



“PULSÃO DE MORTE, CORPO E MENTALIZAÇÃO”

Patricia Rivoire Menelli Goldfeld

Eixo: O corpo na teoria

Palavras chave: psicossomática, pulsão de morte, depressão essencial, psicanálise

Resumo:

A autora revisa as contribuições de Freud relativas às doenças orgânicas, o conceito de pulsão de morte (Freud, 1920, Além do Princípio do Prazer) e as contribuições de Green e da Escola Psicossomática de Paris, para estudar a função desobjetalizante da pulsão de morte, e seu papel nas falhas simbolizatórias. O trabalho tem por objetivo revisar alguns autores para compreender a depressão essencial, um tipo de depressão sem sofrimento psíquico, sem angústia ou melancolia. Nestes casos, o indivíduo se torna apático, com exclusão da linha alucinatória. Esta depressão revela-se através de uma fadiga tenaz, que se converte em desinteresse pela vida: não há movimento. Pode haver tensão, que o paciente chama de estresse, uma incapacidade em encontrar paz interior. O estudo conclui que a depressão essencial está vinculada a fenômenos muito precoces do desenvolvimento do indivíduo e está relacionada a consequências na sua estruturação primária. O trabalho clínico com os pacientes deprimidos essenciais

revela frequentemente situações precoces de falha no investimento materno ou superinvestimento reativo a uma depressão materna.

Desenvolvimento

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

Freud[1] abordou o estudo das doenças orgânicas em dois níveis diferentes: o primeiro tipo seria no caso de uma doença orgânica estabelecida, em 1916/17, nas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III): *conferência XXVI, A Teoria da Libido e o Narcisismo*, onde ocorreria uma regressão narcísica de investidas eróticas de objeto em direção aos órgãos internos enfermos; e o segundo tipo refere-se à enfermidade orgânica desde o ponto de vista de sua origem e apoia-se na teoria desenvolvida em 1920, em *Além do Princípio do Prazer*, da oposição entre as pulsões de conservação e de morte ou destruição. Ele destaca que num curso de um estado de desfação pulsional duradouro, sem possibilidade

de refusão, uma das consequências a que se expõe o sujeito é que suas funções somáticas sofram alterações profundas, dando nascimento a enfermidades orgânicas.

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

Green [2] baseia-se na hipótese de que a perspectiva essencial da pulsão de vida é assegurar uma *função objetalizante*. Isto não significa apenas que o papel da pulsão de vida é criar uma relação de objeto (interno e externo), como ela também se revela capaz de transformar estruturas em objeto, mesmo quando o objeto não está diretamente em questão, com vistas a um investimento significativo. Do ponto de vista oposto, a perspectiva da pulsão de morte é cumprir o máximo possível uma função *desobjetalizante* através da desligação. Esta qualificação permite compreender que não é apenas a relação de objeto que se vê atacada, mas também todas as suas substituições. Por exemplo, o ego, os órgãos internos, o corpo, qualquer instância que tenha sido investida com o processo de objetalização. Green culmina com o conceito de narcisismo negativo, como aspiração ao nível zero, expressão de uma função desobjetalizante que não se contentaria com

dirigir-se sobre os objetos ou seus substitutos, mas que atacaria o processo objetualizante como tal. Para ele, a função desobjetualizante pode ser encontrada em outros quadros clínicos além da melancolia, como no autismo infantil, em psicoses crônicas não paranoides, na anorexia e em diversas expressões de patologia somática do lactente.

Os trabalhos da Escola Psicossomática de Paris corroboram a hipótese do desinvestimento e a tendência desobjetualizante da pulsão de morte. Pierre Marty[3], com seus estudos de pacientes psicossomáticos, descreveu uma série de conceitos chaves que nos permitem entender a economia psicossomática baseada na noção de mentalização.

Marty distinguiu os tipos de depressão como aquelas com expressão e aquelas sem expressão. As depressões com expressão são as que se expressam através de uma sintomatologia mental positiva e correspondem às chamadas neuróticas, ou à melancolia clássica, representando um estado de boa mentalização. As depressões sem expressão, ao contrário, não apresentam uma sintomatologia mental claramente identificável. São a depressão reativa, a depressão mascarada, latente ou crônica e aquela por esgotamento. A sua definição de depressão essencial tornou-se o referencial clínico das depressões sem expressão: nela não observamos sofrimento psíquico, nem sentimento de culpa, de inferioridade, ou mesmo de angústia. Ela se revela através de uma fadiga tenaz, que se converte em desinteresse pela vida: não há movimento. Pode haver tensão, que o paciente chama de estresse, uma incapacidade em encontrar paz

interior. O corpo se impõe, ao contrário do psiquismo, como um objeto de expressão dolorosa, e o paciente apresenta queixas corporais diversas. Marty [3] entende metapsicologicamente a depressão essencial como uma manifestação da diminuição de tónus do instinto de vida. Ele a qualificou como essencial por encontrar-se em estado puro, sem coloração sintomática e sem contrapartida econômica positiva. A ausência de objetos internos aos quais recorrer se une à ausência de possibilidades relacionais frente a objetos exteriores. Esta dupla falta, que implica na ruptura do funcionamento mental, justifica o nome *depressão sem objeto*, e está relacionada ao que Green referiu-se como função desobjetalizante da pulsão de morte.

Para detalhar melhor, Spitz[4] nos lembra que na fase auto-erótica do desenvolvimento é o próprio corpo o objeto da satisfação pulsional. As pulsões parciais possuem uma relativa independência umas das outras e buscam cada uma seu prazer de órgão. Neste estado de não integração, nesta fase do desenvolvimento, existe uma não distinção entre a satisfação pulsional e o objeto da percepção. Neste tempo, toda perda objetal equivale a uma perda de si mesmo, ou seja, uma perda narcísica. Então, depois da saída do objeto materno, os investimentos bi-pulsionais relativamente indiferenciados neste estágio, vão sofrer um duplo processo: uma regressão em relação ao objeto próprio corpo e um certo grau de destrincamento entre as polaridades pulsionais sexual e destrutiva.

É aqui que Pierre Marty[3] coloca, que se criam as condições para a depressão essencial: por causa do estado inacabado pulsional, a ausência de

objetos internos funcionais conduz ao movimento de regressão ao próprio corpo, que se transforma neste momento no objeto de eleição da destrincação pulsional. Em sua descrição de depressão anaclítica, Spitz refere-se a um borramento progressivo das manifestações agressivas do bebê, e o aparecimento de manifestações somáticas: insônia, perda de peso, doenças orgânicas. Claude Smajda[5] resume deste modo: um processo de defusão pulsional mantido por uma corrente de destrutividade interna e um processo de refusão determinado pelo patomasoquismo. Em outra perspectiva: aconteceu algo de traumático, num tempo muito precoce do desenvolvimento pulsional e psíquico, tempo em que não havia ainda finalizado a separação entre eu e não-eu, entre sujeito e objeto, resultando numa perda narcísica para o bebê. A depressão essencial encobre uma falta da ordem de narcisismo primário.

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

O sujeito operatório não se perturba com os tormentos do pensamento: não duvida. Para ele, o pensar não se baseia numa atividade de ensaio. O pensamento operatório é igual a outro pensamento operatório. Há um superinvestimento do

factual e da realidade. O seu tempo é o tempo presente, e há a proeminência da afirmação sobre a negação. A exclusão do funcionamento da linha alucinatória tem como consequência principal alterar mais ou menos gravemente a função de representação do objeto. Cujo objetivo, podemos pensar, seria negar a ausência traumática dos objetos representados. Além disto, a natureza mesma da realidade operatória, coletiva, monótona e indiferenciada, permite instalar um contínuo objetual que vem a substituir a descontinuidade insuportável dos objetos individuais. Na doença operatória, o narcisismo está afetado e o ego submetido a um processo de desobjetalização.

Para finalizar, segundo Pierre Marty[3], nos casos de desorganização mental avançada, em que aparecem a depressão essencial e a vida operatória, o inconsciente não emite mais investidas em direção ao mundo exterior, o que é traduzido pela ausência de elaborações e de expressões psíquicas. Contrariamente, permanece continuamente sensível às excitações que lhe chegam, o que se observa nas modificações e agravamentos somáticos do sujeito. A hipótese de Marty repousa na ideia de uma ruptura de comunicação entre o inconsciente/pré-consciente e o sistema percepção/consciência. Para ele, a depressão essencial está vinculada a fenômenos muito precoces do desenvolvimento do indivíduo e está relacionada a consequências na sua estruturação primária. O trabalho clínico com os pacientes deprimidos essenciais revela frequentemente situações precoces de falha no investimento materno ou superinvestimento reativo a uma depressão materna.

Referências

1. Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 1977: IMAGO.
2. Green, A., *El Trabajo de lo Negativo*. 1993: Amorrortu.
3. Marty, P., *Mentalização e Psicossomática*. 1988: Casa do Psicólogo.
4. Spitz, R.A., *O Primeiro Ano de Vida*. 1979: Martins Fontes.
5. Smajda, C., *La Vida Operatória*. 2005: Biblioteca Nueva.