

Psicopatologia psicanalítica contemporânea: clínica do desvalimento

Gley Pacheco Costa¹

Resumo: Tendo presente a evolução da prática psicanalítica a partir das históricas de Freud, o autor enfatiza a mudança observada na clínica atual, em que predominam pacientes que carecem de uma vida simbólica, decorrente de uma fixação a uma etapa do desenvolvimento em que o aparelho mental é incapaz de responder por si só aos estímulos endógenos e exógenos, gerando uma experiência de desvalimento quando não conseguem contar com a ajuda de um ambiente empático. Sob a rubrica de clínica do desvalimento incluem-se pacientes com traços autistas, as neuroses tóxicas e traumáticas, as doenças psicossomáticas, as traumatofílias, as adições, os transtornos alimentares, as perturbações do dormir, a violência vincular, a promiscuidade e outras patologias que, do ponto de vista teórico, técnico e clínico, diferem das neuroses, psicoses e perversões. Para dar conta dessas patologias, impõe-se a necessidade de um novo paradigma capaz de ampliar a psicanálise para uma mente cuja lógica não é mais a do prazer-desprazer de uma erogeneidade representada, mas a da tensão-alívio de descargas, muito mais primitiva, destituída de subjetividade.

Palavras-chave: trauma; angústia; depressão; desvalimento; clínica atual.

O perigo de desamparo psíquico se ajusta 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)

Introdução

As descobertas de Freud sobre o conteúdo simbólico dos sonhos, dos atos falhos, dos chistes e dos sintomas histéricos, além da evidência da força anímica de uma sexualidade e de um desejo reprimidos, representam os fundamentos da teoria e da técnica psicanalíticas. Contudo, nos últimos anos tem-se constatado que certas situações extrapolam os limites dessa clínica do simbólico, exigindo o aporte de novos interrogantes, visando evitar um

1 Membro efetivo e analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre SBPdePA; doutorando no Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales da Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires.

desgaste epistemológico decorrente do emprego de um referencial conceptual insuficiente ou inadequado.

Atualmente, o mais comum é que os pacientes nos cheguem sem uma definição clara do seu sofrimento, não raro encaminhados por um clínico devido a sintomas físicos que podem ser confundidos com as somatizações dos histéricos; diferentemente destes, contudo, seus corpos são simbolicamente desabitados de emoções. Muitos deles demonstram uma capacidade muito precária para modular operativamente a angústia, recorrendo a meios auxiliares, como as drogas, as compulsões sexuais e o *acting out*, através dos quais tentam atenuar a vivência de vazio, terror ou confusão de que o ego se sente invadido (Lutenberg, 1995).

Freud (1926/1975) denominou esse tipo de angústia de automática, em oposição à angústia sinal dos quadros neuróticos. Metapsicologicamente, a reação se deve ao fato de o pré-consciente desses pacientes não se encontrar em condições de antecipar, através do pensamento, as ações específicas a serem executadas no mundo externo. A frustração que, muitas vezes, funciona como desencadeante dessas patologias não resulta da perda de um objeto, como nas neuroses e psicoses, mas de um contexto construído por um conjunto de excitações mundanas relativamente monótonas, equivalentes aos procedimentos autocalmantes, como são chamadas as auto-estimulações sensoriais e motoras que não têm por meta alcançar uma satisfação, mas a calma, através da qual o indivíduo procura neutralizar um excesso de excitação ou sua drenagem desmesurada, ambos traumáticos. Esses procedimentos se estabelecem sob a égide do princípio de inércia e têm como meta o estancamento da vida pulsional, que aspira ao caminho da constância para promover uma maior complexidade do princípio do prazer (Maldavsky, 1995b).

Objetivo

O ponto de vista que será abordado nesta exposição faz parte de uma investigação psicanalítica que vem sendo desenvolvida em Buenos Aires, no Instituto de Altos Estudos em Psicologia e Ciências Sociais da UCES, tendo como nome *Problemas y Patologías del Desvalimiento*,² incluindo-se sob essa rubrica os pacientes com traços autistas, as neuroses tóxicas e traumáticas, as doenças psicossomáticas, as traumatofílias, as adições, os transtornos alimentares, as perturbações do dormir, a violência vincular, a promiscuidade e outras patologias que, do ponto de vista teórico, técnico e clínico, diferem das neuroses, psicoses e perversões. Na literatura psicanalítica, encontramos diferentes termos para designar esses estados anímicos: Sifneus (1973) denominou de “alexitimia”, que quer dizer não ter palavras para as emoções; correspondendo ao que Marty (1976/1984), pouco depois, chamou de “depressão essencial”, isto é, sem objeto; e Krystal (1982), mais recentemente, nomeou de “anedonia”, significando incapacidade para experimentar sentimentos.³

- 2 Refere Strachey, na introdução do artigo de Freud (1926/1975) *Inhibitions, symptoms and anxiety*: “O determinante fundamental da ansiedade automática é a ocorrência de uma situação traumática; e a essência disto é uma experiência de desvalimento (*helplessness*) por parte do ego em face de um acúmulo de excitações, seja de origem externa ou interna, que ele não consegue tramitar” (p. 81).
- 3 Essas patologias têm sido exaustivamente investigadas na pós-graduação da UCES pelo método desenvolvido por Maldavsky (Maldavsky, 2004; Maldavsky et al., 2005, 2007), denominado ADL (Algoritmo David

Desestimação do afeto

Os pacientes referidos acima questionam as hipóteses estabelecidas a respeito da representação simbólica, da função da erogeneidade, incluindo o masoquismo erógeno originário, e do valor dos mecanismos de defesa. Em sua vida pulsional predomina uma tendência a deixar-se morrer, identificada como apatia, e sua defesa mais consistente é a desestimação do afeto, a qual compromete os fundamentos da subjetividade, ou seja, a captação das qualidades psíquicas dos vínculos. No que diz respeito à estratificação tópica – inconsciente, pré-consciente e consciência –, também observamos uma diferença: enquanto nas neuroses o desinvestimento se relaciona com as marcas mnêmicas pré-conscientes e nas psicoses com as marcas mnêmicas inconscientes, nas patologias do desvalimento a instância desinvestida é a consciência, mais precisamente a consciência originária, anterior às marcas mnêmicas e às representações.

Cabe lembrar que Freud (*Projeto*, 1950/1975; Carta 52, 1950/1975) 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. Isso quer dizer que, inicialmente, a percepção encontra-se desinvestida e resulta indiferente, mas logo se translada para a captação da afetividade. A partir desse momento, o mundo sensível adquire uma organização mais sofisticada e se estabelecem as dimensões espaciais. Pode-se dizer, assim, que sentir um afeto é requisito indispensável para o surgimento da consciência ligada às percepções.

No entanto, somente ocorre o registro do afeto quando existe um sujeito capaz de senti-lo. Quando falta um outro empático, o estímulo não é processado e o afeto transborda ou se mantém diminuído, ficando assim sem o registro psíquico. A abulia aparece no lugar do sentir, tornando-se a expressão de uma dor carente de qualidade e de sujeito. Os quadros de desvalimento correspondem a um estado econômico no qual predomina uma dor sem qualificação afetiva. Como adverte Maldavsky (1998), o ponto de partida 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. Sendo assim, a não constituição desse primeiro conteúdo de consciência interfere no desenvolvimento ulterior e cria uma falha nas bases da subjetivação. Dentro dessa

Lieberman), por meio do qual é possível detectar as erogeneidades e as defesas do discurso desde a perspectiva psicanalítica, expressas em três níveis de análise da linguagem: palavra, frase e relato. Além das seis erogeneidades descritas por Freud (oral primária, oral secundária, anal primária, anal secundária, fático uretral e fático genital), em 1933, também é levada em consideração a intrassomática, que ele mencionou de passagem em 1926, ao afirmar que no primeiro momento da vida pós-natal os órgãos internos, em particular o coração e o pulmão, recebem um forte sobreinvestimento libidinal. Quanto às defesas, são distinguidas algumas consideradas centrais, principalmente a repressão, o desmentido, a desestimação da realidade e da instância paterna e a desestimação do afeto, além de outro grupo de defesas considerado complementar: identificação, projecção, anulação, isolamento, etc. Esse conjunto de erogeneidades e defesas constitui o sistema categorial do método, o qual é operacionalizado para poder investigar as manifestações discursivas.

perspectiva, conclui-se que a origem da consciência é a mesma da subjetividade, o que equivale dizer, da circulação da libido.

Desvitalização

Em determinadas manifestações psicopatológicas, como as doenças psicossomáticas, predomina uma vivência de dor correspondente ao erotismo intrassomático, resultado do investimento libidinal dos órgãos internos.⁴ Nesses casos, a libido não se desloca para as zonas erógenas periféricas, como caminho para estabelecer uma circulação pulsional intersubjetiva, permanecendo aderida ao próprio corpo. Nas situações em que essa fixação é prevalente, observa-se uma tendência a processar os conflitos mediante a alteração interna, o que quer dizer através de uma mudança na economia pulsional, a qual permanece em um estado de estancamento. Diz 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 conseqüência da empatia dos progenitores, também é uma forma de estabelecer um nexos com a vitalidade dos processos pulsionais destes, 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 (p. 17-18).

Psicanalistas da Escola Psicossomática de Paris cunharam o conceito de “pensamento operatório” para definir pacientes com uma psicopatologia caracterizada pela carência de vida fantasmática, freqüentemente associada a distúrbios somáticos (Marty & M’Uzan, 1963). Não só o pensamento, mas a vida operatória como um todo é a expressão clínica da depressão essencial, caracterizada, conforme acentua Kreisler (1992), pela redução ou perda da libido tanto narcisista quanto objetual, configurando uma das manifestações clínicas principais da presença do instinto de morte. De fato, experiências traumáticas precoces podem impedir o desenvolvimento pulsional erótico na direção da dramatização psíquica; desenvolvimento esse regido pelo princípio da constância, sendo substituído por uma organização mental que visa à baixa da tensão vital, característica do princípio de inércia, no qual se sustenta o funcionamento operatório. Conseqüentemente, no lugar do conflito psíquico das neuroses e das psicoses, 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.

Esses pacientes apresentam uma depressão cuja característica principal é a falta de matiz afetivo, conservando apenas o estado econômico correspondente, lembrando a descrição de Freud (1898/1975) das neuroses atuais. Essa depressão sem tristeza constitui uma das patologias que integra o que, no meio psicanalítico contemporâneo, está sendo chamado de “clínica do vazio”. Fédida (1999) se referiu a um “teatro do vazio”, característico da depressão sem culpabilidade e sem objeto que resulta de uma deficiência na função prin-

4 Freud (1950/1975) postulou que, no início da vida anímica, a ação específica ainda não se encontra conectada com as excitações pulsionais que tramitam com o critério de alteração interna.

cial da vida psíquica, que consiste na simbolização da ausência. De acordo com esse autor, o vazio se relaciona com uma depressão arcaica, anterior à “posição depressiva” de Klein. Os sintomas predominantes são apatia, abulia, letargia, sopor, astenia e inapetência, indicando o marcado componente psicossomático desses quadros.

Maldavsky (1995a) deu a essas patologias o nome de “depressão sem consciência”, ou seja, sem qualificação afetiva. A etapa evolutiva em que se cria o cenário que dá origem à depressão sem afeto é aquela que se considera como do surgimento da vida psíquica a partir do encontro entre um substrato neuroquímico, o recém-nascido, e um mundo extracorporal, a mãe e sua capacidade de entender as necessidades do bebê. Quando não existe empatia, a figura materna inscreve-se na mente da criança como um interlocutor arbitrário que contraria a realidade, sendo ela precisamente uma representação dessa realidade que o objeto procura destituir de vida. Maldavsky denomina esse objeto interno de “déspota louco”,⁵ a cujo domínio absoluto o paciente sucumbe, tornando-se um ser desvitalizado ou, como refere Fédida (cit.), um “vivo inanimado”. Deve-se ainda destacar que a apatia que resulta da carência de qualificação do afeto pode ser substituída pelo pânico e, em outros momentos, pela fúria, a qual se oferece como um caminho para retornar à inércia letárgica. Destaca Maldavsky (2007) que os estados de desvitalização parecem ser o efeito de uma defesa contra Eros pela ação da pulsão de morte, que consiste em extinguir toda a tensão vital, o que vale dizer impedir ou degradar a energia de reserva. Como se sabe, a partir de Freud (1923/1975; 1950/1975), a ausência da energia de reserva impede o indivíduo de realizar ações específicas para tramitar as exigências pulsionais amorosas ou hostis, próprias ou do outro, despertando no ego uma angústia automática, a qual surge como corolário da desvitalização.

Outro aporte teórico desses pacientes mais desvitalizados do que propriamente deprimidos, ou deprimidos sem matiz afetivo, portanto carentes de tristeza, encontramos no trabalho de Green (1980/1988) intitulado *A mãe morta*. Note-se, como elucida o autor, que, ao contrário do que se poderia crer, a mãe morta é uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psicologicamente aos olhos da criança que ela cuida. Lembrando bem essa descrição, tivemos como paciente uma mulher jovem que, no exato dia em que nasceu, sua mãe recebeu a notícia de que a mãe dela (no caso a avó da paciente) morrera em um acidente de carro ao vir de outra cidade para acompanhá-la no parto e ajudá-la nos cuidados iniciais do bebê. A paciente não tinha sintomas depressivos; ela tinha condutas que deixavam claro representar uma defesa contra o que hoje, usando as palavras de Green, chamaríamos de um “núcleo frio que queimava como um gelo”, fazendo com que, em seus relacionamentos, incluindo o transferencial, expressasse um “amor gelado”, efeito da perda de calor vital resultante de uma hemorragia libidinal.

Ilustração clínica

Tanto a “mãe morta” de Green quanto o “déspota louco” de Maldavsky constituem um fragmento psíquico do próprio paciente, correspondendo, em sua origem, a

5 Trata-se de uma forma singular do autor de se referir às falhas de *rêverie* materna (Bion, 1962) ou de *holding* (Winnicott, 1960/1965), correspondendo a uma construção sobre os supostos vínculos originários dos pacientes que fazem parte da clínica do desvalimento.

uma experiência não empática que foi introjetada e logo projetada e reencontrada nos objetos do mundo externo. Esses pacientes, além da apatia e da reação a esse estado – por vezes confundidas, a primeira com depressão e a segunda com mania –, mobilizam um conjunto de defesas que costumam ser observadas na situação analítica, como ilustra o caso a seguir descrito:

Mário, 39 anos, trabalha como auditor de grandes empresas e leciona em duas universidades. É casado e tem dois filhos de seis e nove anos de idade. Seus ganhos anuais são elevados. Ele passa metade da semana em uma cidade, onde reside a família, e metade em outra, onde mantém um relacionamento extraconjugal de longa duração. Além disso, ele mantém relações sexuais com outras mulheres do seu círculo profissional e acadêmico, tanto nessas quanto em outras cidades para onde viaja com frequência. As mulheres bonitas, atraentes e cultas, segundo suas palavras, fazem com que se sinta imediatamente fascinado, não conseguindo evitar uma aproximação. Por outro lado, como também não consegue recusar os convites de trabalho e palestras que lhes são feitos, porque sempre tem que atender o desejo do outro, quase não tem tempo para descansar e dorme poucas horas à noite. Apesar disso, não costuma faltar às sessões, evidenciando um bom vínculo com o tratamento. Contudo, esse vínculo não tem correspondência em sua relação com o analista, representando na transferência o desinvestimento do objeto materno e a subsequente identificação espelhada com ele. Esse modelo transferencial não difere do que ocorre em seus relacionamentos com as mulheres. Mais do que elas próprias, na verdade, está no 'através delas' a sua busca de encontrar um lugar, um contexto que lhe proporcione a sensação de viver – que pode ser uma família, um hotel luxuoso ou uma praia paradisíaca. A atenção, portanto, resulta despertada mais por um estímulo excitante do que por um movimento libidinal dirigido ao mundo exterior.

Sob um manto de cordialidade e aparente submissão, Mário procura esconder um traço de caráter marcadamente narcisista, não levando em consideração nem o interesse, nem o sofrimento das mulheres com as quais se relaciona. Tanto a esposa quanto a amante ou eventual caso amoroso mantido, simultaneamente, por algum tempo, são alvos de um rigoroso e massacrante controle por parte de Mário que, dessa forma, procura evitar a sua perda. A respeito desse aspecto observado em pacientes desvalidos, refere Maldavsky (1995a):

Às vezes, a solução a que estes pacientes aspiram consiste em se ligar a um objeto mundano que restabeleça a sua falta de nexos com o universo sensorial. Neste objeto predominam certos traços, como a beleza ou a conexão com a realidade, e o paciente pretende escravizá-lo de modo a ter assegurado um caminho repositivo no vínculo com a realidade sensível, como se pretendesse que o objeto aportasse esta coerência que o seu ego carece e que não pode desenvolver (p. 37).

Outra característica de Mário é que, após permanecer com uma mulher por algum tempo numa situação de intimidade, sente-se compelido a fugir daquele cenário experimentado como frio e aterrador, repetindo a experiência do trauma inicial. Na verdade, com o objetivo de resgatar o sentido da vida, Mário sobreinveste a sexualidade, resultando numa constante excitação auto-erótica. Ele também sobreinveste o trabalho e a atividade intelectual, os quais, por essa razão, carecem de espontaneidade. Contudo, o aspecto mais chamativo em Mário é a dependência que mantém com as mulheres. A eventual possibilidade

de ser deixado por uma delas faz com que se sinta verdadeiramente arrasado. Mário necessita que tanto a esposa como a amante lhe telefonem diariamente e demonstrem não estarem brigadas com ele para que possa se sentir “ligado” para trabalhar, divertir-se e sair com outras mulheres. Diz ele: “Se elas não me ligam eu fico sem força para viver”. Em uma ocasião, comparou-se a um boneco que depende de que as mulheres lhe dêem corda para se movimentar. Trata-se de um tipo de ligação com o objeto que lembra uma sanguessuga aderida firmemente ao corpo de uma pessoa, configurando, nas palavras de Maldavsky (cit.), um apego desconectado.⁶ Pacientes como Mário dependem da vida orgânica do outro; encontram nesse outro sua fonte de vitalidade e, quando o analista procura marcar esse funcionamento, situação que é vivida como um golpe, costumam responder com um estalido de fúria, resultando no abandono do tratamento ou na sensação de uma queda no vazio.

Organização do pré-consciente⁷

Um aspecto chamativo da denominada clínica do desvalimento é o modo como se organiza o pré-consciente desses pacientes, o qual podemos detectar através da linguagem, configurando três tipos bem característicos de discursos:

O *discurso inconsistente*, também chamado sobreadaptado, caracteriza-se pela adequação do paciente aos supostos interesses do interlocutor, lembrando o Homem dos Lobos, que Freud (1918/1975) referiu apresentar uma “dócil apatia”, e o personagem do filme *Zelig*, de Woody Allen (Lieberman, 1970/1972; Lieberman et al., 1981; Lieberman, 1982; McDougall, 1982/1987). Tustin (1990/1992) empregou o termo insincero, numa alusão à tentativa que esses pacientes fazem de compensar ficticiamente uma falta de significado em seu pensamento. Se o analista não estiver atento a esse tipo de defesa, poderá equivocar-se quanto à evolução do processo analítico, tendo em vista que o discurso inconsistente pode revestir-se de um caráter passional, com chamativo deslumbramento estético e intenso apego erótico. Esses pacientes compensam a falta de um respaldo identificatório em sua personalidade pela imitação, resultando na tendência a infiltrar-se na intimidade do analista.

Essa modalidade de comunicação apresenta um sentido inverso do que se poderia chamar de um discurso autêntico que permite ascender, através de um conjunto de hipóteses mediadoras, aos núcleos inconscientes das manifestações clínicas revestidas de conteúdo simbólico, como as neuroses e psicoses. Diferente deste, o discurso inconsistente não nos permite inferir o conteúdo anímico de uma série de sintomas, como a insônia, as alergias e as dores lombares, entre outros, relatados minuciosamente pelos pacientes sem nenhum enlace com os processos psíquicos, como se fossem sofrimentos inevitáveis. Em outras palavras, podemos dizer que falta a esses pacientes uma consistência identificatória sustentada pelo mundo inconsciente, caracterizando a desconexão simbólica das manifestações somáticas de que se queixam (Maldavsky, 1995a).

- 6 Através desse conceito, baseado nas idéias de Bowlby (1969), Maldavsky procura caracterizar a forma adesiva com que esses pacientes se ligam aos ritmos pulsionais das pessoas, como a respiração e os batimentos cardíacos, captados pela sensorialidade, no afã de usufruir da vitalidade do outro.
- 7 Segundo Kreisler (1992), a base da vida operatória é um defeito de funcionamento do pré-consciente e um isolamento do inconsciente. A carga ligada aos afetos e às emoções, malveiculada, não elaborada, trancada, é contida fora dos processos de mentalização” (p. 59).

O *discurso catártico* é aquele por meio do qual o paciente procura se livrar das situações que relata sem deixar um espaço para a intervenção do analista. Ele não se questiona sobre o que este último pode estar pensando ou sentindo, pois sua meta não é compartilhar o seu problema, mas arrasar a parte da mente que aloja o problema, como se procurasse, pelo discurso, dessubjetivar-se, deixar de ser sujeito. O comum é que o paciente retorne repetidas vezes ao mesmo fato ou relate uma sucessão de situações muito parecidas, numa tentativa, de um lado, de investir o problema com a atenção do ouvinte e, de outro, de impedir que ele realize um processamento psíquico complexizante do material exposto.

Com alguma frequência, o discurso catártico se inclui em um clima passional, predominando estados ansiosos e reações de cólera decorrentes do sentimento de ansiedade. Ele também pode complementar-se com uma atitude queixosa ou de autocompaixão, que visa provocar o sentimento de pena no interlocutor. Essas atitudes devem-se ao fato de ser muito penoso para o paciente sair de um estado crepuscular e investir um mundo sensível ou perder um vínculo fundamental de apego presumidamente amoroso. Contudo, como adverte Maldavsky (cit.), as reações coléricas também podem resultar de alguma forma de separação ou individuação de um vínculo fusional, do qual o indivíduo se sente expulso.

O *discurso numérico*, por último, também chamado de especulador, é aquele que traz de volta a relação do mundo psíquico com as frequências. Através dos cálculos, o paciente procura arrogar-se uma identificação com o poder econômico, tornar-se um indivíduo valioso e dessa forma, defender-se de um estado de inermidade anímica. Mediante a especulação e o acúmulo de dinheiro, o indivíduo procura tornar-se alvo da ganância do outro com o fim de eludir o sentimento de não possuir nenhum valor. Por essa razão, esses pacientes apresentam a tendência de identificar-se com pessoas carentes, nas quais podem projetar seu desvalimento. Nesse tipo de discurso, os números substituem o conteúdo simbólico das palavras e servem para o desenvolvimento de uma atividade auto-hipnótica ou de uma sensorialidade auto-engendrada, até certo ponto consoladora.

A atividade numérica, o envolvimento com as contas e todas as formas de especulação financeira tipificam os pacientes com manifestações psicossomáticas, os quais, alijados da riqueza proporcionada pelos símbolos, procuram encontrar valor na captação das diferenças. Contudo, alerta Maldavsky (1995a) que, em momentos críticos, a atividade numérica como forma de manter um apego desconectado pode fracassar, e o paciente sentir que não representa nada mais do que um número para as pessoas, até se tornar um zero à esquerda como expressão máxima do princípio de inércia.

Esse universo sensorial caracterizado pela falta de qualificação e observado nos estados de desvalimento, além dos quadros psicopatológicos que configuram essa clínica, inclui os traços de caráter que podemos encontrar em qualquer outro paciente, resultantes de uma vulnerabilidade tóxica, fruto da relação com uma mãe que não atende de maneira adequada às necessidades do recém-nascido, deixando uma falha na constituição da consciência original. Maldavsky (cit.), ao abordar as relações entre os traços de caráter e a fixação ao trauma, refere:

Esses traços caracteriopatológicos (próprios da formação substitutiva) correspondem a uma alternância que põe em evidência três aspectos da fixação ao trauma: a decepção da aspiração de ligação libidinal como caminho para a complexização vital; a consequência disto, quer dizer, a

tendência a deixar-se morrer, obtendo um gozo na auto-imolação raivosa; e, por fim, o esvaziamento de toda a energia inerente às pulsões de vida (p. 52).

Entre os traços de caráter mais comuns na clínica do desvalimento encontra-se a *viscosidade* (Bick, 1968), resultante da necessidade de apegar-se a um mundo imediato e sensível. Geralmente, esse apego se apresenta sob a forma de uma docilidade lamuriosa, mediante a qual o indivíduo procura despertar a compaixão do interlocutor. Os pacientes com essa característica não só precisam ver e ouvir o analista como, em muitos casos, necessitam também tocá-lo, procurando introduzir novos assuntos no final da sessão para prolongar o seu término. Entretanto, essa conduta não apresenta uma correspondência simbólica de inscrições psíquicas, na medida em que as lembranças encontram-se desinvestidas. Em outras palavras, não se trata como nos neuróticos, da revivescência de um luto, mas de uma tentativa de conduzir o analista para um universo relacional esterilizante e suficientemente frustrante para gerar impulsos raivosos contra o paciente e o desejo de se ver livre dele. É quando se instala esse quadro que se evidencia a eficácia da defesa e se torna exposto o mundo interno do paciente, dominado por um “déspota louco” que aspira a livrar-se dele, refletindo a ausência de uma mãe capaz de receber, conter e atenuar a angústia de morte do bebê. A adesividade desses pacientes encontra-se relacionada com a libido intra-somática, correspondendo a uma lógica respiratória que visa à criação de um vazio por aspiração, tipo ventosa, bem diferente da lógica implicada na sucção oral. Eventualmente, a lógica respiratória se combina com a lógica circulatória, quando então o nexo da adesividade é o da sanguessuga. Esse traço de caráter pode ser observado em um grupo mais amplo de pacientes que apresentam a tendência de apegar-se ao analista, de elogiar o seu trabalho, sem realizar, no entanto, qualquer mudança importante.

Outro traço é o *cinismo* (Meltzer & Williams, 1988/1990), que ataca a possibilidade de gerar ilusões, condenando todo o projeto vital à aniquilação, com vista a um gozo por se deixar morrer como resultado da identificação com um objeto ominoso que destitui a relação de subjetividade. Os pacientes com esse traço de caráter costumam apresentar-se com uma fachada sarcástica de falsa felicidade, com a qual procuram encobrir a própria desgraça, que consiste em viver sem projetos e sem esperança.

Por fim, o traço de caráter *abúlico* (Maldavsky, 1996), que aparece nos pacientes como um estado final, quando a pulsão de morte impõe a monotonia e sua tendência à inércia. Esses pacientes, descritos como apáticos, letárgicos, astênicos ou desvitalizados, verdadeiros mortos-vivos, paradoxalmente, podem apresentar ao longo da análise reações exacerbadas de fúria quando o analista consegue tirá-lo dessa condição anímica, revelando que, por meio desse traço patológico de caráter, aspiram impor ao mundo a mais absoluta ausência de tensão vital. Assim como os anteriores, esse traço de caráter expressa uma vicissitude da pulsão diante de um trauma, que se estabelece quando o ego se confronta com o perigo proveniente de forças que o suplantam e das quais não consegue fugir: situação em que se deixa morrer. Como salientou Freud (1975/1923), no caso do adulto, viver tem o significado de ser amado pelo superego, correspondendo, na infância e em certos momentos ao longo da existência, a merecer o amor da realidade, a qual representa o id e se encontra representada pelos poderes protetores objetivos. Quando falta essa proteção, o ego não encontra outra saída que não seja abrir mão da vida. Do ponto de vista econômico, esse “deixar-se morrer”,

causado por um trauma, corresponde a um desinvestimento do ego pelo narcisismo e pela autoconservação, revelando a eficácia do impulso de morte. Maldavsky (op. cit.) destaca que esse rasgo caracteriológico pode transmitir-se ao longo de gerações, configurando uma “linhagem abúlica”, como resultado de processos tóxicos e traumáticos vinculares.

Conclusão

Para dar conta das psicopatologias do desvalimento, as quais se encontram relacionadas com um universo sensorial caracterizado por uma falta de qualificação, 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, mas a da tensão-alívio de descargas, muito mais primitiva, carente de inscrições psíquicas, portanto, de subjetividade. Dessa forma, no lugar do tradicional “tornar consciente o inconsciente” visaríamos “tornar consciente uma percepção”, considerando o que Lacan (1964/1974) destacou nas enfermidades psicossomáticas: um funcionamento mental essencialmente numérico, no qual se constata uma sensorialidade que não registra diferenças qualitativas dos estímulos mundanos, mas apenas freqüências e períodos, a partir dos quais são estabelecidas equivalências não-simbólicas. Assim como a primeira tópica deu conta das neuroses e a segunda tópica das psicoses, uma terceira tópica, da consciência, poderia dar conta da clínica do desvalimento, modificando o significado de cura em psicanálise e impondo transformações e construções no processo analítico.

A rigor, todas as pessoas apresentam pontos de vulnerabilidade em seu desenvolvimento arcaico, e em momentos de maior exigência, como uma perda importante, podem regressar e apresentar uma patologia do desvalimento. Essa constatação amplia a importância e a aplicabilidade desse novo paradigma. As teorias psicanalíticas que melhor dão conta dessa psicopatologia são as correspondentes às neuroses atuais e às neuroses traumáticas, entendendo-se como trauma um estímulo externo suficientemente forte para romper a barreira de proteção. Destacou Freud (1926/1975; 1930/1975) que, se a angústia é a reação do ego ao perigo, a neurose traumática deve ser concebida como uma conseqüência direta da angústia de sobrevivência ou de morte, lamentando que esse aspecto tóxico dos processos mentais tenha escapado à investigação científica. Diferentemente das psiconeuroses, os sintomas das neuroses atuais não permitem a redução histórica ou simbólica das vivências efetivas e não podem ser concebidos como satisfações sexuais substitutivas ou como transações entre moções pulsionais opostas, não respondendo, devido a isso, à técnica psicanalítica tradicional, baseada na associação livre e na interpretação.

Recentemente, Giovannetti (2006) empregou os conceitos de hospitalidade e desconstrução, tomados de Derrida (2003), para caracterizar a abordagem dos pacientes que nos procuram na atualidade. Através da descrição de três casos de análise, procura enfatizar a necessidade da modificação do *setting* analítico para acolher essa nova subjetividade que emerge nestes tempos de não-lugares e não-fronteiras, numa alusão ao pensamento de Marc Augé (1992, 1997). Destaca o autor que:

É função central do analista hoje ir construindo com cada um deles um *setting* possível para que a análise possa se constituir. E não mais no sentido clássico, isto é, visando trabalhar as resistên-

cias para que ele venha, um dia, a ser igual ao clássico, mas, sim, trabalhando para que o espaço virtual e sem fronteiras possa ser transformado num lugar. Lugar de intimidade, lugar de trocas, lugar de narrativa. Lugar de existência real, não virtual (p. 28-29).

Contudo, o mais comum é que os casos apresentem, simultaneamente, mais de uma corrente psíquica⁸ de conflitos e defesas, ou seja, que ao lado de um discurso que não representa a intimidade de seus processos anímicos, a par de sua percepção aspirar mais ao apego do que à captação de elementos diferenciais, o paciente também discorra sobre manifestações neuróticas, perversas ou psicóticas. Sendo assim, podemos observar em um paciente, por exemplo, uma corrente neurótica representada por um fragmento psíquico em que aparece uma formação egóica com um grau de complexização que lhe permite operar eficazmente com a realidade e defender-se de seus desejos, apelando à repressão, configurando uma situação em que a angústia cumpre a função de alerta e, ao mesmo tempo, uma corrente tóxica⁹ representada por um fragmento psíquico em que aparece uma estrutura egóica mais primária que opera com defesas mais arcaicas na resolução de seus conflitos. Nesta situação, a angústia deixa de funcionar como sinal de alarme e se apresenta como angústia automática, a qual se transforma em apatia.

Um grupo considerável desses pacientes, como no caso clínico descrito, costuma apresentar uma patologia vincular bastante complexa, na qual são freqüentes as cenas de violência, com tendência a se repetirem, em que pese gerarem, posteriormente, sentimentos de culpa e vergonha. Maldavsky (2007) adverte que essas cenas são antecedidas por dois momentos que ocorrem em seqüência. O primeiro é caracterizado pela captação do desvalimento do outro e, o segundo, por uma crise de angústia que surge como uma forma de reagir ante a identificação com o outro desvitalizado. O ataque de fúria corresponde a uma tentativa, sem sucesso, de revitalização restitutiva, tanto do indivíduo como do outro. O autor considera que a incapacidade para processar as exigências pulsionais próprias ou do outro desperta no ego uma angústia automática, que surge como corolário da desvitalização observada nas patologias do desvalimento.

Como foi acentuado, os pacientes abarcados por este estudo apresentam uma forte tendência a desenvolver sintomas somáticos, os quais costumam ser subestimados, podendo levá-los à morte. Assim como os estados de desvalimento, as manifestações psicossomáticas fazem parte de uma economia pulsional vincular, ocorrendo situações em que o corpo de um funciona como sede do sofrimento orgânico do outro. Este é o caso de Antônio, um paciente de 45 anos, executivo de uma multinacional, com um quadro clínico típico de desvalimento e um funcionamento operatório bem característico, mas que, apesar disso,

- 8 O conceito de correntes psíquicas pode ser encontrado no pós-escrito do *Caso Dora* (Freud, 1905/1975), onde se lê: "Quanto maior o intervalo de tempo que me separa do fim desta 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 inconsciente mais poderosa de sua vida mental" (p. 120).
- 9 Situamos os quadros tóxicos na linha conceitual freudiana das neuroses atuais, entendendo que suas manifestações não possibilitam nenhum enlace com formações simbólicas como representantes de desejos inconscientes, mas, ao invés disso, remetem diretamente a um estado de estancamento libidinal. A libido estancada se torna tóxica porque não pode ser descarregada nem ligada psiquicamente, ou seja, não existem representantes psíquicos para o seu processamento, quer dizer, não há acesso à representação de objetos e metas e, tampouco, acesso ao outro representante pulsional que é o matiz afetivo.

seus órgãos não apresentam qualquer disfunção. No entanto, a mulher com a qual se encontra casado há dezenove anos e mais moça do que ele três, além de obesidade e tabagismo desenvolveu um quadro de artrite reumatóide bastante grave.

Trata-se de uma clínica do possível, formada por pacientes que, em sua maioria, encontram-se em constante movimento em um processo de aceleração progressiva (Virilio, 1999) e que nos chegam de lugares distantes, às vezes indefinidos, não raro encaminhados por colegas de outras cidades ou países, diretamente ou a partir de informações obtidas pela Internet ou de terceiros. Com esses pacientes não é possível manter um padrão de frequência das sessões, que são marcadas uma a uma ou em pequenas seqüências, eventualmente intercaladas por longos períodos.

O trabalho a ser desenvolvido deve ter como meta a construção das experiências não sentidas para que possam obter significação na relação analítica. Tendo em vista esse fim, a atitude do analista deve ser predominantemente facilitadora, reanimadora, explicativa, discriminativa e inter-relacionadora. No campo da contratransferência, o maior risco que o analista corre é o de se identificar com o objeto traumatizante do paciente, podendo também deixar-se contaminar por seu desânimo e apatia ou, opostamente, entrar em um estado de impaciência ou raiva crescente no afã de tirá-lo 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. Portanto, como ponto final, 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, evitando ocupar, contratransferencialmente, o lugar da *mãe morta* de Green ou do *déspota louco* de Maldivsky.

Psicopatología psicoanalítica contemporánea: clínica del desvalimiento

Resumen: *Teniendo en cuenta la evolución de la práctica psicoanalítica a partir de las histéricas de Freud, el autor resalta el cambio observado en la clínica actual, con predominio de pacientes que tienen carencia de una vida simbólica debido a una fijación a una etapa del desarrollo en que el aparato psíquico no es capaz de reaccionar por sí solo a los estímulos endógenos y exógenos, generando una experiencia de desvalimiento cuando no logran tener un auxilio del ambiente empático. En la clínica del desvalimiento se incluyen pacientes con rasgos autistas, las neurosis tóxicas y traumáticas, las enfermedades psicosomáticas, las traumatofiliias, las adicciones, los trastornos de la alimentación, las perturbaciones del sueño, la violencia vincular, la promiscuidad y otras patologías que, desde el punto de vista teórico, técnico y clínico, difieren de las neurosis, psicosis y perversiones. Para dar cuenta de estas patologías, se impone la necesidad de un nuevo paradigma capaz de ampliar el psicoanálisis para un psiquismo cuya lógica ya no es la del placer-displacer de una erogeneidad representada, y si de la tensión-alivio de descargas, mucho mas primitivas, destituidas de subjetividad.*

Palabras claves: *trauma; angustia; depresión; desvalimiento; clínica actual.*

Contemporary psychoanalytic psychopathologie: helplessness clinic

Abstract: *Having present the evolution of the practice since Freud's hysterics, the author emphasizes the change observed in the current clinic, predominating patients that lack of a symbolic life as result*

of a setting to a stage of the development where the mental apparatus is unable to answer by itself to endogenous and exogenous stimulations, generating a helplessness experience when he cannot count on the aid of an empathic environment. Under the heading of the helplessness clinic, patients with autistic traces, the toxic and traumatic neurosis, psychosomatic diseases, traumatophylia, addictions, eating disorders, sleeping disorders, bonds of violence, promiscuity and other pathologies that differ from neurosis, psychosis and perversions according to a clinical, technical and theoretical point of view. To give account of these pathologies, it is imposed need of a new paradigm capable to extend psychoanalysis for a mind whose logic is not more of the pleasure-displeasure of a represented erogeneity, but the tension-relief of discharges, much more primitive, dismissed of subjectivity.

Keywords: trauma; anguish; depression; helplessness; current clinic.

Referências

- Augé, M. (1992). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la modernité*. Paris: Seuil.
- Augé, M. (1997). *La guerre des rêves. Exercices d'ethno-fiction*. Paris: Seuil.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psicoanal.*, 49:484-486.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Derrida, J. (2003). In G. Borradori, 2003. *Philosophy in a time of terror: Dialogues with Jürgen Habermas and Jacques Derrida*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Fédida, P. (1999). *Depressão*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1975). *Sexuality in the aetiology of the neuroses*. SE, 3. (Trabalho original publicado em 1898.)
- _____. (1975). *Fragment of an analysis of a case of hysteria*. SE, 7. (Trabalho original publicado em 1905.)
- _____. (1975). *From the history of an infantile neurosis*. SE, 17. (Trabalho original publicado em 1918.)
- _____. (1975). *The ego and the id*. SE, 19. (Trabalho original publicado em 1923.)
- _____. (1975). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. SE, 20. (Trabalho original publicado em 1926.)
- _____. (1975). *Civilization and its discontents*. SE, 21. (Trabalho original publicado em 1930.)
- _____. (1975). *New introductory lectures on psycho-analysis*. SE, 22. (Trabalho original publicado em 1933.)
- _____. (1975). *Project for a scientific psychology*. SE, 1. (Trabalho original publicado em 1950.)
- _____. (1975). *Letter 52*. SE, 1. (Trabalho original publicado em 1950.)
- Giovannetti, M. (2006). Hospitalidade na clínica psicanalítica hoje. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39:25-32.
- Green, A. (1988). A mãe morta. In *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- _____. (1993). *Le travail du négatif*. Paris: Minuit.
- Kreisler, L. (1992). *La novel enfant du désordre psychomatique*. Paris: Dumond.
- Krystal, H. (1982). Alexithimia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9:353-78.
- Lacan, J. (1974). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona: Barral. (Trabalho original publicado em 1964.)
- Liberman, D. (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión. (Trabalho original publicado em 1970.)
- _____. (1982). *Del cuerpo al símbolo: Sobreadaptación y enfermedad psicossomática*. Buenos Aires: Kargieman.
- Liberman, D. et al. (1982). Sobreadaptación, transtornos psicossomáticos y estados tempranos del desarrollo. *Revista de Psicoanálisis*, 39:845-853.
- Lutenberg, J. (1995). Clínica del vacío. *Zona Erogena*, 26:24-26.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos: Adiciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1995a). *Pesadillas en vigilia: Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- ____ (1995b). Clínica de las adicciones. *Zona Erógena*, 26:19-21.
- ____ (1996). *Linajes abúlicos: Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- ____ (1998). *Casos atípicos: Cuerpos marcados por delirios y números*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ____ (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- ____ (2007). La desvitalización y la economía pulsional vincular. Artigo inédito, cedido pelo autor.
- Maldavsky, D. et al. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: The David Liberman algorithm (DLA)*. Buenos Aires: UCES.
- Maldavsky, D. et al. (2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Marty, P. (1984). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona: Toray. (Trabalho original publicado em 1976.)
- Marty, P. et M'Uzan, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Fr. Psychanal.*, 27:345-356.
- McDougall, M. (1987). *Teatros de la mente: Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Tecnipublicaciones. (Trabalho original publicado em 1982.)
- Meltzer, D. & Williams, M. H. (1990). *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires: Spatia. (Trabalho original publicado em 1988.)
- Sifneus, P. E. (1973). The prevalence of "alexithimic" 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.)
- Virilio, P. (1999). *The information bomb*. London: Verso.
- Winnicott, D. W. (1965). The theory of infant-parent relationship. *The maturational Process and the facilitating environment*. London: Hogarth. (Trabalho original publicado em 1960.)

[Recebido em 25.4.2008; aceito em 13.5.2008]

Gley Pacheco Costa
[Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre SBPdePA]
Rua Mariante, 288/1308, Moinhos de Vento
90430-180 – Porto Alegre RS – Brasil
Tel. 55 51 3346-3032, 3330-1084
gley@terra.com.br