

Freud e os pós-freudianos sobre as patologias atuais

Laura Ward da Rosa¹

Resumo: Desenvolve-se um estudo sobre a clínica atual, partindo da descrição freudiana dos estágios iniciais, que ele designou *eu real primitivo*, seguido pelo *eu de prazer purificado* e chegando ao *eu real definitivo*, correlacionando a constituição subjetiva e as defesas que interferem nesse processo. Sabe-se que nas psiconeuroses há um conflito inconsciente, de natureza edípica, que sofre repressão (*Verdrängung*) e que estão norteadas pelo princípio do prazer/desprazer e pelo princípio de realidade. Nas patologias contemporâneas, deparamo-nos com quadros clínicos mais próximos da descrição de Freud das neuroses atuais, nas quais não há conflito recalcado, predominando as manifestações diretamente no soma, pela falta de simbolização. Nesses casos, transitamos pelas defesas do negativo: *Verneinung* (denegação), *Verleugnung* (recusa da realidade) e *Verwerfung* (forclusão ou rejeição). Os excessos pulsionais manifestam-se diretamente no corpo, como em distúrbios psicossomáticos, alimentares e nas toxicomanias, expressões clínicas que estão além do princípio do prazer, campo do gozo e da pulsão de morte.

Palavras-chave: Defesa. Eu. Fronteira. Gozo. Limite. Prazer.

Grande evolução ocorreu na psicanálise a partir da metade do século passado até os dias atuais. O psicanalista enfrentou o desafio de atender no território das bordas e fronteiras, atreveu-se a investigar os chamados casos de difícil acesso, passou a entender melhor os mecanismos arcaicos do funcionamento psíquico.

¹ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.

Assim, ampliou a clínica psicanalítica, dedicando-se a um grande número de pacientes que demandam atenção devido ao um tipo de sofrimento, antes não bem entendido: se o instrumento é a palavra, eles não sabem falar; se o recurso é expressar os afetos, eles não podem senti-los. Aos desvalidos do recurso simbólico restava, antes, buscar dar vazão a esse tipo de angústia, advinda diretamente do soma: comer em excesso ou não poder alimentar-se, usar drogas cada vez mais potentes e aprimoradas no seu poder destrutivo, além de nicotina e álcool, ditas *lícitas*, num paradoxo questionável para uma sociedade ávida de experiências-limite. Também esses pacientes podem apresentar compulsões variadas e mesmo lesões em órgãos vitais, como nas manifestações psicossomáticas. Detectamos, ainda, a produção de marcas corporais em tatuagens e *piercings* ou em cortes autoengendrados na busca do registro de uma identidade falha. Pela impossibilidade de tramitar a angústia por meio da palavra, verificam-se passagens ao ato, visando ao alívio do excesso de puras quantidades, não qualificadas, da tensão intrassomática. Poder trabalhar nessa fronteira é tarefa do psicanalista de nossos dias, após adentrar na psicopatologia dos estágios mais primitivos do funcionamento psíquico.

É importante ressaltar que Freud, bem no início de suas observações sobre a histeria, em seu artigo *As neuropsicoses de defesa*, de 1894, estudando a constituição do eu e os mecanismos de defesa, destaca a ocorrência de neuroses mistas, com o aparecimento simultâneo de fobias e sintomas histéricos, como algo frequente na clínica. Afirmar, ainda, que o eu, para escapar de uma ideia incompatível, pode refugiar-se numa psicose alucinatória, afastando-se da realidade. Nesse caso, é claro e preciso ao afirmar:

Há, entretanto, uma espécie de defesa, muito mais poderosa e bem-sucedida. Aqui o ego rejeita a ideia incompatível juntamente com seu afeto e comporta-se como se a ideia jamais lhe tivesse ocorrido. Mas, a partir do momento em que o tenha conseguido, o sujeito encontra-se numa psicose, que só pode ser qualificada como *confusão alucinatória* (FREUD, 1894, p. 71).

Era já a genial captação da *Verwerfung*, que vai ser depurada somente a partir de 1925, no artigo *Die Verneinung* – expressão erroneamente traduzida por *A negativa*, hoje admitida como *denegação*. Nesse trabalho, Freud aborda a questão das ideias reprimidas (*Verdrängung*), que somente podem ser admitidas na consciência se estiverem negadas. Desse modo, a *Verneinung* expressa a dupla operação de negar algo, ao mesmo tempo em que o confirma. Dentre as negações constitutivas do sujeito, encontram-se ainda a recusa da realidade (*Verleugnung*) e a forclusão,

repúdio ou rejeição do significante primordial (*Verwerfung*) – esta muito mais radical – que são justamente as defesas predominantes nas patologias das bordas e fronteiras. Freud usou os dois termos de maneira bastante ampla. É com Lacan, porém, que o vocábulo *Verwerfung* ganha *status* de mecanismo específico das psicoses, que ele traduziu por *forclusão*, conferindo a essa defesa o papel de excluir o pai simbólico como significante primordial. Dirá, então, que o *Nome do Pai* é o objeto da rejeição e que estará forcluído nas patologias mais graves. Essa rejeição impede o sujeito de simbolizar a castração e, desse modo, de admitir a falta e o limite.

Partindo de Freud, no *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, e nos seus desenvolvimentos posteriores, bem como nos autores pós-freudianos, chegamos à compreensão das patologias contemporâneas como falhas na organização do eu real primitivo, por traumas precoces que determinam pontos de fixação nos estágios mais iniciais da constituição subjetiva. Assim, Freud descreve um estágio inicial pré-psíquico, a partir do nascimento, no qual existe uma organização neuronal capaz de originar uma consciência sensorial, derivada da percepção de estados corporais. As experiências subjetivas primitivas estão intimamente relacionadas às sensações oriundas do corpo; nesse estágio em que o ego se compõe de *núcleos aglutinados* (BLEGER, 1977), ainda não houve a integração. O segundo tipo de consciência seria já de natureza propriamente psíquica, a partir da ativação de marcas mnêmicas que, então, expressariam pensamentos regidos pelo processo secundário.

O período neuronal inicial funciona a partir de estímulos exógenos e endógenos, e capta apenas quantidades que são descarregadas ou em contrações musculares ou pela via endógena, por meio de secreções e mecanismos vasomotores. Esse período, que Freud chamará *eu real primitivo*, rege-se pelo princípio de constância, através do qual os estímulos captados pelo polo perceptual, vindos do exterior ou desde o interior do organismo, são descarregados pelo polo motor, seguindo o modelo do arco reflexo. A função principal do eu real primitivo, de acordo com a pulsão de autoconservação, é promover a eliminação dos excessos de tensão e manter o aparelho psíquico em níveis de mínima excitação compatível com a vida. Para tanto, esse eu primitivo deve adquirir a capacidade de discriminar o dentro e o fora, aprendendo os distintos momentos dos ritmos biológicos de satisfação das necessidades, fornecida pela ação específica promovida pela mãe, que empatiza e satisfaz o seu bebê. Se há sintonia entre a necessidade e a satisfação, promove-se o bem-estar básico, com a descarga que produz alívio das tensões e prazer – embora nessa fase unicamente de órgão.

Ainda não estamos no princípio do prazer, que se instala mais tarde com o eu de prazer purificado. Sabe-se que dos estímulos internos não é possível fugir. Quando há falha nesse mecanismo de equilíbrio, quando não há sintonia entre as necessidades e as demandas do bebê e a oferta materna ou do objeto cuidador, forma-se um ponto de fixação originado pelo acúmulo de excitação e pelo incremento da angústia que será, então, descarregada diretamente nos órgãos vitais – como o aparelho respiratório, o circulatório e o digestivo, primeiros investimentos libidinais que, a partir do nascimento, mantêm a sobrevivência – ou através da pele, como envoltório e elemento de contensão corporal.

Winnicott (1990) captou a importância da sintonia materna em relação às necessidades do bebê e estabeleceu os conceitos de mãe suficientemente boa e preocupação materna primária para expressar o papel central da mãe: de estar atenta, decodificar e satisfazer adequadamente o filho nos diferentes momentos evolutivos. Pesquisas demonstram a importância dos ritmos e sintonias na relação mãe-bebê, as vicissitudes desse encontro e a comprovação do quanto a patologia materna pode determinar manifestações sintomáticas no pequeno ser, que não tem recursos próprios para contrapor-se às intrusões ou desconexões maternas.

Tustin (1990) descreveu núcleos autistas em pacientes neuróticos graves, nos quais há pontos cegos relativos aos processos cognitivos e afetivos capazes de encapsular o sujeito pela falta de percepções e representações adequadas de si mesmo e do mundo circundante. Sabemos que as pulsões, por serem somáticas, para chegarem a expressar-se psiquicamente, necessitam do *representante representativo* e do afeto, que promove ligações ao objeto e outorga qualidade psíquica. Para que haja consciência, é necessário o investimento afetivo. O componente mais importante do afeto é o que Freud chamou de *matiz*, sugerindo que, quanto mais atuante, mais o sujeito adquire condições para fazer ligações, para captar a realidade e ter consciência adequada do mundo externo.

Green (1993) desenvolveu a concepção de clínica do vazio, ou do negativo, também chamada de série branca, que engloba a psicose branca ou núcleo psicótico sem psicose, a alucinação negativa e o luto branco. Essas patologias originam-se em sérias alterações na capacidade de representação, devido a uma relação mãe-bebê extremamente perturbada, que compromete a constituição do eu e, como consequência, do supereu, com profundas distorções e alteração da capacidade simbólica. Para Green (1993), o mecanismo de defesa fundamental nesses casos é o desinvestimento. Nesses quadros clínicos, há um desinvestimento massivo, por parte do objeto, o que deixa marcas no inconsciente, como se fossem *buracos psíquicos*. O sujeito apresenta uma vida vazia, com manifestações de fracasso profissional ou amoroso, com repetição de abandonos, enfim, desvitalizados. O

complexo da mãe morta evidencia uma depressão branca, no sentido de que não se trata da perda real do objeto, mas de sua presença, porém sem afeto. A mãe ausentou-se de seu filho e ficou absorta, narcisicamente, em seu próprio luto. A criança sofre esse desinvestimento súbito e se identifica com o vazio da mãe desvitalizada – o que Green (1988) chama de identificação negativa, porque não se dá com o objeto, mas com o vazio deixado pelo desinvestimento.

Marty (2003) apresentará outra abordagem, mais especificamente referindo-se ao paciente psicossomático e às neuroses de caráter. Nesses pacientes, pelo vazio representacional, não há vida fantasmática. O sujeito apresenta-se sobreadaptado e apegado ao discurso factual. O pensamento operatório, isto é, sem ligações com percepções e fantasias, limitado no acesso aos símbolos, torna-o apegado ao concreto e impede a expressão dos afetos, de modo a configurar-se uma verdadeira vida operatória. Esta, geralmente, está ligada à depressão essencial, que consiste numa depressão sem objeto, sem culpa e sem autoacusação. A ferida narcisista e o déficit de trabalho mental incrementam a repetição da descarga dos excessos unicamente por via somática, razão pela qual os pacientes adoecem no corpo, sofrendo lesões que refletem a dificuldade de tramitar a angústia pelo uso da linguagem.

Devemos a Lacan (1957-1958) um importante legado na compreensão das patologias contemporâneas, no sentido de diferenciar necessidade, demanda e desejo, por um lado, e prazer e gozo, por outro. Sabemos que Freud utilizou a palavra alemã *lust* para designar prazer e a palavra *genuss*, quando se referia a gozo – descrito como prazer extremo, êxtase ou volúpia. Usou, porém, poucas vezes a segunda, e não seguiu aprofundando essa distinção. Lacan dedica-se intensamente a esse estudo a partir de 1960. Considera o princípio do prazer como homeostático, o que promove o equilíbrio psíquico, impedindo o excesso, que chama gozo, porque só pode se manifestar no corpo.

Tanto na clínica dos distúrbios alimentares como nas toxicomanias essa diferenciação é importante. Na necessidade, o sujeito satisfaz-se com o objeto em si; embora saibamos que ela não exista em estado puro, sempre há um signo de linguagem que a acompanha. Na demanda, porém, sempre está implicado um *Outro*, porque ela é uma demanda de amor. A mãe que a criança solicita não só satisfaz a necessidade de alimento como também expressa o amor e o olhar de ternura, de reconhecimento do filho como sujeito. Sabe-se que na base da anorexia e da bulimia esse dilema se presentifica, de maneira que, no plano da necessidade, a criança foi atendida, por vezes até alimentada em excesso, enquanto no da demanda foi ignorada, não atendida no sentido do afeto e do olhar que transmite a aprovação, necessário ao narcisismo trófico.

A partir desse desencontro inicial, desse trauma precoce e intenso, o sujeito passará a rejeitar a demanda, pelo mecanismo da forclusão, enquanto recusa a necessidade de alimento. O abandono ou a diminuição do investimento na criança determina uma espécie de refluxo narcísico no qual o sujeito passa a preocupar-se excessivamente consigo mesmo, numa luta paradoxal com o objeto da necessidade, o alimento.

A descoberta de Freud trouxe à luz a constituição do corpo erógeno, construído a partir do corpo biológico, através do investimento afetivo que coloniza inicialmente as zonas erógenas para depois ser concebido como toda uma superfície capaz de excitação sexual e, portanto, de inscrições dos estímulos sensoriais. Quando o corpo real não passa por esse processo, o significante permanece desligado da representação simbólica, mudo às emoções e às manifestações da pulsão de vida, como constatamos nos casos de anorexia, na qual o soma predomina, numa fixação masoquista de excitação que ultrapassa os limites do prazer, atingindo o domínio do gozo, conceituado por Lacan como todo o excesso para além do princípio do prazer, algo que extrapola e passa a produzir dor e sofrimento – campo privilegiado da pulsão de morte.

Também nos casos de drogadição encontramos essa luta necessidade-demanda e a busca constante do objeto droga. A clínica demonstra que o toxicômano utiliza-se do recurso químico para tentar se afastar do *Outro* que é excessivamente presente, desenvolvendo o que Fédida (2002) chama *adição da ausência*. Observa-se que, nesse âmbito das patologias contemporâneas, a marca básica na determinação dos sintomas é a presença, no inconsciente, do objeto tirânico que não se afasta e que submete o paciente aos seus desígnios. Winnicott (1990) advertira a importância da mãe que saiba falhar, no momento certo, para liberar seu bebê, de modo a proporcionar ao filho a autonomia e o desenvolvimento adequados. Lacan (1956-1957) trabalhou muito a função indispensável da falta, descrevendo suas três dimensões: a frustração, a privação e a castração.

Desde Freud sabemos que, para que se instale o símbolo, é necessária a configuração da ausência; o processo de subjetivação coincide com a perda do objeto, para que se adquira a capacidade simbólica. Essa perda provocadora de desprazer é o que impulsiona o psiquismo à representabilidade da ausência e, uma vez se admitindo a falta, à aquisição do próprio desejo. Mas, para tolerar essa perda, é fundamental contar, no início, com a presença e o amor de um *Outro*, *holding* (Winnicott) ou *contingente* (Bion), que forneça as condições necessárias à sobrevivência e à subjetivação. A mãe deve retirar-se progressivamente,

respeitando o limite e o tempo do advir do sujeito. Esse movimento, a mãe dos pacientes portadores das patologias atuais não proporciona. Ela é plena, narcísica, apossa-se do filho, condenando-o à alienação.

Assim, para Cláudia, que está com doze quilos a menos do que deveria para a sua altura, por mais que evite comer e malhe na academia até a exaustão, sempre se acha gorda e é advertida pela mãe de que tem *pneuções* em sua cintura. Ela não encontra o prazer de uma boa refeição porque o espelho, seu algoz, sempre lhe sussurra que *existe outra mulher mais bela do que ela*: sua mãe magérrima e vampiresca, a cobrar-lhe magreza, não lhe permitindo desenvolver formas femininas e desfrutar da sexualidade e do prazer genital, obrigando-a ao gozo tanático, de características orais. Ao permanecer capturada no desejo da mãe, evidencia-se a falta do pai, que pudesse interditar a relação simbiótica mãe-bebê, instalando a lei da proibição do incesto, ao privar a mãe de seu bebê e instalar a castração simbólica. Vê-se claramente a operação da *Verwerfung* rejeitando a entrada do terceiro, no caso o pai, que opere a separação. Desse modo, a falha da função paterna impede a instalação da alteridade e da diferença.

Lacan (1957-1958) destacou a importância da resolução positiva do complexo de Édipo para que os pais ocupem os devidos lugares, possibilitando o desenvolvimento adequado do filho. Assim, a mãe que admite a necessidade do homem para a concepção e a criação do bebê reservará o lugar do pai. O exercício da metáfora *nome do pai*, ou função paterna, é o elemento estruturante da constituição subjetiva. Ao contrário, quando a mãe se apossa narcisicamente do filho, desvalorizando e afastando o companheiro, a separação não ocorre. A criança permanece, então, alienada ao desejo da mãe. Cláudia me relata, com expressão de triunfo, sua satisfação ao dominar a fome, tomando copos d'água, fazendo exercícios e fumando até *cair morta* de cansaço na cama e dormir. Quando consegue não comer, considera-se vitoriosa, *acima dos comuns mortais*, que precisam alimentar-se. O gozo, diferente do prazer, coincide com o excesso e com o máximo de angústia pelo risco de, repetidamente, desafiar a morte. Na anorexia, a forclusão é plenamente detectada na alucinação negativa do corpo real, visto no espelho como aumentado, enquanto a realidade demonstra o oposto. Há uma enorme distorção da percepção de si mesmo e da imagem corporal.

A compulsão pelas situações de risco também encontro em Henrique, campeão de *motocross*, que exhibe com orgulho suas cicatrizes por fraturas múltiplas. Afirma que jamais deixará de correr porque a adrenalina da velocidade e dos perigos que enfrenta é sua razão de viver, porque, quando sofre uma fratura, é quando sente que tem um corpo. Tudo o que não foi simbolizado aparece

no Real, diz Lacan. As cicatrizes precisam tornar-se visíveis para que o sujeito perceba que tem um corpo.

Green (1990) propôs uma nova clínica psicanalítica para esses casos, a que prefere chamar de *loucuras privadas*, enquanto diferentes autores utilizam distintos termos, como *pacientes de difícil acesso*, *alexitimia* ou *patologias do desvalimento*, segundo Maldavsky (1992). Esses quadros clínicos produziram uma mudança importante no *setting*. Não se trata mais somente de levantar a repressão de um conflito neurótico, mas de ajudar o paciente a simbolizar ou a integrar aspectos cindidos do eu. Não mais interpretações do reprimido, mas construções que promovam ligações, elaborações e historização. O trabalho nesse território de fronteira implica considerarem-se o nível de regressão e os tipos de repetição.

Destacam-se, assim, dois tipos de repetição: as repetições que aparecem no discurso, que têm acesso à palavra e que, portanto, estão ligadas a representações; e as repetições em ato, nas quais não houve inscrição e que se expressam na conduta, por passagens ao ato, ou diretamente no corpo, por meio de lesões somáticas. Nesse sentido, Marty (2003) avalia o grau do que chama *mentalização do paciente*, que inclui a atividade representacional e a capacidade fantasmática. Ele considera dois tipos de somatização: um, mais benigno, no qual predomina um funcionamento mais organizado, do tipo neurótico, no qual se podem manter o *setting* clássico e o uso do divã; outro no qual houve desligamento pulsional. O eu não logrou uma organização neurótica, por traumas precoces e profundos, determinando uma fixação narcisista que resultou numa vida operatória, que inclui a depressão essencial e o pensamento operatório. O sujeito funciona sem tonalidade afetiva, sobreadaptado, com pensamento concreto e ausência de fantasias. Neste caso está contraindicado o dispositivo analítico clássico e o uso do divã porque há a necessidade do contato visual com o analista, que se vale de sua capacidade empática para fornecer os signos e a expressão do afeto, que o paciente não pode sentir. A exigência ao trabalho do analista é significativamente aumentada.

Concluindo, lembramos que Freud afirmou ser uma pré-condição, para que haja um perfeito ajuste ao princípio da realidade, que o objeto tenha sido perdido, para que o encontro seja, de fato, um reencontro. Os pacientes das patologias contemporâneas são justamente aqueles nos quais não se deu a perda do objeto que Lacan chamou de *objeto a*, predominando o registro do *real*, em relação ao *simbólico* e ao *imaginário*. Cabe ao analista a tarefa de tentar iniciar esse processo constitutivo da subjetividade, propiciando ao analisando a simbolização e a posse de seu próprio desejo. *Ser ou não ser*, disse Hamlet, eis a questão.

Freud and post-freudians about current pathologies

Abstract: The current clinical approach is discussed based on Freud's description of initial stages, which he called the real primitive ego, followed by the *purified pleasure ego* and by the *real definitive ego*, establishing a correlation between the subjective constitution and the defenses that interfere with this process. It is commonly known that in psychoneuroses there exists an unconscious conflict, oedipal in nature, which endures repression (*Verdrängung*), and that these psychoneuroses are guided by the pleasure/unpleasure principle and by the reality principle. In contemporary pathologies, we are faced with clinical pictures that closely resemble Freud's description of actual neuroses, in which no repressed conflict exists, with predominance of manifestations directly in the soma, due to the lack of symbolization. In these cases, defenses involve negative mechanisms: negation (*Verneinung*), disavowal (*Verleugnung*) and foreclosure (*Verwerfung*). Excessive drives manifest themselves directly in the body, as occurs in psychosomatic and eating disorders and addictions, clinical expressions beyond the pleasure principle, the enjoyment field and the death drive.

Keywords: Boundaries. Defense. Ego. Enjoyment. Frontiers. Pleasure.

Referências

- BLEGER, J. **Simbiose e ambiguidade**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- FÉDIDA, P. **Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia**. São Paulo: Escuta, 2002.
- FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: _____. **Obras psicológicas completas**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 71.
- _____. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: _____. **Obras psicológicas completas**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- _____. (1925). A negativa. In: _____. **Obras psicológicas completas**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.
- _____. **De locuras privadas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.

_____. **El trabajo de lo negativo**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

LACAN, J. A relação de objeto. In: _____. **O seminário**, livro 4: A relação de objeto. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. Originalmente publicado em 1956-57.

_____. As formações do inconsciente. In: _____. **O seminário**, livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. Originalmente publicado em 1957-58.

MALDAVSKY, D. **Teoría y clínica de los procesos tóxicos**. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.

MARTY, P. **La psicossomática del adulto**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

TUSTIN, F. **Barreiras autistas em pacientes neuróticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os procesos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

Laura Ward da Rosa
Rua Dona Laura, 207 / 402
90430-090 Porto Alegre – RS – Brasil
e-mail: lauraros@terra .com.br