

A clínica contemporânea e suas raízes metapsicológicas freudianas¹

Norberto C. Marucco²

Resumo: O autor, ao ser indagado sobre a psicanálise contemporânea, busca em Freud as bases para pensar a “patologia atual”. Define o que chamou de “zonas”, “áreas” de funcionamento psíquico, tomadas da metapsicologia freudiana, delimitando o que considerou cinco temas fundamentais na obra de Freud: os sonhos, o narcisismo, a pulsão de morte, a identificação e o fetichismo. Na elucidação e ampliação desses temas encontram-se suas proposições para uma atualização do trabalho analítico.

Palavras-chave: sonho, narcisismo, pulsão de morte, identificação, fetichismo

Este trabalho abordará indagações sobre as tendências atuais na psicanálise contemporânea a partir dos ecos que reverberaram do Congresso Internacional de Psicanálise realizado em Nice no ano de 2001.

Vou pensar sobre essas indagações, isto é, sobre as questões ligadas à diversidade de linhas teóricas e conceituais (de cuja interrelação, se ela existe, surge uma ampla gama de matizes entre o acordo e a mais franca oposição); as decorrentes da fronteira, que é por sua vez confluência e demarcação entre a psicoterapia psicanalítica e a psicanálise, e também as que nascem das indagações suscitadas pela investigação, entre muitas outras questões de igual importância. *A priori*, pareceria possível concluir que a análise contemporânea poderia ser definida explicitando o significado que teria cada termo dessa definição para aquele que a enunciasse. Na concepção atual da psicanálise, de seus enunciados teóricos, seus alcances clínicos e a direção para onde irá se orientar a investigação, apenas parece possível generalizar “tendências”, consensos mais ou menos amplos dentro da comunidade científica. Assim, a perspectiva singular de cada analista não só é influenciada por estas “tendências atuais” – e por acréscimos, refutações, revisões, reformulações, recombinações etc., que sua reflexão crítica introduz – mas, fundamentalmente, pela experiência advinda de sua própria prática clínica e pelo estímulo que os problemas surgidos a partir

1 Conferência proferida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo em 15 de setembro de 2012, baseada no artigo “Quelques punctuations psychanalytiques (à partir de ma pratique clinique)?” publicado em uma edição especial da “Revue Française de Psychanalyse”, tomo LXV, Hors Série, *Courantes de la Psychanalyse contemporaine*, com direção de André Green, PUF, Paris.

2 Membro titular da Associação Psicanalítica Argentina.

dela impõem a seu pensamento dando lugar a teorizações pessoais. Desde esta perspectiva, imerso na atualidade de minha prática analítica e nos desafios que ela me propõe, e considerando o particular contexto cultural em que se insere, tentarei responder às inquietantes indagações que se formulam revisitando os pilares teóricos, clínicos e técnicos que lhes servem de sustentação. Não sei se conseguirei ir muito mais além de definir minhas próprias “tendências atuais” na psicanálise contemporânea. Não sei sequer se meu pensamento daria conta de, ou poderia marcar, alguma tendência. Acredito que apesar das perspectivas, às vezes incertas, que parecem obscurecer o futuro da psicanálise, sua seiva permanece fluindo graças ao aportado por suas raízes na obra de Freud. É de suas entranhas que podem surgir novos desenvolvimentos. É a partir dali que se gera todo movimento teórico na psicanálise, “revisitando” (diria Green) suas articulações com a obra freudiana para tentar formular respostas às solicitações que a clínica nos demanda. Assim, nutrida por sua fonte, enriquecida pela reflexão viva de seus pensadores, fortificada pelo pluralismo de suas ideias, a psicanálise contemporânea não só será capaz de enfrentar o desafio dos tempos atuais, mas, principalmente, o que não só é o maior como também o mais urgente e lamentavelmente eterno; ou seja, o desafio que lhe impõe o padecer do homem.

Nesse sentido, e como aproximação a uma definição, diria que para mim a psicanálise é, em essência, uma disciplina cujo corpo de teoria e método traz uma especial compreensão do psiquismo humano e do modo como encontrar um caminho terapêutico para seu sofrimento. Daí o valor que atribuo à *teoria da cura* em psicanálise: esta define os objetivos não só de nossa tarefa como analistas, mas também dos pacientes que recorrem a ela na busca de alívio para seu mal estar. Perde-los de vista não só seria faltar com nosso compromisso, mas também com a nossa ética. Ninguém busca análise por um mero afã investigativo acerca de si: todo sujeito que decide empreender tão comprometida tarefa busca através dela que algo da própria vida adquira um novo sentido.

Assim, *no campo da clínica*, nossa vocação analítica nos coloca no lugar de um investigador muito particular que deve constantemente refletir sobre si, sobre sua tarefa terapêutica, sobre a teoria que sustenta, sobre o contexto cultural que seu atuar e pensar estão inseridos, sobre as vicissitudes do contexto científico ao qual pertence e sobre a relação que este estabelece com os demais campos científicos. Pessoalmente entendo o método psicanalítico como uma proposta ao paciente de conhecimento de si mesmo que, por sua vez, supõe por parte do analista a vontade de conhecer (seu paciente em sua singularidade, a si mesmo como sujeito envolvido no processo e de conhecer as modalidades de estruturação e funcionamento psíquico em um caminho constante de ida e volta entre a teoria e a clínica). Seu objetivo, como de todo investigador, será o de sair em busca da verdade. Uma verdade que paciente e analista terão que ir desvelando em aproximações às vezes erráticas, que não oferecem garantias, nem reassuramentos de satisfação e que não pertencem nem a um nem a

outro. E tudo isso ocorrerá no transcurso desse diálogo de desejos que estrutura a transferência, cujos enunciados possuem valor na medida que aparecem como provisoriamente verdadeiros e, por sua vez, potencialmente veladores do inconsciente subjacente.

Portanto, como disse, para dar conta das manifestações da chamada “patologia atual”³ vale a pena, como sempre, repensar a obra de Freud. Retomando suas premissas mais significativas, com o aporte de autores pós-freudianos que enriqueceram suas perspectivas, e aprofundando minhas próprias reflexões surgidas a partir dos questionamentos suscitados pela prática clínica, formulei um enfoque metapsicológico que daria sustentação teórica para a abordagem que proponho da patologia atual. Parto, então, do que considero cinco pilares básicos freudianos, cinco verdadeiras “introduções” – como prefiro chamá-las – a temas fundamentais da metapsicologia que têm tido profunda repercussão na compreensão da psicopatologia, no exercício da cura e nos recursos da técnica. Refiro-me a: 1) a introdução dos sonhos; 2) a introdução do narcisismo; 3) a introdução da pulsão de morte; 4) a introdução do conceito e do fato clínico da identificação e 5) a introdução do fetichismo. Estas cinco *introduções* de conceitos fundamentais na teoria freudiana não só constituem marcos no desenvolvimento ou no aprofundamento da metapsicologia, como também constituem uma explicação da estruturação do aparelho psíquico a partir de diferentes perspectivas, cada uma das quais determinando “zonas” ou “áreas” de *funcionamento psíquico* de acordo com seu particular modo de estruturação. Considero que Freud, ao longo de sua obra, foi descobrindo e descrevendo essas “zonas”, ainda que sem enunciá-las como tais; e que ao fazê-lo nos sinalizou o caminho que hoje devemos desenvolver e definir mais profundamente para facilitar o acesso às patologias atuais. Considero que as estruturas psicopatológicas nos mostram em sua complexidade clínica as manifestações destas “zonas” que coexistem e se superpõem simultaneamente no aparelho psíquico. Isto não significa conceber o aparelho psíquico como uma espécie de mapa onde as distintas regiões se colocam no plano umas do lado das outras, mostrando limites precisos entre elas. Talvez a imagem mais representativa do que estou tentando descrever seja a do quadro de Dalí que mostra *Gala desnuda olhando o mar que, a uma distância de 18 metros, se transforma no retrato de Abraham Lincoln (homenagem a Rothko)*, de 1976, que está exposto no Teatro-Museu Dalí de Figueras: nele a imagem de conjunto é uma só, mas é a relatividade do ponto de vista do observador que revela a coexistência de distintas estruturas, cada uma delas com uma lógica própria que se manifesta aos sentidos de maneira particular. Na análise, esse “ponto de vista” seria o da dupla paciente-analista

3 A expressão “patologia atual” se refere à clínica que enfrentamos, nós analistas, na atualidade. Não implica uma tomada de posição em relação a se tratar realmente de novas expressões da psicopatologia ou de velhas patologias com novas roupagens, o que seria merecedor de uma profunda reflexão teórica.

interatuando na dinâmica da transferência-contratransferência. Cada uma destas zonas psíquicas, com seu particular modo de estruturação, funcionamento e manifestação, compromete também de maneira diferente e singular os recursos da interpretação, a construção, a contratransferência (ou, num sentido mais amplo, a mente do analista) e imprime sua marca nas próprias condições do enquadre, assim como de outros aspectos da técnica psicanalítica. É esta a atualização que proponho para compreender e abordar a clínica de hoje. Portanto, penso que o desafio que se impõe ao trabalho do analista frente à complexidade da psicopatologia atual é o de aguçar seus “sentidos analíticos” para detectar, em seu paciente, os diferentes momentos em que se manifestam as expressões de suas diversas “zonas de funcionamento psíquico”, e a partir daí encontrar as vias de acesso terapêutico adequadas a cada uma dessas “zonas” e calibrar seus instrumentos técnicos de acordo com elas.

A *introdução dos sonhos* conceitua um inconsciente sexual e significativo (que começa a se delinear precisamente no livro dos sonhos (Freud, 1900/1967) e culmina em seu trabalho sobre “O Inconsciente” (Freud, 1915/1976) da primeira tópica) formado por representações e cuja pulsionalidade está dada pela pulsão sexual. Isto descreveria uma “zona” do aparelho psíquico caracterizada pelas manifestações desse inconsciente reprimido, sexual e significativo cujas expressões patológicas configurariam as denominadas “neuroses clássicas”: a histeria, a neurose obsessiva, as neuroses fóbicas. Esta zona psíquica tem sido intensamente discutida pela teoria psicanalítica, tendo-se alcançado aqui, talvez, os melhores resultados e as respostas mais completas. A tarefa analítica nesta área seria fundamentalmente a do desvelamento do desejo e sua expressão nos significantes. Sua manifestação no enquadre: o paciente deitado no divã..., sua possibilidade motora inibida..., o pólo perceptivo quase anulado... Poderíamos dizer que estão dadas as condições para que a cadeia associativa se desenvolvesse à maneira de um sonho (Green, 1990). A análise seria (nestas condições) a análise dos significantes, que apareceriam um após outro nesse desfiladeiro que implica a associação livre. E a interpretação? Ela seria a interpretação dos significantes. Domínio da psicanálise na área de um inconsciente que é o inconsciente reprimido e seus modos de retorno: os sintomas, que se tornam sintomas transferenciais e que a associação livre, como única regra psicanalítica básica, permite que afluam. A contraparte, do lado do analista, seria dada pela sua atenção flutuante.

A associação livre é fundamental; é um instrumento privilegiado para detectar o inconsciente sexual e significativo. Porém, quando, além disso, nos deparamos com outras zonas psíquicas nas quais o psicopatológico se expressa através do ato, apenas a associação livre será suficiente? Não teríamos necessidade de um “instrumento” que permitisse detectar, por exemplo, as expressões do ato? Interessa-me apontar o fato de que no conceito de inconsciente está contido o reprimido e algo mais que o reprimido...

Com a *introdução do narcisismo* Freud (1914/1972) nos apresenta “outra psicanálise”. Introduz basicamente a problemática do ego na teoria, na clínica e na condução da cura. A introdução do narcisismo na teoria marca um momento pontual da estruturação psíquica, fundante do psiquismo. Freud reconstrói o processo que vai do autoerotismo à conformação do narcisismo, ou seja, esse novo ato psíquico pelo qual se constitui o ego que é, no meu entender, a identificação primária passiva (que Freud define como prévia a toda carga de objeto e que Laplanche colocaria como um significante enigmático na constituição do inconsciente e, talvez, na criação da pulsão). Demonstra a importância do objeto na constituição do psiquismo e, conseqüentemente, nas características da patologia e no devir do processo analítico. Um objeto cujo protagonismo, por sua vez, estará marcado para o sujeito pela importância de seu papel na criação do ideal. Assim se traçam os caminhos e assim também se marcam destinos: “o menino deverá..., a menina deverá...”. Estes caminhos, estes destinos, também se encontram em territórios do inconsciente reprimido? Ou quando falamos da “cegueira”, da fatalidade do destino, transitamos em uma área diferente? Talvez estejamos aí, em uma zona inconscientizada, zona narcisista que imita a história do desejo dos outros, à maneira das caixas chinesas. A importância de ter o objeto e de frustrar-se diante/pelo objeto. Recordemos Freud: pela frustração se cria um ideal. Ideal ao qual se consagrará o amor que antes era dedicado ao “eu verdadeiro”. Assim se instala um ideal narcisista que implica numa estrutura intrapsíquica que denominei “estrutura idealizadora” (Marucco, 1999). Projetado em um objeto externo este ideal intrapsíquico, esta estrutura idealizadora, transforma-se na idealização do objeto.

Assim, a introdução do narcisismo ilumina a zona psíquica na qual se mostra de forma significativa a importância do objeto e as conseqüências que sua privação acarreta na criação do ideal que tenta reconstruir uma história mítica de amor, obviamente independente da realidade material. Este mecanismo tem suas conseqüências, sendo uma delas a constituição de um reassseguramento frente ao poder do objeto. Esta zona do aparelho psíquico caracteriza-se pela existência da *estrutura idealizadora*, que é tanto lugar de refúgio frente ao poder do objeto como fonte de patologias (as adições, as depressões, alguns fenômenos de massa etc.) quando a projeção do ideal intrapsíquico se coloca num objeto externo ao qual se outorga um excesso de poder.

Quando na clínica a estrutura idealizadora – estrutura intrapsíquica do ego com o ideal – se projeta no analista, se estabelece uma transferência idealizada na qual se reeditará uma espécie de amor aditivo. Quando colocado neste lugar, o analista deverá desde aí desmontar o poderio da idealização, recuperando como representação histórica o que se transformou em estrutura psíquica. O instrumento técnico para fazê-lo são as construções que deem conta de uma história na qual e onde a desfeita, que se produziu e foi negada, se transforme em lembrança; isto é, em representação. Assim, o analista ficará incluído em

uma complexa e particular trama relacional, “ocupando” o lugar desse objeto idealizado capaz de marcar o destino de uma vida. Quantas mudanças podem ocorrer no circuito da repetição quando isto é advertido, analisado e desmontado; e quantos destinos cegos podem ser criados em uma análise em que isto não seja revelado?

A *introdução da pulsão de morte* na obra freudiana conduz a dois portos, ou melhor, a duas travessias: *O ego e o id* e o conceito de compulsão à repetição. O inconsciente (aquele inconsciente do dizer e do significante) será também o do trauma. Quando Freud, em *Mais além do princípio do prazer* (1920/1981a), reconceitualiza o trauma, faz com que o id de *O ego e o id* (1923/1981b) se torne um conceito clínico particularmente rico. O id inclui o inconsciente, mas é algo mais. Que é esse “algo mais”? Como disse, até então o inconsciente era um inconsciente sexual reprimido e se expressava em representações de palavras; poderíamos dizer, no conceito de significante. Em contrapartida, o id é um inconsciente onde coexiste a dualidade pulsional vida e morte (esta última expressa particularmente como compulsão à repetição). Assim, com o conceito de id, o campo analítico incluirá histórias de significantes e histórias de traumas. A patologia psíquica não será então apenas a maneira como se expressa um desejo, mas também a maneira como se expressa o sofrimento: a teoria traumática é recuperada em 1920. Nestas histórias de traumas já não é suficiente o analista transitar pela *via di levare* (isto é, interpretar). Deverá, além disso, transitar pela *via de porre*, outorgar significado a esses traumas que se repetem uma e outra vez com demoníaca insistência (isto é, construir). Campo da interpretação e da construção de uma história: histórias de aproximações, de afastamentos, de distâncias... Momento do impulso historizador da psicanálise, desenvolvido às vezes exageradamente e à custa da transferência, perigosamente desalojada do campo analítico.

Considero que o trauma se expressa nos três planos da repetição:

1) repetição dos fragmentos e ramificações do complexo de Édipo (correspondente ao inconsciente dos sonhos, ao inconsciente sexual e significante da primeira tópica);

2) repetição do narcisismo ferido que está “mais além do princípio do prazer”, quase poderíamos dizer “mais além do desejo” e que, em última instância, é uma repetição da desfeita, da desilusão ou do que esta encobre: *a estrutura idealizadora*;

3) *a repetição de vivências do tempo primordial* que não estão ligadas a representações de palavra. Denominei estas marcas mnêmicas de “ingovernáveis” (Marucco, 1980), assinalando que a tarefa psicanalítica por excelência em relação a elas é o encontro da representação (Marucco, 1999). É precisamente a introdução da pulsão de morte, e com ela do conceito de compulsão à repetição, que explicaria a existência de uma zona do aparelho psíquico que comandaria a repetição dessas marcas mnêmicas do tempo primordial, *ingovernáveis*, que

seriam incapazes de ligação com o processo secundário. Ponto de expressão dos traumas pré-verbais, da violência do objeto nos primórdios do psiquismo. Expressão cabal de um destino cruel cujos desígnios só podem ser detidos pela força de uma representação: toda a trama do representável, o irrepresentável, o não representado se conjuga no cenário que apresenta estas problemáticas na psicanálise contemporânea. As expressões clínicas desta área de funcionamento poderiam ser a tendência ao ato ou as manifestações psicossomáticas. O predomínio desta área na clínica vai requerer um analista que tenha condições de oferecer sua capacidade de “rêverie”, segundo Bion, para poder utilizar sua própria mente para outorgar significado para aquilo que não pôde adquiri-lo. Dentro do campo analítico, a contratransferência, mais especificamente o que produz a mente do analista, seria o lugar privilegiado de onde se pode operar sobre as marcas mnêmicas que não tiveram representação de palavra. Mas, que garantia temos de que essas palavras que a mente do analista introduz não possam emergir de alguma problemática própria deste? A análise do analista e sua própria autoanálise são imprescindíveis como proteção frente ao abuso que, o analista, como objeto, possa exercer sobre o paciente. Um desafio da análise atual nesta zona psíquica é transformar o suposto destino, ou pelo menos parte dele, em uma “neurose” que possa ser acessível e operável por nossa prática analítica. Disto é o que se trata em toda esta zona, ou seja, de levantar os efeitos paralisantes do vínculo com um objeto, para recuperar o impulso transformador (Green, 1997), neogenético (se me permite a expressão) da pulsão. Isto é, no meu entender, o que a psicanálise deve procurar.

Outra inquietante questão está relacionada com a pulsão de morte: se aceitamos que a pulsão sexual é estimulada desde esse *plus* de sexualidade do objeto, se a própria vida surge da vida do outro, porque não pensar que a pulsão de morte possa ter também uma adscrição no desejo de morte que provém do outro, em seu ódio, em sua hostilidade? Acredito que não é irrelevante levar em consideração que este tipo de formulação se torna muito mais complexa quando a consideramos à luz das condições do campo analítico e do papel que desempenha o desejo do analista, tanto em sua vertente erótica como tanática. Também aqui – parafraseando Freud – a vitória final caberá aos batalhões mais fortes (Freud, 1937/1989a): que papel desempenhará a libido do analista endereçada a seu paciente, sua própria aposta pulsional? Aqui, sem dúvida, é significativo o desejo do analista que aporta sua própria pulsionalidade como motor de mudança e transformação.

Se por um lado a introdução do narcisismo serviu para descrever essa zona do aparelho psíquico na qual se mostra a importância do objeto e que leva a hierarquizar, na cura analítica, a dialética entre a pulsão e o objeto, por outro lado, a problemática do ego e do superego (que se introduz em *O ego e o id*) traz um aprofundamento em um fato resultante dessa dialética entre a pulsão e o objeto que seria a *identificação*. Precisamente, considero que o tema

da identificação é outro dos grandes desafios para a psicanálise contemporânea pelas dificuldades que entranha. O “inconsciente das identificações” retorna, em geral, na conduta, nos atos; mas também na própria maneira de conceber a vida, no caráter. Cabe aqui uma pergunta: Por que razão o caráter ficou “fora” da análise durante tanto tempo? Distintos tipos de identificação conduzem por um lado à inclusão na cultura e de outro ao fenômeno do enfraquecimento da pulsão.

A tensão entre o ego e o superego denominada “sentimento de culpa inconsciente” não só se manifesta através do sintoma de perda da autoestima (fonte fundamental das depressões e das denominadas “patologias do vazio”), senão em particular pela necessidade de adoecer ou necessidade de castigo. Este sentimento de culpa, que é fonte de ingresso na cultura, e por sua vez fonte de patologia, é um dos temas-chaves que, a meu ver, deve ser investigado pela psicanálise contemporânea. Na clínica, numerosos dados dão conta da presença deste sentimento de culpa que nos casos extremos leva um indivíduo a “viver de joelhos”, isto é, justificando-se e pedindo desculpas por tudo, até mesmo por sua própria existência. Esta “enfermidade” tem uma expressão cultural ampla. Quanto disto subjaz na base de comportamentos submissos e obedientes de indivíduos que acabam sendo cultores de processos de massa, que ao final podem chegar a ter terríveis derivações para a sociedade e cultura? Freud, referindo-se à reação terapêutica negativa, disse:

Se conseguirmos revelar esta pesada carga de objeto detrás do sentimento de culpa inconsciente, conseguiremos muitas vezes um completo êxito terapêutico, que em caso contrário resulta bastante improvável e depende, antes de tudo, da intensidade do sentimento de culpa e *talvez também de que a personalidade do analista permita que o paciente faça dele seu ideal de ego, circunstância que traz consigo, para o primeiro, a tentação de arrogar-se, com relação ao sujeito, o papel de profeta ou redentor*⁴. Mas como as regras da análise proibem tal aproveitamento da personalidade médica, temos que confessar honradamente que tropeçamos aqui com outra limitação dos efeitos da análise, a qual não torna impossíveis as reações patológicas, mas visa dar ao ego do paciente a liberdade para decidir-se por esta ou outra forma qualquer. (Freud, 1923/1981)

Com esta descrição tão explícita em seus termos, Freud nos coloca novamente em pleno campo da sugestão (e, muito próximos, no campo da técnica, do que se costuma chamar de psicoterapias de “orientação psicanalítica”); ou seja, do poder do outro: mas, haverá alguma exceção à proibição de fazer uso do poder dessa sugestão? E se assim fosse, por quanto tempo? Será o poder sugestivo o responsável pela prolongada duração de algumas análises? Freud

4 Grifo do autor.

fez uma clara e severa advertência ética: o analista deverá abster-se de ocupar esse lugar de “profeta” ou “redentor”, e deverá dar ao paciente a liberdade de *inclusive* eleger *sua enfermidade*. Mas, alertados deste perigo por Freud, não podemos nos deter sem pelo menos tentar ir um pouco mais adiante. A que alude quando diz que, ainda correndo o risco de cair nesse perigoso lugar de “profeta” e de “redentor”, existe a possibilidade de que o sujeito faça do analista seu ideal de ego e assim “salvar-se” de sua própria “destruição”? Podemos recusar sempre este risco? Ou teremos, em determinadas situações, que vestir as máscaras ilusórias de salvadores, profetas, redentores; e logo desmascará-las, *liberando assim o indivíduo para decidir sua vida guiado por suas pulsões*, e não compelido pelo poder de um objeto?

Nas reações terapêuticas negativas (RTN), esse estranho e paradoxal adoecer quando um indivíduo melhora, reverberam os ecos que provém dessa “zona psíquica” em que se trava a dura batalha para desprender-se do poder do objeto da identificação primária passiva (Marucco, 1999). O paciente avança em seu tratamento... e, no entanto, no lugar de melhorar se sente doente. O que ocorre? A psicanálise se depara com seu limite? Alguns concordam com Freud que, chegado neste ponto, o analista tem que reconhecer os limites de seu instrumento. Da minha parte, considero que é precisamente quando se produz este “adoecer ao melhorar” que o analista deverá ajustar a lente para aceder a essa luta entre o ego e o superego – nesse “outro inconsciente”, nessa “outra zona psíquica”, poderíamos dizer – e trabalhar intensamente. Este é um inimigo que surpreende, principalmente porque parece gestar-se nas próprias entranhas do processo analítico e dirigir seus ataques diretamente a ele e a seu representante, o analista. “Quando *lhes* damos esperanças e *nos* mostramos satisfeitos pelo curso do tratamento⁵, se mostram descontentes e pioram acentuadamente” diz Freud em “O ego e o id” (1923/1981b) com espanto frente a estas reações inesperadas e aparentemente injustificadas. Mas, quem “dá” esperanças? A análise ou o analista? Imposição de desejos do analista? Se for assim, a reação terapêutica negativa poderia estar a serviço do desligamento do desejo do outro e, portanto, ser “positiva” ao dar ao sujeito um caminho para a desidentificação, possibilitando a ele desligar-se inclusive do analista nas etapas finais do processo analítico. Neste terreno, na complexidade desta “zona de identificações” com esse outro que constitui e “aliena”, e no próprio seio dos “momentos transferenciais” (Marucco, 1979), a psicanálise terá que descobrir os caminhos que conduzem a uma desidentificação capaz de recobrar para o sujeito o impulso vivificante de sua pulsão (Green, 1997). Enquanto que na psicanálise contemporânea certas teorias têm chegado a propor a identificação com o próprio analista como forma de “corrigir” identificações patológicas, considero cauteloso manter importantes precauções neste sentido. Diria desta maneira: precaver-se tanto de cair em uma abstinência tal que possa representar para o paciente uma

5 Grifos do autor.

exigência de desinvestimento perigosa para sua economia psíquica; como de uma identificação com o analista que possa selar um novo destino, tão alheio ao sujeito como era o “projeto de vida” gestado em sua patologia.

Por outro lado, não são poucas as dificuldades que o tema do masoquismo coloca para a psicanálise contemporânea. Refiro-me especificamente ao masoquismo primário que se aninha no ego, derivação direta da pulsão de morte, e que conduz à destruição do ego. Masoquismo do ego e/ou sadismo do superego. Como dar conta de uma pulsão que abriga em si o germe de sua própria destruição. Como explicar a confluência deste masoquismo do ego com a ação de um superego que, herdeiro de uma identificação, produz também um destino de morte? O que é o suicídio? Um ato induzido pela pulsão ou por um superego que se abate sobre o ego, com fúria e sem misericórdia até conduzi-lo à sua própria destruição? Perguntas à espera de uma profunda investigação sobre o “primário” do psiquismo.

Por último, a *introdução do fetichismo* na teoria (tal como a denominou Pontalis (1978), inaugura um novo desenvolvimento metapsicológico a que me referi como a “terceira tópica freudiana” (Marucco, 1980), porque implica no aparecimento de uma defesa chave, a recusa,⁶ e um efeito fundamental, a cisão do ego. A partir dali podemos compreender um aparelho psíquico com um ego cindido pela ação da recusa. Mas façamos um breve percurso que nos permita situarmos no tema: como resultante do interjogo entre o Édipo e a castração, se definirá a estruturação do aparelho psíquico. No percurso das ligações libidinais da criança com o pai e a mãe, ocorre o momento em que ela tem que enfrentar-se, por um lado, com o reconhecimento da castração da mãe, e por outro, com a ameaça de castração do pai. Se reconhece a castração, a ameaça de castração do pai passa a ter significação. A defesa então é reprimir a pulsão. Assim se constitui o inconsciente reprimido. Da história do Édipo fica como herdeiro o superego. Quando Freud publica em 1924 “A dissolução do complexo de Édipo”, coroa sua teoria fálica. O aparelho psíquico completa sua constituição nessa dissolução. O ego se torna dependente de seus amos: o id, com seu mundo pulsional; o superego, com suas exigências; e a realidade exterior.

Porém, após três anos Freud escreve o “Fetichismo” (1927/1969). A inclusão do “Fetichismo” aparentemente introduz o estudo de uma perversão. Mas Freud já havia se ocupado disso muito antes. Por que precisa, em 1927, dedicar um artigo ao fetichismo? Por que, depois de ter publicado “A dissolução do complexo de Édipo” e de ter feito uma síntese final sobre a resolução do complexo de Édipo, reaparece o fetichismo? Freud retorna ao fetichismo porque encontrou um mecanismo que dá conta não só da perversão propriamente dita, mas também de uma modalidade de estruturação do aparelho a partir da *verleugnung*. Assim, a recusa passa a ter um papel fundamental na conformação

6 No original desmentida, que optamos por traduzir por recusa. Trata-se do termo usado por Freud, *verleugnung*, traduzido entre nós por renegação, rejeição, recusa, desmentido. (N.T.)

do psiquismo. Dizemos que frente à ameaça de castração, uma parte do ego a reconhecerá e reprimirá seu Édipo fundando o inconsciente reprimido – história da dissolução do Édipo. Porém, outra parte do ego recusará a castração; e, ao fazê-lo, conformará um inconsciente não reprimido, um inconsciente produto da recusa, com suas vias particulares de retorno. Quando a castração materna não é reconhecida e se coloca no lugar do pênis materno (por deslocamento e transmutação de valores) um objeto que se transforma em condição de gozo sexual, estamos diante de uma perversão: o fetichismo, campo da patologia da recusa. Mas quando essa transmutação de valores e esse deslocamento do pênis materno não se fazem sobre um objeto concreto e sim sobre algo que o desejo cria “à vontade”, segundo Rosolato (1978) (esse certo brilho sobre o nariz, que Freud assinalou), estamos diante da criação do que se denomina o “fetiche virtual” (Marucco, 1996): esse outro, inapreensível, imaterial, é condição para assegurar a sobrevivência da pulsão já que a castração é driblada pelo deslocamento sobre um objeto que tem algo daquele objeto primário, incestuoso, sem ser ele. Octave Mannoni (1969/1973) cunhou uma expressão muito ilustrativa para descrever a ação da recusa no discurso do paciente: “já sei/ já sei disso... mas mesmo assim...”. O “já sei” denotaria o reconhecimento da castração, enquanto que o “mas mesmo assim...” a ação da recusa que preserva a pulsão e seu correlato: a fantasia. Daí que o “fetiche virtual” seja condição da eleição do objeto amoroso assim como da criatividade. Não existe possibilidade de criação sem essa capacidade para recusar certa parte da realidade que ao mesmo tempo se aceita. Isto implicaria em criar equivalências entre castração e “realidade” (Marucco, 2000).

Então, a introdução do fetichismo e o conceito de recusa que me serviram de ponto de partida para desenvolver o conceito de “fetiche virtual” como condição do amor, e para precisar o modo de funcionamento conforme a recusa que sua constituição habilita (como essa possibilidade de respectivamente reconhecer e por sua vez desconhecer a castração), descrevem o funcionamento de uma zona do aparelho psíquico de peculiares características e formas de expressão clínica e psicopatológica.

O “fetiche virtual” e a recusa são, portanto, estruturais e ambos condicionam a eleição do objeto amoroso, a sobrevivência da pulsão e implicam na possibilidade de criação. Quando a pulsão esmorece pela impossibilidade de constituir esse “fetiche virtual”, que de algum modo assegura que algo da pulsão edípica seguirá pulsando nele, voltamos a nos encontrar com as normopatias, com a perda da capacidade de amar (capacidade de amar que para Freud constituía uma das condições da cura analítica). Assim, toda análise que se deixe levar por um reconhecimento da realidade a qualquer preço tenderá a provocar um cerceamento da potência da pulsão. A falta de pulsão não só é produto da história psicopatológica de um indivíduo, mas também pode ser parte da história de um processo analítico em que o reconhecimento a qualquer

preço da realidade vai calando a potencialidade do mundo pulsional em suas duas vertentes: a criação e a satisfação nas condições do amor.

Se existe um risco de não se dar a devida atenção à importância do “mas mesmo assim” em favor do “já sei”, também existe a opção contrária, ou seja, incentivar o “mas mesmo assim” sem chegar a reconhecer o “já sei”. A análise se situa, no meu entender, no adequado e artesanal equilíbrio entre o “já sei” e o “mesmo assim”.

Finalmente, e para sintetizar de alguma maneira o exposto até aqui, o psicanalista de hoje deverá ser aquele que investiga a zona do reprimido, em cujas margens se mostrará basicamente como um intérprete de significantes. Por outro lado, também terá que lidar com os pedestais que erigirá, também sob seus pés, a estrutura idealizadora, e sustentar as decepções de sua contraparte; o analista terá também que ser aquele que ajuda a construir uma criança narcisista, para que logo possa transformar-se em uma agônica lembrança. Deverá estar disposto a colocar sua mente a serviço da construção de uma nova história para um velho trauma que não teve história. Finalmente, terá que trabalhar sobre as identificações para produzir, a partir dali, a possibilidade de uma liberadora e frutífera desidentificação. Terá que perscrutar os mistérios do sentimento de culpa. Em resumo, deverá avançar pelos caminhos da investigação, na superfície e na profundidade dos fenômenos que se expressam na psicopatologia clínica e também na psicopatologia da vida cotidiana. Caminhos que, no meu entender, às vezes resultam paralelos com os da repressão, e outras vezes podem produzir fenômenos de inconscientização simultâneos assim como estranhos entrecruzamentos.

Reitero uma vez mais que não foi minha intenção dar aqui resposta a estas problemáticas, senão compartilhar algumas interrogações e levantar questões que considero importantes e, que do meu modo de ver, solicitam a psicanálise contemporânea *desde lugares, todavía incertos, e zonas do psiquismo humano não suficientemente compreendidas ou exploradas*. Acredito que os que aqui pude formular são só alguns dos desafios que a psicanálise do século XXI deve reconhecer para colocá-los no centro de seu interesse e investigação. Esbocei apenas algumas linhas que poderíamos traçar hoje para a investigação em psicanálise, que é a que decidirá em última instância as futuras aquisições no campo analítico, e delineará também, e inevitavelmente, os contornos das próximas indagações a serem reveladas.

La clínica contemporánea y sus raíces metapsicológicas freudianas

Resumen: El autor al ser interrogado sobre el psicoanálisis contemporáneo busca en Freud las bases para pensar la “patología actual”. Define lo que llamó “zonas” o “áreas” de funcionamiento psíquico, tomadas de la metapsicología freudiana, delimitando lo que consideró cinco temas fundamentales de la obra de Freud: los sueños, el narcisismo, la pulsión de muerte, las identificaciones y el fetichismo.

En la elucidación y ampliación de esos temas, se encuentran sus propuestas para una actualización del trabajo analítico.

Palabras clave: sueño, narcisismo, pulsión de muerte, identificación, fetichismo

The contemporary clinic and its metapsychological roots

Abstract: The author when asked about contemporary psychoanalysis, resorts to Freud for a basis to think “present-day pathology”. He defines so called “zones” or “areas” of psychic functioning, sprung from freudian metapsychology, circumscribing what he considers the five fundamental themes in Freud’s work: dreams, narcissism, death instinct, identification and fetishism. His propositions for an update of the analytic work are found in the elucidation and exploration of these themes.

Keywords: Dream, narcissism, death instinct, identification, fetishism

Referências

- Freud, S. (1967). *L’Interprétation des rêves*. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1900[1899])
- Freud, S. (1969). Le fétichisme, em *La vie sexuelle*. Paris: PUF. Original publicado em 1927
- Freud, S. (1972). Pour introduire le narcissisme, em *La vie sexuelle*. Paris: PUF. (Trabalho original em 1914)
- Freud, S. (1976). L’inconscient, em *Métapsychologie*. Paris: PUF. (Trabalho original em 1915)
- Freud, S. (1981a). Au-delà du principe de plaisir, em *Essais de psychanalyse*. Paris: PUF. (Trabalho original em 1920)
- Freud, S. (1981b). Le moi et le ça, em *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot. (Trabalho original em 1923)
- Freud, S. (1989a). Analyse avec fin et analyse sans fin, em *Résultats, idées, problèmes II*. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1989b). Constructions dans l’analyse, em *Résultats, idées, problèmes II*. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1940 [1938])
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1997). *Las cadenas de Eros*. (Título original: *Les chaînes d’Eros. Actualité du sexuel*). Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mannoni, O. (1973). *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1969)
- Marucco, N. C. (1978). La identidad de Édipo. *Revista de psicoanálisis*, XXXV (5).
- Marucco, N. C. (1979). Para la teoría de una resistencia final (¿RTN o “necesidad de enfermar”?). *Revista de psicoanálisis*, XXXVI (4).
- Marucco, N. C. (1980). Introducción de [lo siniestro] en el yo. *Revista de Psicoanálisis*, XXXVII, (2).
- Marucco, N. C. (1996). Edipo, castración y fetiche. (*Rev. Franç. Psychanal.* 1/1997; *International Journal of Psycho-analysis*, 1997, Vol. 78, part 2.
- Marucco, N. C. (1999). *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marucco, N. C. (2000). El placer en la fantasía y en la realidad. *Acerca de la pulsionalidad de la fantasía*. (Publicado en la *Revista de Psicoanálisis*, LVII (1) con los comentarios de la Sra. Madeleine de Baranger, el Dr. César Botella y la Dra. Fanny Scholnik).
- Pontalis, J. B. (1978). *Entre el sueño y el dolor*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Rosolato, G. (1978). *La relación de desconocido*. Barcelona: Petrel.

JORNAL *de* PSICANÁLISE 45 (83), 71-84. 2012

Noberto C. Marucco
San Luis 3364
1186 Capital Federal, Argentina
marucco@fibertel.com.ar

Recebido em 25/09/2012

Aceito em 17/10/2012

© Gentilmente cedido pela *Revue Française de Psychanalyse*