

Pulsão de morte, representação e simbolização¹

Patricia Rivoire Menelli Goldfeld²

Resumo: A autora retoma as contribuições de Freud relativas às doenças orgânicas, o conceito de pulsão de morte (Freud, 1920, Além do Princípio do Prazer) e as contribuições de Green e da Escola Psicossomática de Paris, para estudar a função desobjetalizante da pulsão de morte, e seu papel nas falhas simbolizatórias. O trabalho tem por objetivo revisar alguns autores para compreender a depressão essencial, um tipo de depressão sem sofrimento psíquico, sem angústia ou melancolia, em que o indivíduo torna-se apático.

Palavras chave: Depressão essencial. Psicanálise. Psicossomática. Pulsão de morte.

Em toda a obra de Freud, não encontramos nenhum trabalho especificamente associado à psicossomática. No entanto, as ferramentas conceituais que ele deixou serviram como base para elaboração futura de psicanalistas interessados em enfermos afetados por doenças somáticas. Freud cita, em seus estudos, quatro tipos de sintomas somáticos: os sintomas de conversão histéricos, os sintomas somáticos da neurose atual, os sintomas hipocondríacos e as doenças orgânicas estabelecidas. Neste trabalho, vou me deter especificamente ao caso dos pacientes psicossomáticos, para relacionar os conceitos de pulsão de morte, corpo e mentalização.

Freud (1917/1977a) abordou o estudo das doenças orgânicas em dois níveis diferentes: o primeiro tipo seria no caso de uma doença orgânica estabelecida, em 1916/17, nas *Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III): conferência XXVI, A teoria da libido e o narcisismo*, em que ocorreria uma regressão narcísica de investidas eróticas de objeto em direção aos órgãos internos enfermos; e o

1 Trabalho apresentado no XXXI Congresso Latino Americano de Psicanálise, Cartagena, 2015.

2 Psicanalista e Psiquiatra Forense, Membro Associado da SBPdePA, Diretora de Comunicação, Editora da Revista e do Jornal da SBPdePA, Mestre, Doutora e Pós Doutora pela UFRGS e Diretora Geral do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.

segundo tipo refere-se à enfermidade orgânica desde o ponto de vista de sua origem e se apoia na teoria desenvolvida em 1920, em *Além do princípio do prazer*, da oposição entre as pulsões de conservação e de morte ou destruição. Ele destaca que, num curso de um estado de desfusão pulsional duradouro, sem possibilidade de refusão, uma das consequências a que se expõe o sujeito é que suas funções somáticas sofram alterações profundas, dando nascimento a enfermidades orgânicas.

Além disto, Freud assinalou, no decurso de numerosas observações, certas relações paradoxais e enigmáticas entre estados patológicos do corpo e estados psicopatológicos. Daí surgiria uma impossibilidade clínica e econômica entre um estado de neurose traumática e uma afecção corporal, do mesmo modo que desaparece um estado neurótico quando se instala uma enfermidade somática. Esses movimentos pendulares entre estados psíquicos e estados somáticos parecem pôr em jogo a qualidade da organização masoquista do sujeito.

Green (1993) baseia-se na hipótese de que a perspectiva essencial da pulsão de vida é assegurar uma *função objetalizante*. Isso não significa apenas que o papel da pulsão de vida é criar uma relação de objeto (interno e externo), ela também se revela capaz de transformar estruturas em objeto, mesmo quando este não está diretamente em questão, com vistas a um investimento significativo. Do ponto de vista oposto, a perspectiva da pulsão de morte é cumprir o máximo possível uma função *desobjetalizante* através do desligamento. Essa qualificação permite compreender que não é apenas a relação de objeto que se vê atacada, mas também todas as suas substituições. Por exemplo, o ego, os órgãos internos, o corpo, qualquer instância que tenha sido investida com o processo de objetalização. Green culmina com o conceito de narcisismo negativo como aspiração ao nível zero, expressão de uma função desobjetalizante que não se contentaria com dirigir-se sobre os objetos ou seus substitutos, mas que atacaria o processo objetalizante como tal. Para ele, a função desobjetalizante pode ser encontrada em outros quadros clínicos além da melancolia, como no autismo infantil, em psicoses crônicas não paranoides, na anorexia e em diversas expressões de patologia somática do lactente.

Os trabalhos da Escola Psicossomática de Paris corroboram a hipótese do desinvestimento e a tendência desobjetalizante da pulsão de morte. Pierre Marty (1988), com seus estudos de pacientes psicossomáticos, descreveu uma série de conceitos chaves que nos permitem entender a economia psicossomática baseada na noção de mentalização.

Marty distinguiu os tipos de depressão como aqueles com expressão e aqueles sem expressão. As depressões com expressão são as que se manifestam através de uma sintomatologia mental positiva e correspondem às chamadas neuróticas,

ou à melancolia clássica, representando um estado de boa mentalização. As depressões sem expressão, ao contrário, não apresentam uma sintomatologia mental claramente identificável. São a depressão reativa, a depressão mascarada, latente ou crônica e aquela por esgotamento. A sua definição de depressão essencial tornou-se o referencial clínico das depressões sem expressão: nela não observamos sofrimento psíquico, nem sentimento de culpa, de inferioridade, ou mesmo de angústia. Ela se revela através de uma fadiga tenaz, que se converte em desinteresse pela vida: não há movimento. Pode haver tensão, que o paciente chama de estresse, uma incapacidade em encontrar paz interior. O corpo se impõe, ao contrário do psiquismo, como um objeto de expressão dolorosa, e o paciente apresenta queixas corporais diversas. Marty (1988) entende, metapsicologicamente, a depressão essencial como uma manifestação da diminuição de tônus do instinto de vida. Ele a qualificou como essencial por se encontrar em estado puro, sem coloração sintomática e sem contrapartida econômica positiva. A ausência de objetos internos aos quais recorrer se une à ausência de possibilidades relacionais frente a objetos exteriores. Essa dupla falta, que implica na ruptura do funcionamento mental, justifica o nome *depressão sem objeto*, e está relacionada ao que Green referiu-se como função desobjetalizante da pulsão de morte.

Para detalhar melhor, Spitz (1979) nos lembra que na fase autoerótica do desenvolvimento é o próprio corpo o objeto da satisfação pulsional. As pulsões parciais possuem uma relativa independência umas das outras e buscam, cada uma, seu prazer de órgão. Nesse estado de não integração, nessa fase do desenvolvimento, existe uma não distinção entre a satisfação pulsional e o objeto da percepção. Nesse tempo, toda perda objetual equivale a uma perda de si mesmo, ou seja, uma perda narcísica. Então, depois da saída do objeto materno, os investimentos bipulsionais, relativamente indiferenciados nesse estágio, vão sofrer um duplo processo: uma regressão em relação ao objeto do próprio corpo e um certo grau de destrincamento entre as polaridades pulsionais sexual e destrutiva.

É aqui que Pierre Marty (1988) coloca que se criam as condições para a depressão essencial: por causa do estado inacabado pulsional, a ausência de objetos internos funcionais conduz ao movimento de regressão ao próprio corpo, que se transforma nesse momento no objeto de eleição da destrincação pulsional. Em sua descrição de depressão anaclítica, Spitz (1979) refere-se a um borramento progressivo das manifestações agressivas do bebê, e ao aparecimento de manifestações somáticas: insônia, perda de peso, doenças orgânicas. Claude Smadja (2005) resume deste modo: um processo de desfusão pulsional mantido por uma corrente de destrutividade interna e um processo de refusão determinado

pelo patomasoquismo. Em outra perspectiva, aconteceu algo de traumático num tempo muito precoce do desenvolvimento pulsional e psíquico, tempo em que não havia ainda finalizado a separação entre eu e não-eu, entre sujeito e objeto, resultando numa perda narcísica para o bebê. A depressão essencial encobre uma falta da ordem de narcisismo primário.

É essa perda narcísica que funda a conjuntura traumática da doença operatória. Nos estados operatórios, o defeito na organização narcisista primária se mostraria através de uma tendência para a passividade, uma incapacidade de desenvolvimento natural do narcisismo e um desvio para um narcisismo de comportamento cuja função seria negar a realidade da incompletude do sujeito, com uma busca incansável de satisfazer o ideal de conformidade da mãe e das figuras parentais.

O sujeito operatório não se perturba com os tormentos do pensamento: não duvida. Para ele, o pensar não se baseia numa atividade de ensaio. O pensamento operatório é igual a outro pensamento operatório. Há um superinvestimento do factual e da realidade. O seu tempo é o tempo presente, e há a proeminência da afirmação sobre a negação. A exclusão do funcionamento da linha alucinatória tem como consequência principal alterar mais ou menos gravemente a função de representação do objeto cujo objetivo, podemos pensar, seria negar a ausência traumática dos objetos representados. Além disso, a natureza mesma da realidade operatória, coletiva, monótona e indiferenciada, permite instalar um contínuo objetual que vem a substituir a descontinuidade insuportável dos objetos individuais. Na doença operatória, o narcisismo está afetado e o ego submetido a um processo de desobjetalização.

Para finalizar, segundo Pierre Marty (1988), nos casos de desorganização mental avançada, em que aparecem a depressão essencial e a vida operatória, o inconsciente não emite mais investidas em direção ao mundo exterior, o que é traduzido pela ausência de elaborações e de expressões psíquicas. Contrariamente, permanece continuamente sensível às excitações que lhe chegam, o que se observa nas modificações e nos agravamentos somáticos do sujeito. A hipótese de Marty repousa na ideia de uma ruptura de comunicação entre o inconsciente/pré-consciente e o sistema de percepção/consciência. Para ele, a depressão essencial está vinculada a fenômenos muito precoces do desenvolvimento do indivíduo e está relacionada a consequências na sua estruturação primária. O trabalho clínico com os pacientes deprimidos essenciais revela, frequentemente, situações precoces de falha no investimento materno ou superinvestimento reativo a uma depressão materna.

Death drive, representation and symbolization

Abstract: The author recounts Freud's contributions to organic diseases, the concept of the death drive (Freud, 1920, Beyond the Pleasure Principle) and the contributions of Green and the Paris Psychosomatic School to study the disobjective function of the drive of death, and its role in symbolic failures. The purpose of this paper is to review some authors to understand the essential depression, a type of depression without psychic suffering, without anguish or melancholy, in which the individual becomes apathetic.

Keywords: Death drive. Essential depression. Psychoanalysis. Psychosomatic.

Referências

Freud, S. (1977a). Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (1977b). Além do princípio de prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Marty, P. (1988). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

Smadja, C. (2005). *La vida operatória*. Madrid: Biblioteca Nueva.

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

Recebido em: 11/06/2018

Aceito em: 20/08/2018

Patricia Rivoire Menelli Goldfeld
Rua Mostardeiro, 333/205
90430-001 Porto Alegre – RS – Brasil
E-mail: pgoldfeld21@gmail.com