de qualificação dos afetos, impõe-se a necessidade de um novo paradigma capaz de ampliar a psicanálise para uma mente cuja lógica não é a do prazer-desprazer de uma erogeneidade representada das psiconeuroses, mas a da tensão-alívio de descargas, muito mais primitiva, carente de inscrições psíquicas, portanto, de subjetividade. A teoria psicanalítica que melhor explica essas patologias é justamente a das referidas neuroses atuais, as quais podemos chamar de tóxicas, de acordo com a definição de Freud, e, também,

a das neuroses traumáticas, entendendo-se como trauma um estímulo externo que ultrapassa a capacidade de processamento psíquico do ego.

Na verdade, neuroses tóxicas e traumáticas se superpõem.

Nessas patologias, no lugar do tradicional “tornar consciente o inconsciente” das neuroses, psicoses e perversões, visamos “tornar consciente uma percepção”, tendo em vista que, nesses casos, constata-se uma sensorialidade que não registra diferenças qualitativas dos estímulos internos e externos, mas apenas frequências e números, a partir dos quais são estabelecidas equivalências quantitativas, ou seja, não simbólicas.

Nas *patologias do ser*, a instância desinvestida não é o pré-consciente, como nas neuroses, nem o inconsciente, como nas psicoses, mas a consciência, mais precisamente a consciência originária, anterior às marcas mnêmicas e às representações. Cabe lembrar que Freud (*Projeto*, 1950/1975a, *Carta 52*, 1950/1975b) distinguiu uma consciência oficial, que chamou de secundária, implicada na formulação “fazer consciente o inconsciente”, e uma consciência anterior, originária, a qual chamou de *neuronal*, que consiste na captação da vitalidade pulsional como fundamento da subjetividade.

Os conteúdos iniciais da consciência são a percepção, da qual derivam as marcas mnêmicas e os afetos, os primeiros a se desenvolverem como algo novo e diferente dos processos mentais puramente quantitativos. No entanto, somente ocorre o registro do afeto quando existe um sujeito, ou seja, um outro capaz de senti-lo previamente. Quando falta esse outro empático, o estímulo não é processado e o afeto transborda ou se mantém diminuído, ficando assim sem o registro psíquico.

Dessa forma, podemos considerar que o ponto de partida do funcionamento mental parece ser o estabelecimento de estados afetivos como conteúdo inicial de consciência, de onde surge a possibilidade de dotar de significação o restante do desenvolvimento psíquico. A não constituição desse primeiro conteúdo de consciência interfere no desenvolvimento ulterior e cria uma falha nas bases da subjetivação.

Dentro dessa perspectiva, conclui-se que a origem da consciência é a mesma da subjetividade, o que equivale dizer, da circulação da libido. Consequentemente, no lugar do conflito psíquico das neuroses e das psicoses, nessas situações temos o desligamento psíquico. Essa negatividade do funcionamento mental representa um esvaziamento da subjetividade, impondo, como resultado, uma dificuldade inequívoca ao trabalho analítico nos moldes como foi concebido classicamente.

Entre as *patologias do ser*, aquelas em que os pacientes carecem de um “sentimento de si”, ou seja, de algo que lhes sustentem, conforme referido

anteriormente, encontram-se as *patologias do desvalimento*, as quais incluem as enfermidades psicossomáticas, os transtornos alimentares, a doença do pânico (cujos sintomas são idênticos à neurose de angústia descrita por Freud), as neuroses tóxicas e traumáticas, os pacientes com traços autistas, as traumatofílias, as adições, as perturbações do dormir, a promiscuidade e a violência vincular.

Devemos a David Maldavsky (Maldavsky, 2004; Maldavsky et al. 2007; 2008) a designação de “patologias do desvalimento” a essas entidades clínicas, mas encontra-se em Freud a sua conceituação. Destaca Strachey na introdução do citado artigo *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926/1975l):

O determinante fundamental da ansiedade automática é a ocorrência de uma situação traumática; e a essência disso, é uma experiência de desvalimento por parte do ego em face de um acúmulo de excitações, seja de origem externa ou interna, que ele não consegue tramitar. (p. 99)

Na literatura psicanalítica, encontramos diferentes termos para designar esse estado anímico: Sifneos (1973) denominou de *alexitimia*, que quer dizer “não ter palavras para as emoções”, Marty (1976/1984) chamou de *depressão essencial*, isto é, “sem objeto”, e Krystal (1982) nomeou de *anedonia*, que significa “incapacidade para experimentar sentimentos”.

Refere Maldavsky (Maldavsky et al, 2007):

O afeto é uma forma de qualificar, de tornar conscientes os processos pulsionais e, ao mesmo tempo, na medida em que é consequência da empatia dos progenitores, também é uma forma de estabelecer um nexos com a vitalidade dos processos pulsionais desses, mas existem indivíduos nos quais essa conquista psíquica precoce não se desenvolveu ou se arruinou de maneira transitória ou duradoura: nessas situações a subjetividade fica comprometida, ao menos parcialmente, e em seu lugar costumam aparecer alterações somáticas. (pp. 17-18)

Trata-se de uma clínica do possível e, tecnicamente, o trabalho a ser desenvolvido deve ter como meta a construção das experiências não sentidas para que possam obter significação na relação analítica. Em outras palavras, ajudar o paciente a transitar da calma da pulsão de morte para a vitalidade da pulsão de vida para sentir, perceber e pensar. Em muitos casos, particularmente nas caracteriopatias sobreadaptadas, com tendência a apresentar manifestações psicossomáticas, é fundamental ajudar os pacientes a progredirem no desenvolvimento da função auto-observadora do ego, a qual vai lhes proporcionar manter uma atitude cuidadosa com respeito a eles mesmos e ao próprio corpo.

Esse déficit se encontra relacionado ao fracasso dos alarmes psíquicos que sustentam as pulsões de autoconservação como resultado da desmentida do juízo de atribuição que, de acordo com Freud (1925/1975k), é que permite ao ego estabelecer uma diferença entre aquilo que beneficia e aquilo que prejudica o indivíduo. Por conta disso, a atitude do analista deve ser predominantemente facilitadora, reanimadora, explicativa, discriminativa e inter-relacionadora. Assim, é importante ter sempre presente na relação transferencial a diferença entre intersubjetividade e transubjetividade, como forma de evitar um atravessamento narcisista que implica investimentos fusionais e adesivos, os quais dão lugar a uma dupla que funciona como continente de conteúdos indiferenciados: um padrão muito comum nesses pacientes em seus relacionamentos familiares e conjugais.

No campo da contratransferência, o maior risco que o analista corre é o de se identificar com o objeto traumatizante do paciente, desanimar ao ser contaminado pela apatia do paciente ou, opostamente, entrar em um estado de impaciência ou raiva crescente no afã de tirar o paciente da passividade. Essa conduta faz com que o paciente se mostre cada vez mais retraído porque não consegue sentir nada do que é dito pelo analista, experimentando suas palavras como intrusões violentas. Não será demais dizer que o difícil sucesso do tratamento desses pacientes depende de uma permanente e ativa vitalidade do analista, sem perder a indispensável neutralidade exigida a todo e qualquer tratamento analítico.

Como ponto final, vamos nos referir ao conceito de *correntes psíquicas*, as quais permitem à ansiedade ora transitar como sinal, ora como automática, num mesmo paciente e, eventualmente, numa mesma sessão. Voltemos mais uma vez a Freud, à primeira referência que faz sobre a existência de correntes psíquicas no inconsciente, em *Caso Dora* (1905/1975g), no qual menciona:

Quanto maior o intervalo de tempo que me separa do fim dessa análise, mais provável me parece que a falha em minha técnica esteja nesta omissão: não consegui descobrir a tempo nem informar a paciente que seu amor homossexual era a corrente psíquica mais poderosa de sua vida mental. (p. 116)

No *Homem dos Lobos* (1918/1975j) diz que era possível identificar três simultâneas correntes psíquicas correspondentes a três diferentes defesas relacionadas à castração:

- 1) *recalcamento ou repressão*;
- 2) *desmentida ou recusa*;
- 3) *desestimação do afeto ou repúdio*.

O *Homem dos Lobos* ilustra que as correntes psíquicas representam diferentes funcionamentos defensivos frente a um mesmo conflito e que as trocas de correntes ocorrem quando um funcionamento mais evoluído é substituído por outro mais regressivo. Ao mesmo tempo, as correntes psíquicas configuram fragmentos da personalidade de um determinado indivíduo que, por exemplo, pode ter um fragmento fóbico e um fragmento desvalido devido a falhas em seu desenvolvimento, podendo num momento funcionar como um fóbico e noutra, como um desvalido. Pensamos que o conceito de correntes psíquicas é de grande valia na clínica, e seu desconhecimento pode ser causa de muitos tratamentos intermináveis ou fracassados, como reconheceu Freud no *Caso Dora*.

Pathologies of to be and pathologies of to have: a review of freudian theory and clinic

Abstract: Study of contemporary psychoanalytic clinic in the light of the evolution of Freud's theory of anguish, which the author divides into *pathologies of to be* (not subjectivated) and *pathologies of to have* (subjectivated), concluding with considerations about the concept of *psychic currents*, when the same patient shows psychic functioning due to different points of correction of the libido, as referred Freud in the *Dora Case* (1905) and in the *Man of the Wolves* (1918).

Keywords: Automatic anguish. Helplessness. Primitive real ego. Psychic currents. Signal anguish.

Referências

Freud, S. (1975a). Project for a scientific psychology. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1950)

Freud, S. (1975b). Letter 52. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1950)

Freud, S. (1975c). The defense neuro-psychoses. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1894)

- Freud, S. (1975d). Further observations on the defense neuropsychoses. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1975e). Sexuality in the aetiology of the neuroses. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1898)
- Freud, S. (1975f). The interpretation of dreams. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vols. 4 e 5). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1975g). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1975h). Notes upon a case of obsessional neurosis. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 10). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1975i). A general introduction to psychoanalysis. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 15). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1915-1916)
- Freud, S. (1975j). From the history of an infantile neurosis. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1918)
- Freud, S. (1975k). Negation. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (1975l). Inhibitions, symptoms and anxiety. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1926)
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine: Méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient*. Paris: PUF.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 353-378.

Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Maldavsky, D. et al. (2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Maldavsky, D. (2008). La desvitalización y la economía pulsional vincular. *Actualidad Psicológica*, 366.

Marty, P. (1984). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona: Toray. (Trabalho original publicado em 1976)

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-62.

Tustin, F. (1992). *El cascaron protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1990)

Winnicott, D.W. (1967). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Mayara Lemos

Recebido em: 22/09/2020

Aceito em: 05/10/2020

Gley P. Costa
Rua Mariante, 288 – Conj. 1307/1308
90480-130 – Porto Alegre – RS – Brasil
E-mail: gley@terra.com.br