



PUC
RIO

MARIA FERNANDA GUITA MURAD

A TRANSFERÊNCIA, O AFETO E O PACIENTE PSICOSSOMÁTICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 26 de julho de 1994

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

MARIA FERNANDA GUITA MURAD

A TRANSFERÊNCIA, O AFETO E O PACIENTE PSICOSSOMÁTICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO, 26 JULHO DE 1994

UC60415-8



150
M972
TESE UC

MARIA FERNANDA GUITA MURAD

A TRANSFERÊNCIA, O AFETO E O PACIENTE PSICOSSOMÁTICO

Dissertação apresentada ao Departamento
de Psicologia da PUC/Rio como requisito
parcial para obtenção de título de
Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Angela Baraf Podkameni

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO, 26 JULHO DE 1994

Para Ronald,

Paula e

Eduardo.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus pais, pelas orientações recebidas ao longo da vida.
- À PUC, ao Departamento de Psicologia, pelo oferecimento do curso de mestrado.
- À minha orientadora, professora Angela Podkameni, pelas boas idéias.
- Às professoras Claudia Garcia e Terezinha Féres, que compõem a banca examinadora por aceitarem o convite.
- À Casa de Portugal (hospital, solar e escola), pela oportunidade de desenvolver e aprimorar o trabalho em psicossomática.
- Ao Dr. Edson Marques, diretor técnico do hospital Comendador Gomes Lopes, pelo apoio na implantação do Núcleo de Psicossomática da Casa de Portugal.
- Ao Dr. Eduardo Póvoa, pelo convite para participar da coordenação deste Núcleo, e pela parceria, no trabalho e na amizade.
- Ao Hospital Pedro Ernesto e, em especial, ao Dr. Júlio de Melo Filho, pela iniciação e estímulo na área da psicossomática.
- Aos professores Enaide Bezerra Barros e Otelo Correia Filho, pelos esclarecimentos no campo da psicanálise e da psicossomática.
- Aos meus pacientes, que indiretamente tanto me incentivaram.
- À Alzira Ferreira, pela amizade demonstrada no cuidado durante a impressão deste trabalho.
- Às amigas Cristina de Castro e Diana Dadooriam, por todo apoio durante este percurso.
- À CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior, pelo apoio através da bolsa de estudos.

RESUMO

Ao descrever os diferentes tipos de somatização, como por exemplo os episódios psicossomáticos momentâneos no curso do desenvolvimento normal, este estudo destaca um movimento de regressão particular: a estruturação do paciente psicossomático de vida operatória, cujo afeto parece inexistente, e que apresenta um estado de depressão típico, denominado de depressão essencial. 4

Essa estruturação foi conceituada por Marty em 1967 como uma desorganização progressiva, em que não há a regressão nos moldes clássicos e o encadeamento das representações psíquicas encontra-se comprometido pela falência libidinal. Este estado compromete a atividade simbólica sendo, então, de alto risco psicossomático. 4

A partir da análise dessa estruturação, pretende-se definir a especificidade da relação transferencial construída por esses sujeitos. Para isso, investiga-se a origem e o destino do afeto em tais casos pois compreende-se que a transferência implica um investimento afetivo. Analisam-se também as primeiras relações de maternagem no paciente psicossomático, e sua repercussão na transferência.

RÉSUMÉ

En décrivant les différents types de somatisation, comme par exemple les épisodes psychosomatiques momentanés au cours du développement normal. Cette étude détache un mouvement de régression particulière: la structure du patient psychosomatique de vie opératoire, dont l'affect paraît inexistant, présent un état de dépression typique, nommée dépression essentielle.

Marty a conçu, en 1967, cette structure comme une désorganisation progressive où il n'y a pas de régression selon les modèles classiques et, l'enchaînement des représentations psychiques se trouve compromis par la faillite libidinale. Cet état compromet l'activité symbolique créant donc un très grand risque psychosomatique.

À partir de l'analyse de cette structure on prétend définir le caractère spécifique de la relation de transfert construite par ces sujets. Pour ce faire, on recherche l'origine et la destination de l'affect dans ces cas, puisque on comprend que le transfert implique un investissement affectif. On analyse aussi les premières relations de maternage chez le patient psychosomatique et sa répercussion dans le transfert.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
- CAPÍTULO I - OS DIFERENTES PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO E O CHAMADO PENSAMENTO OPERATÓRIO	6
PARTE I - OS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO NA TEORIA FREUDIANA	6
PARTE II - O PROCESSO PSICOSSOMÁTICO NO PACIENTE OPERATÓRIO	24
- CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE AFETO	49
PARTE I - O CONCEITO DE AFETO NA TEORIA FREUDIANA	49
PARTE II - OUTRAS ABORDAGENS SOBRE O CONCEITO DE AFETO	77
- CAPÍTULO III - O AFETO NO PACIENTE PSICOSSOMÁTICO OPERATÓRIO	91

- CAPÍTULO IV -	A TRANSFERÊNCIA NO PACIENTE PSICOSSOMÁTICO	
	OPERATÓRIO	119
PARTE I -	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	119
PARTE II -	A ABORDAGEM CLÍNICA	141
- CAPÍTULO V -	CONCLUSÃO	144
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152

INTRODUÇÃO

A observação de pacientes psicossomáticos nos conduz ao reconhecimento de uma forma de estruturação psíquica onde os conceitos da psicanálise clássica não respondem às questões surgidas da observação clínica desses pacientes. A psicanálise tradicional, que explica os sintomas neuróticos e oferece uma terapêutica apropriada a esses sujeitos, vemos não ser eficiente quando confrontada com fenômenos e sintomas específicos da estruturação do paciente psicossomático. 2

Constituindo-se como campo limite do discurso médico, distinto da psicanálise — da qual contudo se origina e amplia — a psicossomática constitui hoje uma disciplina em si. 2

Quando, MARTY (1963), psicanalista da Sociedade de Psicanálise de Paris, lançava o conceito de "pensamento operatório", definindo um tipo de personalidade específica, de alto risco de somatização, a qual denominou de "psicossomatose" (id), abria-se um vasto campo de estudo sobre a psicossomática, dotado de amplo material teórico e clínico. 4

Dando seguimento a Marty, temos Fain, David e M'Uzan, que desenvolvem até hoje, no Instituto de Psicossomática (IPSO) da Sociedade de Psicanálise de Paris, produções teóricas e pesquisas sobre a psicossomática. Nesta mesma corrente teórica, temos McDougall, Kreisler e Dejours, entre outros.

Sabemos que a psicanálise começou com o estudo de FREUD (1893-1895) sobre pacientes histéricas. O sintoma somático da histeria de conversão, que o discurso médico não era capaz de explicar, promovia então a construção de um modelo teórico que daria conta de fenômenos que ocorriam no corpo. 4

Assim como a histeria de conversão, nos primórdios da psicanálise, foi alvo de inúmeras questões, a doença psicossomática é hoje um fenômeno a suscitar investigações. Diante dos processos de somatização, em que, ao contrário da histeria de conversão, ocorrem lesões fisiológicas, mas onde vemos organizações psíquicas (ou desorganizações específicas) comprometerem o equilíbrio psicossomático, percebemos um impasse. 4

A priori, o homem é psicossomático por definição. A interseção corpo-psiquismo é fato; portanto, denominar as doenças ou os pacientes de psicossomáticos, é redundante. A psicossomática, assim, estudará as relações entre os movimentos psíquicos e somáticos em sujeitos com doença somática e em sujeitos saudáveis, ampliando a compreensão dessas relações ao que há de mais arcaico no homem, ao conflito entre psique e corpo, conforme ressalta MCDUGALL (1991b).

Temos conhecimento de que a psicanálise, ao lançar o conceito de pulsão, articulou corpo e psiquismo, mas ao tratar privilegiadamente de sujeitos neuróticos e de sintomas psíquicos, deixou uma lacuna em seu campo teórico. Freud, ao

mesmo tempo em que descreveu o mecanismo da histeria de conversão, nomeou a neurose atual, com seu sintoma somático não-psíquico. Não sabemos porque Freud praticamente abandonou esse estudo, mas talvez, se o tivesse abraçado, estendesse os limites da psicanálise para que pudesse abarcar esse campo. 2

Conforme MARTY (1993), psicanálise e psicossomática encontram-se estreitamente ligadas, embora se diferenciem. A psicossomática, como desenvolveu este autor, provém diretamente da psicanálise. Sua produção teórica, seu método e seu estilo modelam-se sobre os da psicanálise. A distinção, porém, é observada, na prática, quanto à especificidade de seus pacientes. O paciente operatório, aquele em que a estruturação psíquica é de maior risco somático, é um paciente empobrecido libidinalmente, muito diferente de um paciente histérico, por exemplo, o que exige técnicas e objetivos apropriados. 2

Como dissemos, a clínica do paciente psicossomático impõe várias questões, mas o que mais nos chama a atenção, quando atendemos a um paciente psicossomático operatório, é a relação que ele estabelece com o analista. Esse paciente não expressa afetividade alguma, não ama nem odeia o analista, apenas comparece, assiduamente, às suas sessões de análise. Seu discurso é lógico, compreensível, mas não é capaz de fazer associações, simbolizações e elaborações. As interpretações do analista, assim como ele próprio, não são passíveis de introjeção, desde o início. Esse paciente parece não incluir psiquicamente o analista, não demonstrando qualquer 2

alteração por frustração decorrente do processo analítico mas, como sempre acontece em sua vida, somatiza. É necessário um longo percurso para que ele venha a poder se reestruturar e apresentar, pelo menos, um sintoma neurótico.

Desde o início, contudo, uma coisa é fato; esse paciente cria uma dependência intensa em relação ao analista. Embora não "entre" em análise, ele parece se servir da pessoa do analista como uma recarga libidinal, mas que tampouco serve à simbolização de algum material. Aparentemente, nenhum afeto é expressado, pelo menos como aparece na neurose de transferência. Mas, dada a relação de dependência e as manifestações somáticas decorrentes de qualquer interrupção no processo analítico, constata-se que, em algum nível, a transferência parece ocorrer. Mas, em que consiste essa transferência, na qual o afeto parece não existir e faltam ao paciente objetos representáveis? É sobre essa questão, ou seja, sobre a especificidade da relação transferencial no paciente psicossomático operatório, que se desenvolve este estudo.

Centraremos nosso estudo no processo psicossomático, onde a desorganização progressiva é determinante. Nesse aspecto, analisaremos o pensamento operatório e a depressão essencial, que caracterizam esse processo.

Existem controvérsias a respeito da origem da desorganização progressiva; conjectura-se se esta seria decorrente de uma estrutura ou se poderia acometer um sujeito qualquer.

Veremos, no entanto, que existem vários tipos de processos de somatização, e que eles parecem obedecer ao tipo de estrutura do sujeito. Por exemplo, no sujeito neurótico, é mais comum que ocorra um episódio psicossomático. Em outros sujeitos, pode ocorrer uma regressão psicossomática, mas a desorganização progressiva seria mais improvável. Tudo dependerá do vigor da libido, da intensidade do trauma e da construção egoica do sujeito. Nas perversões e nas psicoses, ocorre, por sua vez, uma alternância entre o processo psicossomático, por desorganização progressiva, e o sintoma perverso ou psicótico.

No entanto, a desorganização progressiva parece realmente ser originária de uma falha na estrutura do sujeito. Corresponde a uma estruturação decorrente de uma falência libidinal inicial. Mesmo acometendo o sujeito na idade adulta, ela denunciaria a existência de uma deficiência na constituição do psiquismo, a partir das primeiras relações objetais.

Será sobre esses sujeitos que direcionaremos nosso estudo. O propósito de nossa análise não é o de traçar as origens da desorganização progressiva mas, uma vez ela instalada compreendermos como se constituirá, nesses pacientes, o fenômeno da transferência.

CAPÍTULO I

OS DIFERENTES TIPOS DE SOMATIZAÇÃO E O CHAMADO
PENSAMENTO OPERATÓRIO

PARTE I: OS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO NA TEORIA FREUDIANA

Sabemos que a psicanálise começou com o estudo das pacientes histéricas. FREUD (1893-1895), no início de seus estudos nos fala do fenômeno que suscitou a investigação de um mecanismo psíquico que desse origem aos sintomas somáticos daquilo que ele denominou, na época, histeria traumática. Esses sintomas abrangem neuralgias, anestésias de espécies diversas, contraturas, paralisias, ataques histéricos, convulsões epileptóides e distúrbios tais como tiques, vômitos crônicos, anorexia grave, perturbação da visão, etc.

Nesse momento, Freud ainda não utiliza o termo conversão, mas aponta, no estudo da histeria em geral, para fenômenos somáticos em que não há uma lesão anatômica.

Para a psiquiatria do século XIX, a existência ou não de uma lesão anatômica era um fator de extrema importância. Nessa época, era esperado do médico que suas investigações clínicas fossem acompanhadas por investigações anátomo-patológicas, que oferecessem, no nível do corpo, a lesão referente

aos distúrbios observados. No entanto, apesar da ausência de um referencial anatômico, a histeria apresentava uma sintomatologia bem definida.

Também Charcot (apud GARCIA-ROZA, 1984) produziu a separação da histeria em relação à anatomia patológica, introduzindo-a no campo das perturbações fisiológicas do sistema nervoso e, em função disso, utilizou-se da hipnose como forma de intervenção clínica nesses pacientes. Assim, tanto Charcot como Freud ressaltaram que a histeria não era uma simulação, mas uma doença psíquica, com um conjunto de sintomas bem definidos. Esses primeiros passos são importantes, pois constituem a interseção dos fenômenos somáticos com o campo psíquico.

FREUD (op. cit., 1893-1895), nessa época estava desenvolvendo a teoria do trauma, que explicaria o mecanismo psíquico da histeria. Qualquer experiência que pudesse evocar emoções aflitivas — como o susto, a ansiedade, a vergonha ou a dor física — poderia constituir um trauma psíquico, dependendo também da susceptibilidade da pessoa afetada. O trauma seria o fator desencadeante da histeria.

FREUD (id.) verificava que cada sintoma histórico individual desaparecia imediatamente, ao se conseguir evocar a lembrança do fato que o havia provocado, quando o paciente descrevia esse fato com os maiores detalhes possíveis e tinha novamente despertada a emoção que o acompanhara, traduzindo-a

então em palavras. A lembrança sem emoção não produziria qualquer resultado. Por isso, Freud irá dizer que as histéricas sofrem, principalmente, de reminiscências.

Nesse momento, Freud está desenvolvendo sua teoria da ab-reação e define:

O esmaecimento de uma lembrança, ou a perda de sua emoção depende de vários fatores. O mais importante destes é se houve uma reação energética ao fato que provoca uma emoção. (FREUD, *ib.*, p. 48).

Quando não ocorre esse esmaecimento da lembrança, quando esta mantém sua intensidade sensorial e retorna com toda a força afetiva de uma experiência nova, Freud afirmará que essa lembrança corresponde a um trauma que não foi suficientemente ab-reagido. Isto ocorre ou porque não havia reação possível, como no caso de uma perda irreparável, ou porque se tratava de uma coisa que o paciente deseja esquecer e, portanto, intencionalmente recalcou. Essa é a primeira vez que Freud utiliza o termo recalcado (*Verdrängt*) no sentido psicanalítico, indicando que houve uma intenção inconsciente.

A primeira ocorrência do termo conversão é encontrada no artigo de Freud *As neuropsicoses da Defesa* (1894). Neste texto, o autor descreve a neurose como o resultado da ocorrência de uma incompatibilidade na vida afetiva do paciente. O Ego seria confrontado com uma idéia que suscitava

um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiria esquecê-la. O Ego colocaria-se-ia em uma atitude de defesa contra a representação incompatível. Mas os traços de memória, como o afeto referente à idéia, já estão no psiquismo e não poderiam ser erradicados. Assim, o Ego procura tornar enfraquecida a idéia, privando-a do afeto correspondente (a soma de excitação), mas este, tendo sido dela retirado, tem de ser utilizado de outra forma. Este seria o mecanismo do recalque. Até aqui, esse percurso ocorreria em todas as neuroses, mas desse momento em diante, na histeria de conversão, esse destino se expressa da seguinte maneira: a idéia incompatível é tornada inócua, pela transformação da soma de excitação em algo somático.

A conversão poderia ser total ou parcial. Ela operaria ao longo da linha da inervação motora ou sensória, que estaria relacionada à experiência traumática. Assim, o Ego conseguiria libertar-se da confrontação a que foi submetido:

... O Ego ... sobrecarrega-se com um símbolo mnêmico que se aloja na consciência, como uma espécie de parasita; ou sob a forma de uma inervação motora insolúvel, ou como uma sensação alucinatória, constantemente recorrente, que persiste até que ocorra uma conversão na direção oposta (FREUD, 1894, p. 61).

Verifica-se então que o característico da histeria é a conversão. Há, no paciente histérico, "uma disposição psicofísica para transpor grandes somas de excitação para a inervação somática" (FREUD, op. cit., 1893-1895, p. 63). Esse seria o fator primordial da histeria.

Assim, FREUD (op. cit., 1894) considera os sintomas histéricos como os efeitos e resíduos de excitações que atuaram sobre o sistema nervoso como traumas. Se a excitação original não pode ser resolvida pela atividade do pensamento ou descarregada pela ab-reação, forma-se o sintoma. Consideramos então a idéia de quantidade. Verificamos que, na histeria, essa soma de excitação é transformada, através de uma formação de compromisso, no sintoma. Isso ocorre total ou parcialmente, permanecendo o excedente do estímulo na consciência. Esse excedente do estímulo pode aparecer como alterações do temperamento, na forma de depressão melancólica, ansiedade, fobias, abulias (inibições da vontade) etc.

Conforme escreve Freud, na histeria existe uma "determinação através do simbolismo" (FREUD, op. cit., 1893-1895, p. 262). Existem seqüências de idéias associadas entre a emoção e o reflexo somático; há uma "facilitação de reflexos anormais" (id.), de acordo com as leis gerais da associação. Esse percurso, na maioria das vezes, é obscuro para nós. Temos acesso somente a uma compreensão incompleta do estado mental do paciente e das idéias que eram ativas na origem da manifestação histérica.

A conversão histérica irá ocorrer, não em consequência de estímulos externos nem da inibição de reflexos psíquicos normais, mas da inibição do curso da associação, pela existência de idéias incompatíveis ao Ego. Na histeria, são

idéias ligadas à vida sexual do indivíduo, que não podem ser admitidas pelo ego.

FREUD (ib.), defenderá a noção de divisão da consciência pelo mecanismo de recalque, mas privilegiará a conversão na estruturação da histeria.

Após essa análise dos pacientes histéricos retirada dos textos de Freud, ressaltamos as seguintes observações: há, na estruturação da histeria, a existência de idéias incompatíveis, de origem sexual, pertencentes ao campo psíquico das representações simbólicas. Essas idéias são dotadas de grandes somas de excitação, em que o conflito, não podendo ser resolvido através da elaboração do pensamento, ou não podendo ser ab-reagido, é então inibido em suas associações normais, através do mecanismo do recalque. Desde então, elas tomam um curso patológico, associando-se, pelas leis gerais da associação, a um reflexo somático anormal (paralisias, neuralgias etc), ficando o psiquismo livre ou parcialmente livre da quota de afeto. Este processo é chamado de conversão.

Quanto às neuroses atuais, que, inicialmente, incluíam a neurastenia e a neurose de angústia, somente em 1914 Freud irá anexar a hipocondria nessa categoria. Embora a expressão "neurose atual" date de 1898, a especificidade dessa neurose já é diferenciada pelo autor nos seus escritos a Fliess. Nessa época FREUD (1856[1859-1896]) introduz o termo neurastenia e define sua etiologia, analogamente a outras neuroses, como

sendo um distúrbio da função sexual, do qual decorrem sintomas somáticos. Quanto à neurose de angústia, é também consequência da inibição da função sexual, cujo sintoma é, diferentemente da neurastenia, a predominância de uma angústia generalizada.

A neurastenia é, sempre, apenas uma neurose sexual. A exaustão sexual pode, por si só, provocar neurastenia, ou ser pre-condição para que a doença física, os afetos depressivos ou o trabalho excessivo produzam a neurastenia. FREUD (1895[1894]b), se limita à neurastenia adquirida, que surgiria na puberdade como resultado de um conflito atual agudo.

Todos os casos de neurastenia se caracterizam por uma certa diminuição da autoconfiança e pelo pessimismo, num quadro clínico de angústia. Se a angústia for proeminente, sem o desenvolvimento dos outros sintomas, pode-se destacar essa neurose como uma neurose de angústia independente.

A neurose de angústia surge sob duas formas: como um estado crônico e como um ataque de angústia. Essas formas se combinam e seus sintomas crônicos são: angústia relacionada ao corpo, que se denomina hipocondria, angústia relacionada ao funcionamento do corpo (vertigens); e angústia relacionada com decisões.

Como forma de neurose de angústia, FREUD (id.) cita a depressão periódica. Esta pode durar semanas ou meses. Em contraste com a melancolia, esta forma de depressão tem uma

conexão racional com um trauma psíquico e não é acompanhada de anestesia sexual psíquica. Seu início é tardio e, como causa desta neurose, Freud apontará o *coitus interruptus*.

A neurose de angústia, síndrome destacada da neurastenia, apresenta entre seus sintomas, a irritabilidade geral — indicando acúmulo ou pouca tolerância à excitação, o que aparece, por exemplo, sob a forma de hiperestesia auditiva — e a expectativa angustiante, como ocorre na hipocondria, sendo que esta requer, como pré-condição, a existência de parestesias e aflitivas sensações corporais. Mas seu principal sintoma é a angústia, sem causa aparente (ataque de angústia) ou ligada a qualquer idéia que estiver "à mão", podendo estar associada a distúrbios em uma ou mais funções corporais, como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora e a atividade glandular. Entre os distúrbios corporais, vimos estão os relativos à da atividade cardíaca, distúrbios respiratórios, sudorese, fome excessiva, tremores, diarreias, vertigens, congestões, parestesias, pavores noturnos, vômitos etc.

No estudo da neurose de angústia, este autor menciona:

A neurose de angústia também, tem uma origem sexual, tanto quanto eu posso perceber, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual; para falar a verdade, não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual, produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada (usando o termo como uma fórmula geral para os efeitos do *coitus reservatus*, da relativa impotência do marido, da excitação dos noivos sem satisfação ulterior, da

abstinência forçada, etc) (FREUD, (1895 [1894]a), p. 97).

Podemos observar que, na neurose de angústia, há um acúmulo de excitação, mas nenhuma origem psíquica para a angústia, ao contrário do que ocorre na histeria. O que há nessa neurose é uma excitação sexual somática e não uma libido sexual ou desejo psíquico. Ocorre um decréscimo de participação psíquica nos processos sexuais:

... o mecanismo da neurose de angústia deve ser procurado em uma deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica, com um conseqüente emprego anormal dessa excitação (FREUD, op. cit., (1895[1894]b) p. 126).

Na neurastenia, a ação específica foi substituída por uma menos adequada. Na neurose de angústia, a excitação sexual somática não pode ser exercida psiquicamente. As manifestações da neurose de angústia aparecem quando a excitação somática, desviada da psique, é gasta subcorticalmente, em reações totalmente inadequadas.

Assim, primeiramente, a excitação somática acumula-se, depois é desviada para outros canais, que têm maiores possibilidades de descarga do que o percurso através da psique. Há uma alienação entre as esferas psíquica e somática, no curso tomado pela excitação sexual.

Entre as causas das neuroses atuais, estão a abstinência sexual, o coito interrompido, o climatério (de ambos os sexos), a masturbação, a excitação sexual não consumada, a angústia virginal ou a angústia em adolescentes, entre outras. Mas, também na gênese da neurose de angústia, estaria alguma doença grave e a sobrecarga de trabalho, que podem ser explicadas se analisadas como análogas ao coito interrompido:

Aqui, a psique, devido à sua deflexão, pareceria incapaz de controlar por mais tempo a excitação somática, uma tarefa na qual está, como sabemos, continuamente engajada. Estamos cientes de que uma libido de baixo nível pode soçobrar sob essas condições: temos aqui um bom exemplo de neurose que, embora não apresente nenhuma etiologia sexual, apresenta, entretanto, um mecanismo sexual (FREUD, id., p. 130).

Mas, poderíamos nos perguntar: como o sistema nervoso é invadido pelo afeto de angústia, se tudo ocorre no plano somático? Freud explica isso através do mecanismo da projeção. Incapaz de lidar, através de uma ação específica, com a excitação sexual originária de "dentro", a psique se comporta projetando tal excitação para "fora".

Na neurose, o sistema nervoso está reagindo a uma fonte de excitação que é interna, enquanto o afeto correspondente está reagindo contra uma fonte análoga de excitação, que é externa (FREUD, ib., p. 131)

Portanto, segundo Freud, o afeto experimentado na neurose de angústia não ocorre, como na histeria de conversão, por deslocamento, e sim, por projeção.

A neurose de angústia e a neurastenia vão compartilhar de um ponto em comum: a causa precipitante do distúrbio repousa no campo somático. Ao contrário, na histeria e na neurose obsessiva, a causa precipitante repousa no campo psíquico.

Como diferenças entre a neurose de angústia e a neurastenia, podemos apontar que na primeira há uma acumulação da excitação e, na segunda, um empobrecimento dessa excitação, podendo ocorrer contudo, que ambas se misturem.

Quanto à relação entre a neurose de angústia e a histeria de conversão, FREUD (op. cit., 1895[1894]b) aponta, nas sintomatologias, alguns pontos em comum, como as parestesias e as hiperestésias, na histeria, e a dispnéia e os ataques cardíacos, na neurose de angústia, ou ainda a intensificação, pela conversão, de dores com causas também orgânicas. Mas, se penetrarmos no mecanismo das duas neuroses, veremos que "a neurose de angústia é a contraparte somática da histeria" (FREUD, id., p. 134).

Embora tanto na neurose de angústia como na histeria de conversão haja uma insuficiência psíquica, em consequência da qual surgem os processos somáticos anormais, a diferença é que, na neurose de angústia, a excitação é puramente somática

(excitação sexual somática), enquanto na histeria é psíquica, provocada por um conflito.

Há também o fato de que uma neurose atual, (neurastenia ou neurose de angústia) pode despertar uma neurose histérica, pois as causas específicas da primeira, ou seja, as perturbações contemporâneas da vida sexual, fazem reviver a causa específica da segunda, ou seja, a lembrança da experiência sexual precoce. Quanto à influência da hereditariedade na formação das psiconeuroses, FREUD (1896a) a identifica como uma pré-condição, nos casos mais graves, mas que não seria capaz de produzir estas patologias se faltar sua causa específica: a excitação sexual precoce.

Também pode ocorrer o inverso: os traumas de infância, causa específica das psiconeuroses, podem constituir os fundamentos de um ulterior desenvolvimento da neurastenia, ou esta pode ser mantida pelo afeto persistente em uma lembrança de traumas de infância (FREUD, id.).

Em todo caso de neurose, a etiologia é sexual; a diferença, quanto à neurastenia e à neurose de angústia é que nestas, trata-se de uma etiologia sexual contemporânea, enquanto nas psiconeuroses, os fatores são de natureza infantil (FREUD, 1898).

FREUD (1908) faz também uma diferenciação teórica entre a neurastenia (neuroses propriamente ditas) e as

psiconeuroses (histeria, neurose obsessiva); a neurastenia seria uma neurose tóxica, resultante de influências nocivas na vida sexual, enquanto a histeria seria uma neurose psicogênica, dependeria da atuação de complexos ideativos inconscientes, anterioremente recalçados.

FREUD (op. cit., 1895[1894]b) irá mencionar, por conta de suas teorias a respeito das neuroses atuais, que seus sintomas, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem ser analisados. Os sintomas das neuroses atuais não admitem ser remontados, quer histórica, ou simbolicamente, e não podem ser compreendidos como substitutos de satisfação sexual, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos. A psicanálise poderia ter um efeito indireto sobre as neuroses atuais, permitindo apenas que os danos atuais fossem mais tolerados.

FREUD (1916-1917) faz uma comparação sobre o emprego da libido nas psiconeuroses e nas neuroses atuais. Tanto numa quanto na outra, os sintomas se originam da libido, e constituem empregos anormais da mesma, com a diferença de que os sintomas das neuroses "atuais" não têm qualquer sentido, não têm significado psíquico. Manifestam-se predominantemente no corpo, e constituem processos inteiramente somáticos, na origem dos quais estão ausentes todos os mecanismos mentais das psiconeuroses. Contudo, o sintoma de uma neurose atual é freqüentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico. Esta relação pode ser observada entre a neurose de angústia e a histeria de conversão, onde uma modificação

somática patológica serve de palco a todas as fantasias inconscientes que estavam aguardando uma forma de expressão.

Freud classifica essa angústia, presente em todas as neuroses como um estado afetivo, que assume diferentes formas, conforme a neurose, e remonta à pré-história do sujeito e da espécie.

Conforme o autor, as neuroses ocorrem por uma incapacidade do Ego de diversificar de algum modo sua libido. O enfraquecimento do Ego, por qualquer causa, terá o mesmo efeito. Isso explica não só porque uma pessoa adoece; não só por uma influência nociva sexual mas também por perdas ou enfraquecimento do Ego, devido a uma doença que o exauriu.

Em todos esses casos, sabe-se que os sintomas são provocados por um acúmulo da libido, impedida de ser normalmente utilizada. A angústia, ou seja, o afeto de angústia, (afeto, então, enquanto quantidade), surgirá em lugar dessa libido. Os sintomas são concebidos, então, como uma reação do Ego, para fugir à geração da angústia. Por isso, no caso das psiconeuroses, há por vezes a exclusão total da angústia, como, por exemplo, na histeria de conversão. Na neurose de angústia, a deflexão da libido de seu emprego normal causa o desenvolvimento da angústia o que ocorre na região dos processos somáticos.

É interessante notar que Freud, desde seus estudos

sobre a histeria e sobre as neuroses atuais, dá relevância à questão econômica. Para ele, tudo irá depender da possibilidade de veiculação apropriada da libido, de sua intensidade ou de sua insuficiência.

Quanto à hipocondria, esta surge, no estudo desse autor, como um sintoma crônico da neurose de angústia; seria uma angústia relacionada com o corpo, e envolveria temores em relação a doenças orgânicas. A hipocondria ocorreria sobre um determinado órgão devido à erogeneidade deste. É considerada, também, como um sintoma da neurose obsessiva, onde o afeto de autocensura pode ser transformado em temor dos seus efeitos corporais. A hipocondria se definiria como o medo de estar doente, e poderia também fazer cessar os outros sintomas, num doente de neurose obsessiva. Em outro momento, FREUD (op. cit., 1895[1894]b) menciona a hipocondria como uma das formas de expectativa ansiosa da neurose de angústia.

Assim, a hipocondria tanto pode ser referente à neurose de angústia, aquilo que Freud chamou de hipocondria comum (neurastênica), como pode pertencer ao grupo dos afetos obsessivos, como sintoma da neurose obsessiva (FREUD, 1896b).

FREUD (op. cit., 1914) também irá relacionar a hipocondria com a paranóia, acrescentando que só considera fidedigna uma teoria sobre a paranóia, se esta abranger os sintomas hipocondríacos que tão freqüentemente ocorrem nesta patologia.

Anteriormente, esse autor também afirma que as neuroses atuais, entre elas a hipocondria "propriamente dita", fornecem às psiconeuroses a necessária "submissão somática". A expressão "submissão somática" é utilizada por ele para explicar que as neuroses atuais forneceria o material excitativo para que as psiconeuroses, através de uma seleção psíquica, o utilizasse como suporte do sintoma.

No estudo sobre o narcisismo, Freud faz uma análise mais minuciosa sobre o problema da hipocondria. Esta se manifesta sob a forma de sensações corpóreas aflitivas e penosas. Sobre a distribuição da libido, afirma:

O hipocondríaco retira tanto o interesse quanto a libido — a segunda de forma especialmente acentuada — dos objetos do mundo externo, concentrando ambos no órgão que lhe prende a atenção (FREUD, op. cit., 1914, p. 99).

FREUD (id.) dirá, finalmente que a hipocondria poderia servir de suporte às parafrenias, assim como a neurose de angústia e a neurastenia serviriam de suporte às psiconeuroses.

É importante notar, no desenvolvimento dos estudos sobre as neuroses atuais e sobre as psiconeuroses, que estas são capazes de se sobrepor umas às outras. Podemos supor que devemos a isto a explicação, em Freud, de como afecções somáticas podem ocorrer paralelamente a sintomas neuróticos.

Vemos, neste autor, que os sintomas da chamada neurose atual podem ocorrer simultaneamente aos sintomas histéricos, e mesmo aos sintomas da neurose obsessiva; seriam as neuroses mistas (FREUD, op. cit., 1895[1894]b).

No final de seus escritos, esse autor faz uma retrospectiva sobre o conceito de neurose atual. Conserva o que designou de neurastenia, não negando que também possa haver complexos neuróticos nesses pacientes. No texto "Inibição, Sintoma e Angústia" (1926[1925]) Freud irá remontar todas as neuroses ao complexo de castração. Na neurose de angústia, o que é revivido é a situação de perigo antiga e original, análoga ao trauma do nascimento, seguindo-se a uma reação automática de angústia. Nas psiconeuroses, uma inibição se processa sobre essa fonte originária de angústia. Nesse texto, Freud estabelece distância entre a ligação direta libido/angústia. A libido, nesse momento, é proveniente do ego. A libido insatisfeita da neurose de angústia não é transformada diretamente em angústia, já que a angústia é agora originária. Assim se delineia, no final de obra de Freud, a relação das neuroses atuais com as psiconeuroses.

Podemos observar também que este autor pouco explorou a questão da somatização nas neuroses atuais, que seriam, em Freud, a rigor, o processo de somatização. Sabemos que, na histeria de conversão, o corpo simboliza um conflito, e que, portanto, tudo se passa no campo das representações psíquicas. A concepção de Freud sobre neuroses atuais está próxima

daquela de MARTY (1963) sobre "psicossomatose", o processo de somatização por carência simbólica, e que foi realmente a base da construção teórica de Marty. Contudo, Freud termina relacionando as neuroses atuais a uma superestrutura histórica, enquanto Marty desenvolve uma concepção mais estrutural do processo de somatização.

Vimos até agora, como Freud analisou os diferentes tipos de somatização. Seguindo seus estudos, mas com concepções particulares, vejamos como a psicanálise atual aborda o fenômeno psicossomático.

PARTE II - O PROCESSO PSICOSSOMÁTICO NO PACIENTE OPERATÓRIO

Em 1963, Marty e M'Uzan, psicanalistas do Instituto de Psicossomática da Sociedade de Psicanálise de Paris, lançaram o conceito de pensamento operatório, para definir um tipo de personalidade específica, observada em alguns pacientes que se caracterizavam por um modo de pensar prosaico, mecânico, preocupado com detalhes de acontecimentos externos e, segundo os autores, sem atribuir um sentimento a esses acontecimentos. Perceberam eles que havia nesses pacientes uma carência de atividade fantasmática. Presos à atualidade, eles reproduziam e ilustravam seus atos, mas não havia criatividade em seu pensamento e nem ligação entre as idéias e o componente afetivo. A partir dessa forma de pensamento, esses autores

chegaram à hipótese de um modo original de relação de objeto. O sujeito parece não ser capaz de identificações senão superficiais, que se exprimem de forma mimética. O objeto é considerado como inteiramente idêntico ao sujeito, e dotado da mesma forma de pensar.

Essa forma de pensamento seria típica de uma estruturação psíquica que esses analistas chamaram de psicossomatose (MARTY, 1963, p. 347). Nesses pacientes a economia psíquica escapa ao aparelho mental e, portanto, no que diz respeito à clínica, a psicanálise clássica se defrontaria com sérias dificuldades.

Este autor (id.) também ressaltou a importância do estudo da função do sonho nos pacientes operatórios. O valor funcional do sonho como processo integrador, tal como a atividade fantasmática, é o de simbolizar as tensões pulsionais. Nesses pacientes, observou Marty esta função de integração estava gravemente alterada pois, dada a impossibilidade de simbolização, o sonho obedecia à percepção da realidade externa, sendo meramente duplicativo. Nesses indivíduos, ocorreu uma falha no sistema pré-consciente, impedindo as associações. Assim, no paciente psicossomático desse tipo, estando a atividade fantasmática comprometida e, conseqüentemente, a função do sonho, não há como evitar que a descarga das tensões pulsionais ocorra no plano somático, ao invés de no plano psíquico. GREEN (1975) também observou que o

sonho, nesses pacientes, tem uma função de descarga, e não de simbolização.

Nos pacientes psicossomáticos com essa estruturação, a carência da atividade fantasmática é acompanhada pelo desenvolvimento do pensamento operatório. O paciente nunca relaciona sua doença somática a fatos de sua vida, ele a trata como um fato isolado. O analista não representa para o paciente, mais do que uma função, alguém a quem ele remete seus sintomas, sem qualquer engajamento afetivo. Mesmo que o paciente responda a suas perguntas, faz o analista sentir-se diante do que esses autores franceses denominaram de "relação branca" (MARTY, op. cit., 1963, p. 346), a mesma que o doente utiliza ao longo de sua existência, em todas os seus relacionamentos.

A palavra, nesses pacientes, serve para ilustrar a ação, não implicando qualquer elaboração; ela não está ligada a alguma atividade fantasmática em nível que se pudesse classificar como apreciável. O pensamento se encontra preso à materialidade dos fatos e à utilidade dos objetos; o paciente se encontra restrito à atualidade. Quando remetido ao passado, este se transforma em "pedaços de presente" (id., p. 348). O pensamento, nesses pacientes, é limitado, não se abrindo à realidade de outra ordem senão a material. Não existe realidade afetiva ou fantasmática. Mesmo no domínio da abstração, falta-lhe sempre a referência a um objeto interior realmente vivo. Marty atribui isso a uma falha do sistema pré-consciente,

incapaz de servir a simbolização. Essa deficiência parece, em geral, proveniente de uma insuficiência ou de uma fragilidade da construção do pré-consciente, durante seu desenvolvimento, na pequena infância. Isso ocorre devido à falta ou insuficiência de fixações de percepções-representações de coisas e, principalmente, de representações de palavras e pela falta de ligações entre essas representações (coisa e palavra).

Conforme MARTY (ib.) o caráter superegóico do pensamento operatório também parece evidente. Trata-se de um Superego esquemático, aparentemente não integrado, cuja identificação obedece a regras socializadas. Não há uma função de ideal de Ego, que viabilize a realização de desejo, nesse paciente. O discurso do paciente demonstra bem essa realidade: é bastante intelectualizado, mas sem emoção. Assim, sem poder recorrer à atividade fantasmática, o sujeito apenas dispõe de um pensamento operatório, que pouco lhe permite a exteriorização de alguma agressividade. O processo secundário acontece numa temporalidade limitada, sem desenvolver uma atividade análoga à elaboração secundária do sonho.

Essas observações tomaram peso quando, em 1972, dois psicanalistas americanos, J. Nemiah e P. Sifneos, ignorando o trabalho desses psicanalistas franceses, lançaram o conceito de alexitimia. Esses analistas notaram que alguns de seus pacientes, que sofriam de doenças psicossomáticas clássicas, apresentavam uma dificuldade importante para exprimir seus sentimentos e também uma ausência ou diminuição da capacidade

de construir fantasias. Nas suas relações interpessoais, eles tinham tendência a estabelecer ou uma dependência extrema ou, inversamente, se isolavam. Apresentavam ainda uma inaptidão à empatia, já que tinham dificuldade de reconhecer até seus próprios sentimentos. O fato da comunicação simbólica ser limitada iria constituir, nesses pacientes, fator de entrave para o sucesso da análise. A esse tipo de personalidade, Sifneos (apud TAYLOR, 1990), utilizando-se do vocabulário grego, construiu o termo alexitimia: a: falta de; *lexis*: palavra e *thymos*: emoção.

Portanto, o mesmo fenômeno foi observado tudo pelos analistas franceses como pelos americanos. A partir de então, Marty prosseguiu seus estudos, em uma abordagem sempre sistemática. Utilizou-se das pesquisas desenvolvidas por Nemiah e Sifneos, mas construiu uma teoria aportada na psicanálise, para explicar a estruturação psíquica dos pacientes que respondem sempre à impossibilidade de elaboração psíquica com um fenômeno somático.

O paciente que Marty descreveu como portador de um pensamento operatório, seria para ele o paciente psicossomático por excelência, aquele no qual ocorre uma carência simbólica predominante. Apresentaria ele uma somatização diferente da que ocorre na histeria de conversão, pois esta diz respeito à neurose, onde haveria simbolização. Mas MARTY (1990) também aponta as somatizações que eventualmente ocorrem em pacientes neuróticos, quando o conflito ou dor psíquica ultrapassa um

limiar suportável. Para ele, a somatização é sempre uma questão de economia libidinal: quando a capacidade de simbolizar não é suficiente para conter o conflito, decorre daí uma somatização, mesmo que o paciente tenha uma estrutura psíquica neurótica.

MCDUGALL (1991a) define as transformações psicossomáticas autênticas como aquelas onde o corpo se exprime sozinho. Sua origem é profundamente arcaica e pré-verbal. Os elementos que no passado facilitaram a via de acesso psicossomática foram depositados e conservados no inconsciente, de modo diferente dos elementos que, elaborados a nível simbólico, foram recalçados, e formam os sintomas neuróticos. Os pacientes com essa estruturação psíquica perderam a faculdade de serem tocados pela realidade psíquica, estão separados de suas emoções. Esse modo de ser, esses *dis-affected patients* (McDougall), estão em relação próxima com a forclusão da alteridade, surgindo essa falha de identidade e do narcisismo, simultaneamente à eclosão da doença. McDougall utiliza-se do conceito de forclusão, lançado por Lacan para definir o mecanismo de defesa psicótico. Este consiste na rejeição da representação intolerável de cadeia de representações do psiquismo.

Pelos estudos feitos no Instituto de Psicossomática da Sociedade de Psicanálise de Paris (IPSO), trata-se de uma teoria econômica baseada no conceito de blocagem da capacidade de representar ou de elaborar as demandas pulsionais que o corpo dirige à psique. A teoria de Marty aproxima-se da

freudiana sobre a neurose atual, no que se refere à descarga pulsional quando esta escapa à elaboração psíquica. É o oposto da teoria que busca o sentido de acordo com o modelo encontrado na histeria. Nessa última, os fantasmas primitivos são recalçados e, quanto ao paciente somatizante, trata-se de uma carência da capacidade de representar o conflito. Daí a impossibilidade de haver recalçamento. Mas, apesar da relação entre as neuroses atuais e a personalidade operatória, conforme FAIN (1968), estas duas teorizações não são equivalentes. Nas neuroses atuais, tratava-se de uma reação a uma causa externa, atual, enquanto na personalidade operatória, trata-se de uma alteração na própria constituição do EU.

É importante também ressaltar que a "descarga" pulsional diretamente no corpo, como acontece no paciente operatório, não serve à simbolização. Na neurose, sob o princípio da constância, que rege o princípio do prazer, vemos o sintoma proporcionar, por uma satisfação substitutiva, a realização do desejo. Na somatização que ocorre na personalidade operatória, o que existe é a dominância do princípio da inércia, pura cultura da pulsão de morte, tendendo a evacuar os acúmulos de excitação, sem qualquer satisfação substitutiva.

MARTY (op. cit., 1963) destacou um tipo de depressão típica desses pacientes psicossomáticos, a qual denominou de depressão sem objeto, e, posteriormente, de depressão essencial. Essencial, por ser a depressão mais elementar. Não

há uma compensação econômica para a libido. Essa depressão antecede o aparecimento do fenômeno e, junto com o pensamento operatório, caracteriza a personalidade psicossomática.

Em 1967, num estudo sobre a regressão em pacientes com doença somática, Marty descreve dois tipos: a regressão psicossomática e a desorganização progressiva. Na primeira, ocorre uma substituição de uma situação conflitual por uma manifestação somática. Esta constitui, para o sujeito, o denominador comum de todas as experiências conflituais. A instalação da doença somática irá bastar para apagar o conflito, tanto que seus elementos desaparecem. Nos psicossomáticos dessa ordem o Eu parece preso a níveis somáticos, sem poder se destacar totalmente, e não atinge jamais os estados clássicos da maturação. Está limitado por um engajamento precoce, por uma fixação somática. Esses pacientes apresentam uma organização primária da personalidade, pouco habitual, em torno da qual posteriormente se organizam os investimentos secundários, que permanecem pouco evoluídos. Trata-se de uma organização de ordem pré-genital. É importante ressaltar que na regressão psicossomática existem organizações libidinais que servem como ponto de ancoramento e de fixação dessa regressão.

Na desorganização progressiva, há uma privação da atividade libidinal. A depressão essencial e a vida operatória constituem um exemplo da desorganização progressiva. A desorganização progressiva se instala ao mesmo tempo que o movimento

depressivo, não ocorrendo os ancoramentos libidinais das outras depressões. Isso opõe a desorganização progressiva ao sistema regressão-fixação. Na primeira, não há um retorno a uma fixação anterior, mas se trata de uma regressão sem limites e que, por isso mesmo, nem pode receber o nome de regressão. Seja como for, a desorganização progressiva consiste na desestruturação geral e progressiva, na qual o deslocamento e o despedaçamento das funções mentais aparecem precocemente, concomitantes à depressão essencial, e permanecem. A vida desses sujeitos não é mais a mesma; eles estão presos à realidade e sem a liberdade do pensamento. Ocorre uma ruptura nos processos secundários; o "mosaico" que eles apresentam não constitui uma personalidade coerente. A aparente personalidade parece reduzida a uma espécie de processo secundário automático e superegótico, sendo este Superego duplicativo e atual, destacado de suas referências históricas pessoais.

Na desorganização progressiva se manifestariam os sintomas da depressão essencial e do pensamento operatório, que caracterizam o paciente psicossomático, objeto de nosso estudo.

Marty, Fain, M'Uzan e David, em 1968, fizeram um reestudo do Caso Dora, analisado por Freud em 1905. Desse estudo, tiraram algumas observações importantes para a evolução da psicossomática. Segundo esses autores, o "Caso Dora", aponta também para a análise das neuroses atuais. Dora apresentaria, além da estrutura histórica, processos de somatização, diagnosticados pela evidência de alguns sintomas.

O Caso Dora é por esses autores considerado uma introdução à psicossomática. Conforme eles, além dos sintomas histéricos de Dora, como a afonia e a tosse nervosa, existiriam outros problemas que responderiam, sem dúvida, a outra patogênese: a enxaqueca, a astenia e a depressão. Não parece que o mecanismo histérico ofereça, sozinho, sob o plano econômico, uma saída suficiente para as energias engajadas. Uma parte delas não parece ter sido utilizada no jogo de investimento e de contra-investimento figurados pelo sintoma. Haveria uma parte restante dessa energia que viria sobrecarregar um outro sistema, visando obter uma pura descarga, desprovida de sentido e susceptível, nos seus efeitos, de se comportar como um novo fator de complacência somática. Esta, produzida pela descarga direta sobre o órgão, serviu então para que, posteriormente, a histeria a utilizasse para exprimir um fantasma inconsciente.

Esses autores observaram que certos problemas somáticos de Dora, como a enxaqueca, eram contemporâneos aos acessos de confusão mental do pai de Dora, constituindo uma ameaça de perda objetal. O pai, nesse momento, parecia ser investido de forma que toda a singularidade se dissipasse. Havia um estado de indiferenciação em Dora com relação ao pai. Posteriormente, a enxaqueca é substituída pela afonia, pelo que esses autores concluíram que o componente energético que havia escapado ao mecanismo conversivo foi então reintegrado. Dora passa de um processo psicossomático por ausência de simbolização à histeria de conversão.

No Caso Dora, conforme FAIN (op. cit., 1968), certos sintomas aparecem como estreitamente ligados à história pessoal e aos fantasmas de desejos definidos. Já outros estariam ligados ao destino da energia engajada em certos aspectos da complacência somática, para secundariamente se articularem com um fantasma originário da cena primitiva.

O aparecimento da doença somática resulta, nesta perspectiva, de uma tentativa de integração, ao nível, orgânico de uma excitação que perdeu suas características libidinais. Quando o problema é de origem histórica, implica um deslocamento da representação psíquica, de uma zona erógena para os elementos significativos de satisfação e autopunição. Para que seja possível a passagem do primeiro estado para o segundo, é necessário que preexista, uma certa estrutura, contendo as possibilidades de reparação, que faz do incidente somático um deslocamento momentâneo das possibilidades de integração do aparelho mental.

Portanto, o processo de somatização de Dora constitui um episódio psicossomático transitório, que evoluiu em direção ao sintoma histórico.

Em relação a isso, MARTY (1968b) formula três processos essenciais de somatização:

a) - o mais simples é análogo às regressões tópicas. Constitui a utilização de uma via de descarga somática, de

forma momentânea, parcial e localizada, não afetando em nada o nível geral da evolução do indivíduo;

b) - o segundo é análogo ao sistema de regressão do EU. O nível geral de evolução do sujeito é afetado, mas o sistema regressivo instalado constitui uma base sólida para a reorganização libidinal;

c) - é o processo da desorganização progressiva, o mais denso, durável e grave para a vida da pessoa.

Conforme MARTY (id.), Dora estaria inserida no primeiro grupo. O segundo grupo corresponderia ao que, em 1967, Marty denominou de "regressão psicossomática". Quanto ao terceiro grupo, o que nos interessa para esse estudo, é o já anteriormente denominado por ele de processo de somatização na "desorganização progressiva". O primeiro tipo de somatização é comum em pacientes neuróticos, nos quais a estrutura permite a reorganização da libido.

Marty observa ainda que a doença pode vir a ser um "objeto mental" (MARTY, op. cit., 1990, p. 617) para o doente e contribuir para sua reorganização, substituindo, de alguma forma, o objeto não existente, que foi a origem da desorganização primeira. "Observa-se então uma certa relibidinização desses sujeitos" (id.). A doença pode servir como material, na produção de fantasias.

A esse respeito, McDOUGALL (1991b), indica que os pacientes polissomatizantes viveram de maneira intensa a proibição fantasiada de se individualizar, de deixar o corpo-mãe, criando assim um corpo combinado, no lugar do corpo próprio. Assim, o corpo tem um funcionamento autista. Na análise de uma paciente, a autora demonstra o papel da doença sobre a distribuição da libido:

Na doença as sensações dolorosas davam-lhe a garantia de sua integridade corporal, posto que em seu imaginário algo de minha pele e de minha presença estava incluído em sua própria superfície cutânea (McDOUGALL, 1991b, p. 171).

DEJOURS (1991) segue a mesma teoria de Marty quanto ao pensamento operatório do paciente psicossomático, descrevendo-o como uma proteção contra a prova de realidade e contra o funcionamento associativo pré-consciente, onde haveria o risco de surgirem afetos que o paciente não quer experimentar e tampouco sentir no outro. Para Dejours, ocorreu no paciente psicossomático a renegação da percepção da relação materna, a partir do superinvestimento da mãe no filho, o que, segundo o autor, é brutal para a criança. Dejours firma que o "conflito" existente nesses pacientes é com o corpo real, na medida em que esse corpo não está simbolizado como propriedade de quem o porta. Não há relação de fusão e de perfeita concordância do sujeito para com seu corpo.

McDOUGALL (op. cit., 1991a), a partir dos estudos de Fain com crianças somatizantes, observou que o tipo de relação que as mães tinham com essas crianças constituía uma exacerbação patológica de uma atitude normal, ou seja:

Em suma, o fato da mãe investir constantemente a criança impede a instauração do auto-erotismo primário e a introjeção fantasmática da mãe-seio, prelúdio essencial ao nascimento da vida fantasmática e à criação de um mundo objetal interno (McDOUGALL, 1991ap. 140).

Para McDOUGALL (id.), isso repercute no plano clínico, como pessoas que sustentam o equilíbrio psíquico de forma *addicted*, ou seja, utilizando os outros como "droga". Nas crianças observadas por ela, no lugar onde deveriam estar sendo delineado os primeiros traços de um objeto, permanecia o vazio.

Essa autora deposita grande importância na relação de objeto *addicted* (McDOUGALL, op. cit., 1991b), em relação aos pacientes operatórios. Estes sujeitos, por sua impossibilidade de introjeção objetal, constituem uma relação de objeto alimentada de forma *addicted*, onde o outro não existe enquanto objeto fantasmático e sim enquanto "substância" (id). Na relação *addicted*, o outro é usado como um objeto transicional; um objeto de domínio. É uma relação de extrema ambivalência, pois repete o objeto transicional da infância, a mãe amada e odiada. Mas nesses pacientes o objeto é transitório, pois não evolui para uma identificação. Conforme

a autora, durante a somatização a economia psíquica *addicted* tornou-se inoperante.

Uma estruturação psíquica decorrente de um tipo de relação materna em que não houve possibilidade de uma simbolização satisfatória, de um Eu individualizado, resultará na impossibilidade da psique para lidar com as informações de ordem afetiva e sensorial, de origem interna ou externa. Para McDougall, nesses pacientes, como sua estruturação psíquica apresenta grande carência simbólica, os estados afetivos somáticos não encontram correspondente afetivo no campo psíquico. McDOUGALL (1992a) vai ressaltar que o corte radical existente entre a psique e o soma, torna inevitável que o EU seja privado das mensagens do soma e da sensibilidade afetiva. Nos pacientes com predomínio de pensamento operatório há um ignorar de qualquer reação emocional em situações traumáticas ou conflituais com seus objetos libidinais e narcísicos, atitude psíquica que, conforme a autora, vai além da negação.

Fain (apud McDOUGALL, 1991a) pesquisando sobre os fenômenos psicossomáticos, procurou examinar as particularidades da relação materna, acompanhando crianças que sofriam de insônia. Observou que as mães dessas crianças operavam como "guardiãs do sono", Esses bebês só dormiam quando embalados e dependiam do corpo real da mãe para adormecer. Essas mães superinvestiam suas crianças, impossibilitando assim a construção de um objeto alucinado, do que deveria ser o embrião de uma ulterior representação do objeto, o que confirma

a observação de McDougall. Estabelecia-se, assim, o que Green já havia conceituado de uma relação que leva o sujeito a se *désobjectaliser*. Fain irá então ressaltar que, sem a alucinação do objeto, estabelece-se o que chamou de "desobjetalização primária" (FAIN, 1992, p. 6).

Essa atitude materna impede a possibilidade de existência de uma dialética; não há lugar para a construção de uma via desejante e para a subjetividade. FAIN (1992) explica que esse modelo de relação materna suscita uma forma particular de excitação, que denominou de excitação negativa. Essa excitação provocada pelo superinvestimento materno contém em si uma "dupla mensagem contraditória" (id. p. 5). O embalo de dormir, ao invés de operar como uma experiência de satisfação para o bebê, provoca neste uma intensificação da excitação, que foi ativada pela frustração da vida de vigília da criança. Essa forma de excitação impede qualquer possibilidade de integração do fantasma originário. O embalo de dormir dessas crianças introduz, assim, a noção de uma relação alimentada por uma excitação negativa e que pode ser considerada como uma manifestação da vida operatória. Devido a essa excitação negativa, a forma mental dos conteúdos inconscientes fica indiferenciada. Não existe nesses sujeitos um inconsciente conforme o dos neuróticos, com conteúdos ideacionais, formado por representações a partir das relações de objeto. O sono alcançado por essas crianças parece mais um estado de exaustão e um mergulho no vazio. Fain observou que essa forma de estruturação muito se assemelhava à estruturação da depressão

essencial, encontrada nos pacientes psicossomáticos, em que a depressão é a essência, em si, desta experiência de vazio. FAIN (ib.) propõe a ocorrência de uma neurose traumática precoce, — nas primeiras relações mãe-filho, antes da aquisição da linguagem — e sugere que essa forma de excitação, traumatizante para a criança, seja entendida como pura cultura da pulsão de morte.

Esse modelo de estruturação se repete durante a vida do sujeito. Essa forma de para-excitação contém uma massa de excitações que perderam qualquer conexão com os conteúdos inconscientes. Ocorre então que, pela repetição da neurose traumática precoce, essa forma de excitação negativa é ativada pelo sujeito, que não encontra respostas adequadas às frustrações habituais da vida quotidiana.

Essa estruturação psíquica nos remete, portanto, ao conceito de neurose traumática, proposto por FREUD (1920), tratando-se, nesse caso, de uma neurose traumática precoce. O que ocorre é uma oposição extenuante de excitações, que não têm o sentido de criação de vida, e sim, de pura cultura de morte, como foi dito. Trata-se de um conflito, opondo a excitação sensorial a uma força, visando reduzir esta última ao nível zero (Princípio de Inércia), que é paradoxalmente também fonte de excitação.

Na neurose traumática precoce, a realidade vigente é a realidade do traumatismo. A percepção da realidade está

totalmente vinculada à repetição catastrófica. Essa percepção da realidade é, conforme FAIN (op. cit., 1992), estritamente operatória. Não existe a possibilidade de uma negação da realidade pois não existe a representação do objeto. Fain alerta para o fato de que este estado é raro, e constitui a gênese da vida operatória. Essa redução precoce do dinamismo da vida mental precoce é particular, refere-se à repetição obrigatória de efeitos calmantes, produzidos pelo esgotamento a que a excitação negativa conduz, levando ao empobrecimento que acompanha a vida operatória. O sistema ativo-passivo cede lugar a um sistema de atividade-apagamento. Constrói-se um sistema baseado sobre efeitos calmantes, sobre uma relação materna "calmante", conduzindo à repetição desses efeitos calmantes sobre um exercício de vida operatório. Esse estado tem como prejuízo essencial uma incapacidade à regressão formal. Fain remete-se à forma de regressão dos pacientes psicóticos, onde o que ocorre é um desinvestimento sucessivo das diferenciações do Eu.

FAIN (id.) afirma que, quando a neurose traumática acomete um sujeito adulto, este apresenta um aparelho de linguagem aparentemente normal. Mas, se observarmos clinicamente, veremos que não existe nem negação da realidade, nem uma identificação com o objeto perdido. A palavra não contém qualquer expressão de afeto. O discurso guarda um sentido objetivo, sem qualquer traço de amor ou de luto do Id. A aparentemente é normal, mas na verdade é operatório. Há uma deficiência na possibilidade de reinvestimento das palavras,

pois rompe-se a ligação entre representação de coisa e representação de palavra. Como ressaltou Marty, trata-se de uma blocagem do funcionamento psíquico. O efeito destruidor do traumatismo deve-se ao fato deste impedir as condições de ligação necessárias à constituição das pulsões sexuais.

Sobre o desinvestimento objetal que ocorre na neurose traumática precoce, Fain resalta:

Le retrait d'investissement laisse subjectivement en de hors des limites du Moi des objects avec lesquels sont stoppés tous processus d'identification (identification projective) (FAIN, 1992, n.2, p. 22).

Esse processo é exatamente o mesmo que ocorre na desorganização progressiva, descrito por P. MARTY (op. cit., 1967). A partir dessas observações, FAIN (op. cit., 1992) propõe a hipótese da existência de um núcleo de neurose traumática que estaria pronto a retornar, e, que reduziria a vida mental a uma compulsão à repetição de aspectos de uma vida operatória. A isso se conjugaria uma depressão assintomática, apresentando essas personalidades uma extrema dependência aos acontecimentos atuais.

Ocorre que, neste estado de coisas o percebido prevalece sobre o representado. Sabe-se que o representado só existe enquanto ligado à qualidade do que é percebido. Se o que é percebido surge como negativo, emerge a percepção de

catástrofe. Não há uma estrutura de suporte. A percepção da castração está "descoberta". O percebido será sempre o conteúdo da repetição traumática. Fain propõe uma "metapsicologia da percepção" (FAIN, id., p. 23), pois a vida mental, nesses casos, está totalmente vinculada ao que é percebido, ou seja, à cena traumática. O que ocorre é uma prevalência da percepção e representação de coisas, nesses pacientes.

No estudo do paciente psicossomático, McDOUGALL (op. cit., 1991a) afirma que a essência de uma construção neurótica reside na elaboração mental do compromisso psíquico que funda o sintoma: o oposto de um ato. Mas pode ocorrer que, no lugar de um compromisso, o visado seja a dispersão rápida da dor psíquica; assim os atos - sintomas evitam o trabalho de elaboração mental necessária à criação de um sintoma psicológico. A autora reconhece que os atos - sintomas são tentativas de autocura, de soluções encontradas a fim de sobreviver psiquicamente face ao sofrimento, inelaborável de outra forma. É evidente que a descarga no ato segue um modelo pouco dependente da linguagem; é, sim, uma solução mais primária: solução infantil do ser que não tem ainda acesso às palavras.

Nessa situação, encontra-se diversas formas de atos-sintomas. Para abafar a angústia da vida, o álcool ou a droga, para abafar a angústia de castração, a homossexualidade e a heterossexualidade compulsivas, os auto-erotismos

fetichistas e sadomasoquistas. Como atos-sintomas, estão incluídas as condutas *addicted*, na relação objetal. Mas, para McDougall, a mais misteriosa dessas descargas são os fenômenos psicossomáticos, pois o drama guardado da somatização como resposta aos estados afetivos transbordantes é, na sua aparência, uma história sem palavras. A somatização seria o horizonte último desses atos que tomam o lugar do imaginário, a regressão mais primária e mais profunda do ser. O corpo torna-se um campo de batalha, como se a luta arcaica que aí se exprime exigisse esse preço pra se fazer escutar. Dotada de pouco valor simbólico, portanto de poucas satisfações substitutivas (um eventual ganho secundário), as manifestações psicossomáticas são silenciosas, já que sua eclosão soa no corpo. As manifestações psicossomáticas se nos oferecem como verdadeiras portas da pulsão de morte. A essa concepção se acrescentaria o fato de que os fenômenos psicossomáticos aportam, paradoxalmente, uma luta pela vida e, notadamente, pela sobrevivência psíquica do ser. A descarga em ato pela somatização irá ocorrer quando os demais atos-sintomas não servirem mais ao equilíbrio psicossomático.

Podemos perceber que essa "solução pelo ato", descrita por McDougall em relação às condutas *addicted*, corresponde à concepção de "excitação negativa", descrita por Fain. A "excitação negativa", enquanto superinvestimento, e a relação de objeto *addicted* são características do mesmo processo. A primeira enquanto processo econômico, e a segunda enquanto sua manifestação na relação objetal.

A partir dos textos de Freud, McDOUGALL (1992b) afirma que o soma impõe à psique, desde a infância, o registrar das mensagens concernentes aos estados de necessidade e de demanda de satisfação. A psique, por sua vez, dirige ao corpo mensagens cuja fonte é um conflito para o qual nenhuma solução foi encontrada; cabe então ao soma responder a essa mensagem afetiva. Para a criança, necessidade corporal e necessidade psíquica não estão ainda dissociadas. Nos casos de somatização, percebe-se que essa sobreposição persistiu ao longo da vida.

Durante o desenvolvimento infantil, deverá ocorrer uma primeira diferenciação entre psíquico e somático: essa ligação entre o psiquismo e o soma não se fará mais num circuito fechado. O sentimento de realidade será constantemente modulado pelo papel da linguagem, pelo discurso familiar e pela economia afetiva que esse discurso promove. Mas, se as comunicações do corpo e suas mensagens afetivas forem travadas, estarão então completamente impedidas de registro psíquico. A vulnerabilidade psicossomática, neste caso, será intensamente aumentada.

Desde o nascimento, a criança está imersa num sistema de significação à sua volta. Seu corpo, em contato constante com o corpo materno, recebe uma primeira escritura, escritura essa que lhe é transmitida pelo ser falante. É assim que as inscrições somáticas são sempre traduzidas em palavras. Todas estão enraizadas nas metáforas corporais. É, pois, evidente que o afeto jamais pode ser considerado como um fenômeno unicamente psíquico ou unicamente somático. Podemos dizer que a

corporalidade está desde sempre presa ao universo simbólico.

Para McDOUGALL (id.), os pacientes psicossomáticos apresentam uma separação significativa entre a linguagem e o corpo. O psiquismo desses pacientes não é capaz de representar as comunicações corporais. Isso se manifesta, de um lado, através de uma excessiva intelectualidade e, de outro, de uma surdez corporal. Um tal corte dá lugar a uma economia psíquica dominada por condutas *addicted*, por atos caricaturais ou por forte tendência a somatizar.

No início da relação mãe-filho, o que existe não é a palavra, mas a voz. Esta está impregnada de sua corporalidade. Serve para acariciar e embalar a criança. A voz materna devemos juntar todas as outras percepções de sentido; o cheiro, o toque, as vivências cinestésicas de fontes internas e externas. Trata-se de significantes pré-verbais os que não são passíveis de recalçamento. Sendo assim, podem dar lugar às eclosões abruptas de vivência alucinatória. Por trás da problemática de pacientes que sofrem de incapacidade de representar, isto é, incapacidade de sonhar, com deficiência no imaginário, expressando-se em atos, e não através de elaboração psíquica, encontramos uma angústia psicótica. Trata-se de traumatismos ocorridos no início da infância, antes da aquisição da palavra. Ou ainda, mesmo quando esta já vigente, a força traumatizante seja tal que a colocação em palavras tenha se tornado inoperante.

McDOUGALL (ib.) aponta o pensamento operatório (Marty) ou a chamada alexitimia (Sifneos) como desvios da vida fantasmática, como defesas contra a angústia psicótica. Essa característica tanto pode ser encontrada numa pessoa sem doença somática, como pode não estar presente em somatizações graves. Nesses sujeitos, há uma falha na capacidade de recalcar o fluxo de imagens e sensações, o que conduz, algumas vezes, não a um pensamento psicótico, delirante, mas à conduta alexitímica, ou seja ao sufocamento da representação psíquica do afeto e à forclusão da representação da idéia insuportável sem compensação psíquica. Na psicose haveria, após a defesa, uma compensação psíquica através da alucinação e do delírio. Essas articulações levam também ao fenômeno dito operatório. Esta autora refere a definição "pensamento operatório" como uma função defensiva do pensamento e a definição de "alexitimia" como uma função defensiva do afeto.

Em relação à perversão, McDOUGALL (op. cit., 1991a) afirma que, no plano clínico, a incidência de doenças psicossomáticas mostra-se espantosamente elevada. Supõe-se que houve falhas precoces, ao nível da elaboração fantasmática e da simbolização, zonas em que o afeto e o "embrião" de uma idéia deveriam ter surgido, mas que, na impossibilidade dessa assunção, encontraram uma saída através do corpo. Seriam zonas de forclusão e também, lacunas na própria estrutura. Alternam-se, então, períodos de atividade sexual perversa e incidentes psicossomáticos.

No paciente psicótico, e no paciente psicossomático do tipo alexitímico, ocorre uma confusão inconsciente em torno do corpo como continente. A partir dos fantasmas de fusão corporal, cria-se o temor de perder o direito a uma existência psíquica separada e submetida a seu próprio controle. McDOUGALL (id) ressalta que o direito à identidade subjetiva comporta sempre o direito a uma vida íntima, em que se pode ter idéias e emoções somente para si mesmo, sem a obrigação de partilhar. Para algumas crianças, esse direito é sentido como contestação, como um ataque à ligação vital com a mãe. Assim, o psicótico, transbordando de dor afetiva, destrói o sentido como defesa e cria uma nova realidade. Na alexitimia, em vez de criar uma nova realidade, ela é esvaziada de sua significação.

Tanto na psicose quanto na psicossomatose existe a angústia de ser invadido e possuído, a isso juntam-se recursos econômicos como defesa contra temores arcaicos. Mas na psicose o indivíduo delira a realidade e na psicossomatose ele é super bem adaptado à realidade. Seu delírio por sua vez ocorre no corpo com tão pouco sentido biológico quanto simbólico.

McDougall, para explicar as somatizações que ocorrem nos pacientes psicóticos, recorre a um artigo de Nicole Guillet, apoiado num trabalho de G. Pankow:

O psicótico, apesar do seu isolamento autístico, parece nunca estar abrigado contra a angústia. Qualquer possibilidade de relação ou de impulso libidinal interno provoca uma

fissura nesse equilíbrio frágil. O sujeito deixa de "estar na sua pele", "perde seus limites", nenhuma imagem corporal interiorizada o faz sentir-se uma unidade diante do resto do mundo... Como saber em que momento um doente é capaz de "sentir-se em sua pele", como diz a doutora Pankow?

Alguns fenômenos poderiam nos servir de indicadores: por exemplo, quando o paciente, após um período de delírio ou de dissociação, dá sinais de uma doença somática (febre, problemas gástricos, asma, dermatose). O doente habita o corpo graças ao próprio sofrimento psicossomático (McDOUGALL, *ib.*, p. 161).

Dessas observações, podemos concluir, que o reconhecimento do corpo que adocece é um fator que demonstra um progresso na tentativa de reparação da própria imagem narcísica. É importante, contudo, observar que esse movimento de restabelecimento da unidade do psicossoma através da doença não existe antes que ela acometa o paciente. A doença não ocorre com o propósito de simbolização, mas uma vez instaurada, ela pode "funcionar" com este objetivo.

Analisamos assim o processo de somatização no paciente operatório, em decorrência da desorganização progressiva e também alguns outros processos de somatização, como a regressão psicossomática, as somatizações nas perversões e nas psicoses, e as somatizações que acompanham uma estrutura neurótica.

Observamos também como a doença somática pode servir à relibidinização do corpo, embora não se constitua com esse propósito.

CAPÍTULO II

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE AFETO

PARTE I: O CONCEITO DE AFETO NA TEORIA FREUDIANA

O conceito de afeto surge logo no início da obra de FREUD (1950[1895]) numa abordagem quantitativa, onde o autor procura elaborar uma teoria do funcionamento psíquico conforme "uma economia da força nervosa" (FREUD, id., p. 382). A partir deste texto, ele lança os termos "soma de excitações", "canalização da excitação", "função de inibição", e também o princípio do prazer-desprazer, princípio este regulador do psiquismo. Esse texto propõe uma neurologia fictícia, prelúdio à metapsicologia. A idéia central do texto repousa sobre uma quantidade (Q) de que os neurônios estão investidos, e da qual tendem a ser livres. A concepção de afeto, nesse momento, é praticamente idêntica à de "soma de excitação" e refere-se, mais diretamente a experiências desagradáveis. Esta formulação do conceito de afeto será posteriormente revista, pois o afeto é também uma noção qualitativa, inclui processos de descarga (liberação súbita de Q), já apontada nesse texto, como também a percepção, através do ego, do afeto como sentimento.

Em sua correspondência a Fliess (id. 1950 [1892-1899]), na carta 18, Freud determina três mecanismos para

o destino do afeto: a transformação do afeto (histeria de conversão), o deslocamento do afeto (obsessões) e a troca do afeto (neurose de angústia e melancolia).

Sobre a histeria de conversão, FREUD (1893 [1888-1893]), diz que, no caso de uma paralisia num membro, (como por exemplo, o braço), esse órgão estaria modificado em sua concepção, em sua "idéia" de braço. Haveria uma paralisia nas associações. A quantidade de afeto que dedicamos à primeira associação de um objeto, ressalta Freud, oferece uma resistência a que ela entre em associação com um outro objeto e, por conseguinte, interrompe a cadeia associativa. O órgão paralisado está envolvido numa associação inconsciente, revestida de grande carga de afeto através da qual os movimentos são liberados, tão logo essa quantidade de afeto é liberada. A concepção de braço está associada inconscientemente à lembrança traumática que produz a paralisia.

Freud estabelece assim que toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (*afektbetrag*), da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora, ou pela atividade psíquica associativa. Não sendo possível se eliminar esse afeto excedente, a lembrança passa a ter a importância de um trauma, e torna-se a causa dos sintomas conversivos. Freud denomina essa teoria de "A Ab-reação dos Acúmulos de Estímulo" (*Das Abreagieren der Reizzuwächse*) (id., p. 238).

Conforme vimos no capítulo anterior, nas neuroses atuais não existe um mecanismo psíquico. É pela impossibilidade de realização psíquica das pulsões sexuais que o indivíduo libera o acúmulo de tensão, via descarga direta sobre o corpo. Vimos também que essa situação é a origem de angústia e que Freud se pergunta: se tudo ocorre no plano somático, como pode o afeto ser experimentado? Ele sugere que, nesses casos, o afeto é projetado.

No estudo da neurose obsessiva (Rascunho K), FREUD (1950[1892-1899]) diz que, no estágio do retorno do recalcado, experimentam-se os afetos de autocensura, como os sentimentos de culpa, e que estes, em seguida, ligam-se a algum outro conteúdo distorcido quanto ao tempo e quanto à própria idéia que comporta. Assim, o afeto de autocensura pode ser transformado e percebido pela consciência como ansiedade (temor pelas conseqüências), hipocondria (temor de seus efeitos corporais), delírios de perseguição (temor dos seus efeitos sociais), vergonha (temor de que os outros saibam) e etc.

Vemos assim várias resoluções do afeto, conforme as diversas situações psíquicas. Freud atribui também ao afeto, ao longo de sua obra, um componente qualitativo. O afeto é tanto quantidade como qualidade, e sofre destinos variados nesses dois aspectos. Percebemos também que o afeto é tanto psíquico quanto somático; ele tanto está presente nas neuroses de transferência como nas neuroses atuais. Mas Freud também é categórico ao afirmar que é na consciência que ele é percebido.

Essas considerações nos servem para delinear o conceito de afeto conforme Freud, seu campo de pertinência e seus destinos.

Seguindo os textos do autor, vemos que a questão do afeto irá assumir maior importância nos estudos sobre os casos clínicos de pacientes histéricas, por ele acompanhados.

FREUD (1893-1895), atribui à emoção grande importância na patologia e no tratamento clínico de suas pacientes. Utiliza as noções de catarse e ab-reação para definir a possibilidade de expressar um desejo inconsciente com a respectiva carga afetiva. No início de sua clínica, isso era obtido por meio da hipnose e da sugestão. Com o continuar do processo, passou à esfera do tratamento psicanalítico propriamente dito, quando no manejo da transferência, o autor utilizava a interpretação e a elaboração. Nessa época, Freud estava desenvolvendo sua teoria do trauma e explicava que a eclosão do sintoma acontecia num segundo momento, quando uma situação do presente remetia a paciente a uma primeira situação, onde uma idéia não pôde ser expressa acompanhada de seu conteúdo afetivo, tendo havido possibilidade da paciente ab-reagir.

A tradução da emoção em palavras era para Freud e ainda o é para os analistas, a condição elementar do tratamento analítico, como também a impossibilidade desse exercício é um fator que leva à patologia.

Assim, Freud diz, logo na **Comunicação Preliminar dos Estudos sobre Histeria:**

Cada sintoma histérico individual desaparecia imediata e permanentemente quando conseguíamos evocar, nitidamente, a lembrança do fato que o provocou e despertar a emoção que o acompanhava, e quando o paciente havia descrito aquele fato com os maiores detalhes possíveis e traduziria a emoção em palavras. A lembrança sem emoção quase invariavelmente não produz nenhum resultado (FREUD, 1893-1895, p. 47).

Abrindo um parêntese: é importante ressaltar que as palavras só servem como linguagem, se estiverem acompanhadas de seu respectivo componente afetivo; não sendo assim, elas têm apenas a função de atos de descarga. A palavra só é simbolizadora através do afeto. É necessário que haja uma ligação entre representação de coisa e representação de palavra, ligação esta que é realizada pelo deslocamento do afeto.

Freud afirma, também nesse estudo, que é necessária uma reação energética a um fato que provoca emoção. Assim o choro, o acesso de cólera, fazem com que a emoção se esmaeaça mas se, ao contrário, a reação for recalcada, a emoção permanece vinculada à lembrança. Afirma ele também que a linguagem pode servir de substituto à ação; com sua ajuda, uma emoção pode ser ab-reagida quase com a mesma eficácia. Além disso, através do processo de associação, pode haver uma reconsideração do fato traumático e este deixar de possuir tal

valor. Nesse último caso, não houve necessidade de ab-reação, pois a emoção foi modificada.

Assim, vemos que a catarse, ou seja, a possibilidade de ab-reagir ao fato traumático através de uma ação — seja ela um simples choro ou a expressão da emoção inerente em palavras — constitui um fator importante na economia psíquica. Freud demarca também a importância do "valor afetivo" na manutenção da histeria:

Nossas observações têm demonstrado, por outro lado, que as lembranças que se tornaram os determinantes de manifestações histéricas persistem por longo tempo, com surpreendente vigor e com todo o seu colorido afetivo. Devemos, contudo, mencionar outro fato marcante, do qual posteriormente poderemos tirar proveito, a saber, que essas lembranças, à diferença de outras de sua vida passada, não se acham à disposição do paciente. Pelo contrário, essas experiências estão inteiramente ausentes da lembrança dos pacientes quando num estado psíquico normal, ou presentes apenas numa forma bastante sumária (FREUD, id., p. 50).

O recalque impede, portanto, a expressão do afeto ligado à idéia incompatível com a consciência, recebendo ele então outro destino, no caso, o sintoma histérico.

Vemos assim a importância atribuída por Freud à questão da emoção e, mais especificamente, à questão do afeto. Podemos observar que o termo afeto, em Estudos sobre a Histeria, implica uma idéia correspondente a ele. Além da noção

de quantidade, Freud aponta, com clareza, para a qualidade do afeto, quando menciona o que chama de colorido afetivo.

Nas **Neuropsicoses de Defesa** (id., 1894), o autor ressalta que, nas funções mentais, deve ser distinguida a "quota de afeto" (ou soma de excitação), que embora tenha características de quantidade, não é possível medi-la. Apesar disso, é capaz de crescimento, discriminação, deslocamento e descarga, e se espalha sobre os traços de memória das idéias, comparando-se a uma descarga elétrica que se expande na superfície de um corpo.

Nesse momento, é importante nos determos no conceito freudiano de "investimento" (Besetzung), que tem, em seu texto, a conotação de "ocupação". Seu emprego varia de extensão mas vamos nos restringir aqui à sua relação com o conceito de "afeto". No que diz respeito à quantidade, encontramos no texto de Freud uma equivalência entre investimento e valor afetivo. Se formos além da concepção econômica, veremos que a expressão valor afetivo contém também idéias de intencionalidade. Assim, no decorrer de sua obra, vemos que o termo investimento assume às vezes um componente qualitativo, como é o caso de "investido de nostalgia", descrito no texto **Inibições, Sintomas e Ansiedade** (1926[1925]), para designar objetivos afetivos qualitativos, no caso do objeto materno faltar ao lactente. Mas "investimento" é, sobretudo, um conceito econômico. Freud, ao equivaler "quota de afeto" à "soma de excitação", mostra dar ao conceito de afeto um conteúdo predominantemente quantitativo,

ligado aos traços de memória. O "colorido qualitativo ao afeto", parece que será dado pela ligação com os traços de memória, numa posterioridade lógica.

Freud também expõe a situação do afeto quanto à neurose obsessiva e descreve:

Se falta a alguém, com uma disposição (à neurose), a aptidão da conversão, mas se, entretanto, a fim de rechaçar uma idéia incompatível, ele se dispõe a separá-la do afeto dela, então tal afeto fica obrigado a permanecer na esfera psíquica. A idéia, agora enfraquecida, é ainda deixada na consciência, separada de toda associação. Mas seu afeto, tornado livre, liga-se a outras idéias que não lhe sejam incompatíveis; e, graças a essa "falsa conexão, tais idéias desenvolvem-se como obsessivas (FREUD, op. cit., 1894, p.64).

Vemos assim a introdução do termo "falsa conexão", por Freud, para explicar que a obsessão representa um substituto da idéia sexual incompatível, e que toma seu lugar na consciência. A idéia obsessiva é acompanhada por um afeto incompreensivelmente forte para a significação do objeto. O afeto da obsessão aparece diante do médico que atende esse tipo de paciente como "desalojado" ou "transposto" (id., p. 66), mas na verdade, está em correspondência com a idéia inconsciente.

Tanto na histeria quanto na neurose obsessiva, a defesa contra a idéia incompatível era efetuada separando essa

idéia do seu afeto correspondente; a idéia permanecia na consciência, porém enfraquecida e isolada. Quanto à defesa que é organizada na psicose:

Aqui, o ego rejeita a idéia incompatível juntamente com seu afeto e comporta-se como se a idéia jamais lhe tivesse ocorrido. Mas, a partir do momento em que o tenha conseguido, o sujeito encontra-se numa psicose, que só pode ser qualificada como confusão alucinatória (FREUD, *ib.*, p. 71).

Esta constitui uma defesa muito mais eficaz e bem sucedida. Nela o Ego escapa da idéia incompatível, desligando-se parcial ou inteiramente da realidade. O afeto só recuperará a sua atividade na vividez alucinatória.

Nesse texto, como já vimos, Freud descreve com aparente equivalência os termos "quota de afeto" e "soma de excitação". Em outros trabalhos, como Conferências introdutórias (*id.*, 1916-1917) e no Inconsciente (*ib.*, 1915c), o conceito de afeto está associado ao significado de "sentimento" ou "emoção". "Excitação", no decorrer de sua obra, diz respeito a descrição de "investimento", que tem a conotação de quantidade. Assim, poderíamos pensar que os dois termos, excitação e afeto, não são equivalentes. Mas no texto sobre o Recalque (*ib.*, 1915b), Freud mais uma vez equivale esses termos. Considera ele que os dois elementos de uma pulsão, são, seus representantes psíquicos, a idéia investida e a energia

pulsional de investimento, equivalem, o primeiro ao grupo das idéias e o último à "quota de afeto".

Percebemos assim que o conceito é bem mais abrangente do que à primeira vista parecia. Nas Conferências introdutórias, ele confirma isso:

Um afeto inclui, em primeiro lugar, determinadas inervações ou descargas motoras e, em segundo lugar, certos sentimentos; estes são de dois tipos: percepções das ações motoras que ocorreram e sentimentos diretos de prazer e desprazer que, conforme dizemos, dão ao afeto seu traço predominante (FREUD, op. cit., 1916-17, p. 461).

FREUD (1896b) afirma também que na histeria ocorre uma liberação e uma supressão de um afeto aflitivo. Essa supressão é o que atua na conversão histérica. O afeto liberado na revivência do trauma é suprimido na conversão. A supressão via conversão é que será o destino específico do afeto, na histeria.

FREUD (1893), sempre enfoca a importância da liberação do afeto pela palavra. Citando um escritor inglês, Hughleings Jackson, diz que o homem que, pela primeira vez, revidou a um inimigo com uma ofensa em lugar de uma lança, foi o fundador da civilização. O insulto sofrido em silêncio, segundo Freud, descreve caracteristicamente o seu uso lingüístico (*Kränkung*, em alemão), que significa exatamente "tornar doente", fazer um

mal, levando à doença. Assim, quando não é possível haver uma reação a um trauma psíquico, ele retém seu afeto original, e se não se pode liberar o acréscimo de estímulo através de sua ab-reação, este evento permanecerá traumático. O mecanismo psíquico saudável para lidar com o afeto proveniente do trauma seria esgotá-lo através de associações, ou produzindo idéias contrastantes. Em contrapartida, podemos dizer que os pacientes histéricos sofrem de traumas psíquicos incompletamente ab-reagidos.

FREUD (1900) analisa outra manifestação dos estados afetivos. Nos sonhos, o afeto está supradeterminado, é alimentado por várias fontes e obedece ao processo primário vigente: durante a elaboração onírica, fontes de afeto que são capazes de produzir o mesmo afeto reúnem-se para gerá-la. Devido a isso, os afetos ficam, nos sonhos, muitas vezes intensificados. O mesmo ocorre na formação dos sintomas neuróticos, em que a causa capaz de liberar um afeto é capaz de produzir um resultado qualitativamente justificável, mas quantitativamente excessivo. Esse excesso surge de fontes que anteriormente estavam inconscientes e suprimidas.

Na análise, segundo Freud, percebe-se que o material ideacional passou por deslocamentos e substituições, mas os afetos permaneceram inalterados. O mesmo ocorre nos sonhos. Citando uma frase de Stricker, Freud define: "se eu temer ladrões num sonho, os ladrões, é verdade, são imaginários — mas o temor é real" (id., p. 492). Assim, o afeto no sonho não

deveria ser tratado pelas pessoas de forma tão desprezível quanto o seu conteúdo.

Ocorre também, como nas idéias, que o afeto nos sonhos pode fazer seu aparecimento transformado em seu oposto. Isto é ocasionado pela censura onírica. A origem disso também se encontra na ambivalência amor/ódio. Contudo, a elaboração onírica ocasiona uma supressão dos afetos, isto é, o afeto experimentado no sonho é mais pobre do que o material psíquico de onde ele proveio. Durante a reconstrução dos pensamentos oníricos, o afeto surge de forma bem mais intensificada do que no sonho. Podemos dizer que a inibição do afeto deve ser considerada como uma segunda consequência da censura dos sonhos, sendo a deformação onírica a primeira. Mas seja como for, os impulsos impregnados de desejo, quanto mais suprimidos estiverem, mais farão força a fim de obterem representação. Assim, os sonhos são a via pela qual os afetos podem se fazer representar.

Quanto à supressão do afeto nos sonhos, Freud acrescenta:

Porque o que é aflitivo não pode ser representado num sonho; nada em nossos pensamentos oníricos que seja aflitivo pode forçar a entrada num sonho, a menos que, ao mesmo tempo, empreste um disfarce à realização de um desejo (FREUD, *ib.*, p. 503).

Freud também define o processo de deslocamento do

afeto, no estudo dos sonhos:

... no decurso da elaboração onírica, a intensidade psíquica se transfere dos pensamentos e idéias às quais corretamente pertence a outras que, a nosso juízo, não possuem direito a uma ênfase dessa espécie (FREUD, *ib.*, p. 693).

Esse processo de deslocamento é encontrado tanto nos sonhos quanto nos sintomas.

Quantos aos impulsos impregnados de desejo, originados na infância, Freud irá afirmar, não podem ser destruídos nem inibidos. Alguns deles são contraditórios às idéias do pensamento secundário e sua realização geraria mais um afeto de desprazer do que de prazer. No recalçamento há, então, um desinvestimento de uma idéia, tornando-a inconsciente, e um deslocamento do afeto respectivo para outra representação substitutiva. Assim, a idéia é recalçada e o afeto sofre vicissitudes distintas, conforme a neurose.

O autor (*id.*, 1905b) mostra ainda como o estado mental dos homens reflete-se sobre o corpo. As tensões e relaxamentos de seus músculos faciais, a quantidade de sangue nos vasos da pele, as modificações do aparelho vocal, são mudanças que podem ser provocadas por um estado afetivo específico. Essas manifestações são indícios fidedignos a partir dos quais os processos mentais podem ser deduzidos, com maior confiança do

que em quaisquer expressões verbais. Freud diz ainda que, em certos casos, o papel do corpo é tão óbvio que alguns autores chegaram a acreditar que a essência dos sentimentos consiste apenas em suas manifestações físicas. Nos estados afetivos mais persistentes, por exemplo a depressão, a tristeza, a preocupação, a mágoa, reduzem o estado de nutrição de todo o corpo, embranquecem os cabelos, fazem desaparecer a gordura e causam alterações doentias nas paredes dos vasos sanguíneos. Em contrapartida, sob a influência da felicidade, o corpo todo floresce e mostra sinais de renovação da juventude. Freud considera os sentimentos, principalmente os depressivos, capazes de provocar doenças no sistema nervoso e em outros órgãos.

No caso da patologia já estar instalada, sentimentos violentos podem piorar o quadro clínico, mas também existem casos em que um choque severo ou uma privação súbita provoca no tónus do organismo, uma alteração peculiar, que pode exercer influência favorável e até causar o desaparecimento da doença. Os sentimentos depressivos, uma desgraça ou humilhação podem terminar de súbito com a vida, e, por estranho que pareça, acrescenta Freud, este mesmo resultado pode também decorrer do impacto inesperado de uma grande alegria.

Os sentimentos são caracterizados por uma ligação bastante especial com os processos somáticos. Todos os estados mentais, os processos de pensamento são, até certo ponto, afetivos, e possuem uma manifestação física expressa em processos somáticos. O conteúdo das idéias sofre uma série

constante de excitações e é descarregado nos músculos lisos e estriados, o que torna compreensíveis os aparelhos de "detectar mentiras", muito usados por alguns tribunais.

Os processos de atenção e volição também exercem um profundo efeito sobre os processos somáticos. A dor pode ser produzida e aumentada pela atenção que se lhe empresta, como também pode desaparecer ou tornar-se menos significativa, se a atenção dela for desviada. Durante uma batalha, os soldados não sentem a dor de um ferimento, assim como os mártires estão tão absorvidos no seu sentimento religioso que ficam indiferentes às penitências. Freud conclui que também é possível a influência da volição nos processos somáticos patológicos: a determinação de recuperar-se ou a vontade de morrer pode ter efeito sobre doenças graves.

Assim, os sentimentos, a atenção, a vontade, os estados depressivos, são todos estados afetivos com manifestações somáticas.

Esse autor aponta também o mecanismo de "inversão do afeto". Para ele, seria um dos mecanismos mais importantes e, ao mesmo tempo, mais difíceis na compreensão da psicologia das neuroses. A esse respeito, trata o autor da sensação de repugnância que ocorre na histeria como "um dos meios de expressão afetiva na esfera da vida sexual" (ib., 1905 [1901], p. 29). Ele procura explicar esse fato de forma concisa, segundo ele próprio, dizendo que a repugnância seria um sintoma do recalque. A exemplo do Caso Dora, seria um recalque na

zona erógena oral, ultracultivada na infância pelo hábito sensual de sugar. Além disso, existe o fato de que, no período pré-sexual, os órgãos sexuais são conhecidos por sua função excretora e de micção e só posteriormente pela função sexual, estando esta, portanto, atrelada à primeira.

Freud também aborda, com referência ao afeto, o efeito do cômico:

O humor seria um meio de obter prazer, apesar dos afetos dolorosos que interferem com ele; atua como um substituto para a geração destes afetos, coloca-se no lugar deles (FREUD, 1905c, p. 257).

Freud explica, nesse texto, que as condições para o aparecimento do humor são fornecidas se existe uma situação que habitualmente despertaria um afeto penoso, mas que é suprimida. O prazer do humor ocorre às custas de uma liberação de afeto que não ocorre. O prazer deriva, assim, de uma economia, de um método de restabelecimento, a partir da atividade mental, de um prazer que se perdeu.

Sobre o afeto no período do auto-erotismo, Freud assinala que o prazer sexual é produzido pela excitação de várias partes da pele. Qualquer região pode ser uma zona erógena, pela atividade de algumas pulsões e pela excitação concomitante de muitos estados afetivos. É necessário haver a possibilidade de que a criança apreenda intelectualmente as

atividades para as quais ela já está psiquicamente preparada e fisicamente apta. Bem antes da puberdade, embora sem o poder da reprodução, já está desenvolvida na criança a capacidade de amar. Nessa passagem, Freud demonstra a importância de uma ligação entre o que é psíquico e o que é somático, através do conhecimento intelectual permitido pelo adulto (ib., 1907).

Vemos nesse texto como o afeto também se insere na ordem psíquica e somática. A pulsão inscreve no psiquismo, através de relação com o outro, os estados de excitação somática da criança. Esses estados serão percebidos pela consciência como afetos, estando ligados às representações corporais.

Para designar os representantes psíquicos da pulsão, Freud utiliza os termos "quota de afeto" e "conteúdo ideacional" ou "idéia". O afeto seria a energia pulsional vinculada à idéia. Ele é, antes de tudo, o fator quantitativo do representante pulsional. FREUD (op. cit., 1915b), enfatiza o fator quantitativo do afeto e o delinea na sua pertinência ao campo das representações psíquicas.

Sabemos que a pulsão é um conceito limítrofe entre o somático e o psíquico, sendo sua fonte endógena, conforme o lugar onde aparece a excitação: zonas erógenas, órgãos internos, aparelhos internos, e conforme os processos somáticos produzidos nessas partes do corpo. Como os outros aspectos da pulsão, Freud descreve a pressão, o alvo e o objeto.

É importante diferenciarmos aqui pulsão, afeto e libido. A pulsão, como vimos, é um conceito-limite, não sendo psíquica nem somática. É, conforme Freud definiu, uma entidade mítica. Sua fonte é endógena e temos testemunho de sua existência através de seus representantes psíquicos, a saber: a idéia e o afeto. Quanto à pulsão de morte, é através da compulsão à repetição que percebemos sua atuação. A pulsão, em si, não é, portanto, consciente nem inconsciente. A libido seria a energia referente aos representantes psíquicos da pulsão. Nesse caso, pulsão de vida. A libido investe os objetos e tem como sede o Ego. Nesse sentido, a libido é psíquica. No seu estado consciente, ela é percebida pelo Ego como um afeto. No entanto, a libido, no seu estado inconsciente, não pode ser percebida como um afeto, pois para Freud, os afetos são sempre conscientes. O afeto parece ter um significado muito mais extenso no texto freudiano. Como vimos, é um dos representantes psíquicos da pulsão. Mas, conforme Freud, a angústia, que seria a ausência de representação psíquica é também experimentada pelo Ego como um afeto de angústia (FREUD, op. cit., 1926[1925]). O afeto também está presente, desde as primeiras excitações somáticas do bebê, na construção de seu corpo erógeno, no período do auto-erotismo (id., op. cit., 1907). Sendo assim, podemos considerar o afeto tanto psíquico quanto somático.

FREUD (op. cit., 1915c) afirma que o afeto não pode ser inconsciente. O que ocorre é que, pela vicissitude que este sofre, ligando-se a outra idéia no pré-consciente, sua

verdadeira origem é desconhecida e, portanto, achamos, a "grosso modo" de, por exemplo, "sentimento inconsciente de culpa". Mas o que é inconsciente é a idéia originária de culpa que sofreu o recalçamento. O que daria a impressão de inconsciente para os afetos seriam as vicissitudes em relação ao fator quantitativo deste: o afeto pode permanecer total ou parcialmente como é, pode ser transformado numa quota de afeto qualitativamente diferente, ou pode ser suprimido.

É ao sistema consciente que se deve a liberação do afeto. Assim, como vimos, o afeto se transformará em angústia ou terá que esperar até que encontre uma idéia substitutiva, no sistema pré-consciente. Freud conclui o capítulo, afirmando:

... no recalque, ocorre uma ruptura entre o afeto e à idéia a qual ele pertence, e cada um deles então passa por vicissitudes isoladas. Descritivamente, isso é incontestável; na realidade, porém, o afeto, de modo geral, não se apresenta até que o irromper de uma nova representação no sistema consciente tenha sido alcançada com êxito (FREUD, id., p. 206).

Vimos, até agora, que o afeto é um processo de descarga da energia pulsional que diz respeito ao fator quantitativo do representante pulsional é percebido pela consciência também qualitativamente, corresponde ao conteúdo ideacional deste representante e pertence tanto ao campo psíquico como somático.

Freud descreve também o afeto do luto e a melancolia. O trabalho do luto consiste na retirada da libido de suas ligações com o objeto perdido. Essa retirada é efetuada pouco a pouco, com grande dispêndio de energia catexial, prolongando-se, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada lembrança com a qual a libido está vinculada ao objeto, é evocada e superinvestida, e o desligamento da libido deverá se realizar em relação a cada uma delas. Quando o trabalho do luto se concluir, o Ego ficará outra vez desinibido.

Na melancolia, a libido ligada a um objeto de amor foi retirada para o próprio Ego do sujeito. Devido a uma perda ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi "destroçada" (id, 1917 [1915], p. 281), a libido livre estabeleceu uma identificação com o objeto perdido. A perda objetal passa a ser uma perda do próprio Ego.

Na melancolia, percebe-se os afetos que caberiam ao objeto sendo sentidos em relação ao próprio Ego. No luto, o mundo torna-se "vazio" pelo próprio trabalho do luto, na retirada da libido dos objetos. Na melancolia, o que se torna "vazio" é o próprio Ego do sujeito. Esse sentimento de vazio manifesta-se pela impossibilidade do afeto para estabelecer deslocamentos.

Mas Freud começará a estudar mais detalhadamente o

conceito de afeto a partir de suas Conferências introdutórias (ib., op. cit., 1916-1917). Neste artigo, Freud analisa o afeto de angústia (*Angst*) e se questiona sobre a ausência do afeto. Analisa este sob o ponto de vista dinâmico, sua relação com o medo (*Furcht*) e com o susto (*Schreck*). Na angústia, a primeira manifestação é o "estado de preparação" para o perigo. Podemos dizer, conforme Freud, que uma pessoa se protege do medo por meio da angústia.

Os estados afetivos, no entanto parecem, ser a repetição de uma experiência significativa determinada. Essa experiência, segundo Freud, só pode ser situada num período muito inicial, inclusive na pré-história da espécie:

Para fazer-me mais inteligível — um estado afetivo seria formado da mesma maneira que um ataque histérico, e, como este, seria o precipitado de uma reminiscência. Um ataque histérico pode, assim, ser equiparado a um afeto individual recentemente formado, e um afeto normal pode ser comparado à expressão de uma história geral que se tornou herança (FREUD, id., p. 461-462).

Na histeria, o surgimento da angústia parece injustificado. Não há sinal de perigo ou qualquer causa que pudesse ser geradora de angústia. O ataque de angústia pode também ser representado por uma vertigem, palpitações ou dispnéia, ao invés de ser sentido como afeto de angústia.

Freud estabelece uma relação entre a libido e a angústia. Nos distúrbios em que ocorre a angústia, ocorre também a influência de determinadas fases da vida, como, por exemplo, a puberdade e a menopausa. Nessas situações, percebemos um considerável aumento na produção da libido. Também acontece às vezes uma mistura de libido e angústia em alguns estados de excitação, e, posteriormente, a substituição final da libido pela angústia. O que está em jogo é um "acúmulo de libido", impedida de ser utilizada normalmente, e também o fato de que esses processos se situam inteiramente na esfera dos processos somáticos. Não sabemos como a angústia surge da libido nesses casos, mas podemos reconhecer que a libido está ausente e que a angústia está em seu lugar.

Na histeria, observa-se que o curso normal dos eventos psíquicos deixou de ocorrer e foi substituído por fenômenos de angústia. O afeto que acompanha o curso normal dos acontecimentos, seja qual for sua qualidade própria, é substituído pela angústia, após a incidência do recalque. Portanto, a angústia constitui uma "moeda universal", pela qual pode ser trocado qualquer impulso, seja ele de vergonha, embaraço, raiva, irritação, se o conteúdo ideativo vinculado a ele estiver sujeito ao recalque.

No caso de pacientes obsessivos, quando impedidos de executarem seu ritual obsessivo, vêem-se compelidos pela mais intensa angústia. Assim, pode-se dizer que os sintomas

neuróticos são formados para fugir da geração de angústia.

Mas a angústia que resultou da fuga do Ego para longe de sua libido deriva-se, ela mesma, da própria libido. Isso é explicado pelo recalque. A libido, pertencente a um impulso psíquico que esteve sujeito ao recalque, regride à fobia infantil (medo de estranhos). Abre-se assim uma passagem, através da qual pode se realizar a transformação da libido em angústia.

As palavras também são capazes de produzir afetos. Assim sucede o trabalho da análise: a possibilidade de simbolização através da palavra. A palavra do analista é, na transferência, o instrumento maior de cura. As palavras ressalta Freud, eram originalmente mágicas, e até os nossos dias, conservam muito do seu antigo valor. Por meio das palavras, uma pessoa pode tornar a outra feliz ou levá-la ao desespero, pode-se transmitir o conhecimento, influenciar, etc. As palavras, portanto suscitam afetos.

O tratamento analítico, mesmo quando ainda não era a psicanálise propriamente dita com a regra básica da associação livre, trabalhava de forma a propiciar que o paciente vivesse os afetos pertencentes às cenas patogênicas, sem inibição. Isso era realizado, através da hipnose para fins de análise, cujo pioneiro foi Josef Breuer. A ab-reação — como era chamada essa liberação do afeto através do método catártico — constituía a

possibilidade de descarga por um caminho normal.

Em 1926, no texto *Inibição, sintoma e angústia*, Freud estende a posição do afeto em relação ao recalque. Aqui, a angústia não é meramente libido transformada, mas o próprio agente recalcante. Entendemos por angústia o aspecto quantitativo do afeto. Sua manifestação puramente econômica. O conceito de afeto é mais abrangente do que o conceito de angústia, já que poderá incluir também um aspecto qualitativo e outras manifestações, como os sentimentos. Freud analisa neste texto o caso do pequeno Hans, e comenta:

Até onde se pode observar no momento, a maioria das fobias remonta a uma angústia dessa espécie, sentida pelo Ego, no tocante às exigências da libido. É sempre a atitude de angústia do Ego que é a coisa primária e que põe em movimento o recalque (FREUD, op. cit., 1926[1925], p. 131).

No texto ao qual nos referimos, a angústia aparece também como reprodução do temor da castração. Freud afirma que a angústia é um estado afetivo do Ego e como tal, só pode ser sentida pelo Ego. No recalque, há um deslocamento da reação de angústia, de sua origem — situação de desamparo — para uma expectativa dessa situação, isto é, para a situação de perigo atual para o Ego. Depois virão os deslocamentos ulteriores, do perigo para o determinante do perigo, a perda do objeto:

Seguindo essa seqüência, angústia — perigo — desamparo, podemos agora resumir o que se disse. Uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo. A angústia é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda. O Ego, que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso. É certo que as crianças se comportam dessa maneira em relação a toda impressão aflitiva que recebem, reproduzindo-a em suas brincadeiras. Ao passarem assim da passividade para a atividade tentam dominar suas experiências psiquicamente. Se isto é o que se quer dizer por "ab-reação de uma trauma" não podemos ter mais nada a incitar contra a expressão (FREUD, id., p. 191).

Vemos aqui também a ligação do afeto com a capacidade de elaboração. Ele permanece ligado à situação traumática e também à constituição do Ego, na possibilidade de "reencontrar o objeto" (juízo de existência). Freud também mantém o conceito de ab-reação, mas o estende em relação à possibilidade de elaboração (pensamento).

Conforme FREUD (ib.), toda experiência traumática deixa no psiquismo um símbolo afetivo, que é revivido conforme a ocorrência de uma situação semelhante. Os símbolos afetivos constituem símbolos mnêmicos, relacionados com as necessidades biológicas. Referem-se também a situações de perigo inerentes a essas necessidades, como por exemplo, o perigo de não-satisfação de uma necessidade.

Freud observa também que a angústia se faz acompanhar de sensações físicas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo. Cita dois exemplos, que são os órgãos respiratórios e o coração:

Eles proporcionam provas de que as inervações motoras —, isto é, processos de descarga — desempenham seu papel no fenômeno geral da angústia (FREUD, *ib.*, p. 156).

Seguindo o texto em que situa sua concepção do nascimento em detrimento do "trauma do nascimento" preconizado por Rank, Freud defende que, apesar da angústia não estar necessariamente referida ao nascimento em todas as espécies, é bem provável que no homem ela seja realmente moldada no processo do nascimento, embora, subjetivamente, o nascimento não possa ser reconhecido, pelo feto, como ameaça de castração, pois não há preparação psíquica afetiva para isso. O homem, nessa situação, ainda não se vê como um objeto.

Sabemos que o perigo do nascimento não tem qualquer conteúdo psíquico. Sabemos que a angústia surge originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete. O nascimento só se constituirá como angústia em referência ao complexo de castração.

No início do desenvolvimento infantil, a angústia é para a criança a expressão de um sentimento ainda não nomeado:

"A situação que ela considera um perigo, e contra a qual deseja ser protegida, é a de não-satisfação, de uma crescente tensão devido à necessidade, contra a qual ela é inerte (FREUD, *ib.*, p. 161).

Nesse estágio, a ameaça de perda do objeto está ligada à necessidade orgânica. Para a criança, a situação de não-satisfação, na qual as quantidades de estímulo se elevam a um grau desagradável, sem que lhe seja possível dominá-las psiquicamente ou descarregá-las, é análoga à experiência de nascer. O que ocorre é uma perturbação econômica. Posteriormente, quando puder descobrir, pela experiência, que um objeto externo pode solucionar a situação de perigo, haverá um deslocamento, da situação econômica para o temor da perda do objeto. Nesse momento, há uma transição do "novo aparecimento automático e involuntário da angústia para a reprodução intencional da angústia como um sinal de perigo" (*ib.*, p. 162).

Freud conclui:

... O que acontece é que a situação biológica da criança como feto é substituída para ela por uma relação de objeto psíquica quanto à sua mãe ... (FREUD, *ib.*, p. 162).

A angústia será, então, uma reação geral a situações

de perigo. Quanto ao Ego, será a sede da angústia, cuja função é a de produzir afeto de angústia, conforme suas necessidades. Dessa maneira, existirão posteriormente duas formas de angústia: uma será involuntária, automática, econômica, e a outra será produzida pelo Ego diante da ameaça de perigo.

Além disso, o afeto, na concepção de Freud, só pode ser compreendido em relação ao modelo teórico da pulsão. Como vimos, o afeto é um dos dois componentes da representação psíquica da pulsão. Ele designa a parte energética, dotada de quantidade e de qualidade, ligada à idéia, mas podendo dissociar-se dela no inconsciente.

O afeto torna-se consciente pela descarga e pela resistência à tensão crescente que o caracterizam. Essa descarga está orientada para o corpo, e parte também do corpo.

A relação da representação com o afeto é recíproca. O afeto busca uma representação e esta, por sua vez, é geradora de afeto. A representação (idéia) pode ser a percepção de um perigo, pode conter uma mensagem erótica ou uma mensagem de acalanto; o afeto, como ato de descarga, modifica as condições do ambiente. O Ego efetua um trabalho de dominação sobre o afeto. Os mecanismos de defesa do Ego, em especial o recalque, são esses domínios. Além disso, a produção de energia ligada assegura o encadeamento de uma energia afetiva flutuante sobre as representações.

Concluimos então que o que mantém o afeto é a pulsão. O conceito de pulsão de morte vem reformular a teoria da angústia, situando esta como inerente ao organismo. Embora FREUD (ib.) tenha, em várias passagens de sua obra, referido uma fisiologia da angústia, sabemos que o objetivo do autor é o de situar uma outra concepção de angústia, que seria, em última instância, a angústia de castração. O conceito de pulsão vem fundir o somático e o psíquico, não sendo estes compreendidos senão como um corpo erógeno, um corpo psíquico. Não existirá mais o puramente fisiológico, mas um corpo pulsional, o soma existe enquanto corpo psíquico. Os afetos são inscritos nessa ordem. Não existem afetos fisiológicos, mas afetos somáticos que procuram representação psíquica, e representações que suscitam afetos somáticos. Percebemos, contudo, que a concepção de Freud sobre o afeto permanece submetida ao conceito de neurose. Freud não se dedicou a estudar o afeto em outras patologias, mesmo porque seu objetivo sempre foi o estudo das neuroses.

PARTE II - OUTRAS ABORDAGENS SOBRE O CONCEITO DE AFETO

GREEN (1982), observa que os afetos do Id se manifestam essencialmente por um efeito econômico, enquanto que os afetos do ego se manifestam por um efeito de simbolização. Segundo o autor, os afetos não são necessariamente conscientes. Green, após análise dos textos de Freud, é levado a considerar os afetos pertencentes ao Id como resultado da transformação da

libido descarregada que penetra no ego, escapando ao processo de elaboração.

Glover e Brierley (apud GREEN, id.), estudaram os afetos primários, concepção extraída dos trabalhos de Melaine Klein. Esses autores contestam a definição de afeto dada por Freud, que só levaria em consideração o aspecto de descarga do afeto. Eles propõem distinguir os afetos de tensão dos demais afetos de descarga. Mostram a dificuldade para estabelecermos a diferença entre experiência afetiva e sensações corporais. A variedade dos contextos nos quais podem aparecer os afetos de "estilhaçamento", de "explosão" e de "desintegração", nas estruturas edipianas e nas pré-edipianas, leva Glover a concluir que o sentimento psíquico do estilhaçamento é uma tensão afetiva típica e muito precoce que, no decorrer do desenvolvimento, pode se fixar em diferentes formas, segundo as experiências e os conteúdos inconscientes de diferentes períodos de desenvolvimento. Brierley afirma que o afeto pode ser devido a um súbito excesso de estímulos internos ou ao efeito de uma acumulação de tensões não descarregadas. O destino dos afetos seria o de sofrer a dominação do Ego; estão ligados à evolução do Ego. As experiências afetivas são ligadas às relações do Ego com os objetos. É importante, nesse ponto, o papel da identificação primária, que intervém antes da diferenciação entre o Ego e o objeto. Conforme Lebovici, o objeto é investido antes de ser percebido. Sobre esse tema Brierley diz:

A criança deve sentir o seio antes de começar a percebê-lo e deve ter as sensações de sucção do seio antes de conhecer sua própria boca (Brierley, apud GREEN, 1982, p. 96).

A constituição dos afetos primários estará ligada a seus "objetos-portadores" (GREEN, 1982, p. 96). Os mecanismos de introjeção e projeção são métodos de dominação das emoções, fantasiadas a partir de relações concretas com os objetos.

Na opinião de Green, Brierley, estaria falando de pré-afetos, de inclinações afetivas, disposições para viver determinados afetos. Alguns afetos seriam inacessíveis à consciência: os precursores de afetos primários nunca foram conscientes e estão assim isolados no inconsciente. Vemos que essa concepção difere da freudiana, onde não existiriam afetos inconscientes. Green admite que essa teorização faz com que o inconsciente perca seu valor semântico de "lugar das representações", e coloca ênfase na afetividade, sem correlato representativo.

Para Brierley (apud GREEN, 1982, p. 97), "a linguagem afetiva é mais velha do que a palavra". Considerando o afeto, estamos diante não somente dos objetos arcaicos, mas também do sistema primitivo do Ego. Na transferência estariam em jogo não somente as tensões das moções de objeto, mas também as tensões intra e inter-egóicas. A interpretação dos afetos, aí, permitiria a reintegração do ego parcial primitivo ao ego principal.

Ainda conforme Green, o importante na obra de Brierley, influenciada por M. Klein, seria a concepção do inconsciente e também a reavaliação da relação entre representação e afeto.

Outro autor que muito estudou o conceito de afeto foi Winnicott. GREEN (1982) observa que a obra desse autor enfoca a restituição dos estados afetivos primários, constituídos pelas alternâncias de estados de desintegração e de integração parcial do self. Para ele, todo discurso sobre o afeto deverá incluir os afetos da mãe, na sua relação com a criança. A tolerância materna às necessidades regressivas da criança, permitindo o estabelecimento de um núcleo de continuidade afetiva viva, será fator fundamental para o desenvolvimento do bebê.

Schafer aborda o afeto de forma particular:

A expressão dos afetos não é prova de sua autenticidade; a ausência de expressão, em contrapartida, não é uma prova de sua dissimulação, assim como a hiperexpressividade dos afetos não atesta forçosamente sua artificialidade. Assim, qualquer abordagem fenomenológica dos afetos é inadequada (Schafer apud GREEN, 1982, p. 109).

A partir da observação de Schafer, podemos entender que o fato do sujeito não manifestar afeto nas relações objetais não implica a inexistência de um componente afetivo.

Bion (apud GREEN, 1982), outro autor da escola inglesa, contribuiu também para o estudo do afeto. Para ele, existe uma equivalência entre idéia e emoção, entre o "eu penso" e o "eu sinto"; o termo pensamento aplicar-se-á às duas expressões. Será uma "teoria estrutural dos afetos", sem contudo comprometer a desconstrução analítica. O analista pode avaliar se a idéia expressa comunica os sentimentos correspondentes, ou se os sentimentos são secundários em relação à idéia. A tônica da teoria de Bion é o registro emocional.

A escola francesa, apesar de incluir poucos trabalhos sobre o afeto, refere-se a ele em sua corrente teórica. Para Mallet (apud GREEN, id.), a representação visa o objetivo a ser atingido e o objeto (substituível) do desejo: o afeto permite ao Ego experimentar-se através dos estados que o Ego sente e na relação do afeto com o corpo. Afeto e Ego estão ligados, e isso explica porque a identificação desempenha um papel considerável no afeto. O afeto é sentido quando o sujeito é tomado pelo desejo do objeto, ou quando é ele próprio o objeto. Como função primária, o afeto é efeito de descarga; como função secundária, é efeito de comunicação com o objeto. O afeto pode desmentir a palavra; em contrapartida, trava-se uma luta constante contra o surgimento dos desejos do Id. Mas o afeto pode escapar a esse controle, caso haja uma regressão do Ego. O trabalho defensivo do Ego incide sobre o objetivo, o objeto e o afeto. Contudo, o recalcado pode ser admitido intelectualmente, mas não afetivamente.

Bouvet (apud GREEN, ib.), estuda o afeto na transferência. O autor opõe a transferência de afetos e de emoções à transferência de defesa. Esta impede a transferência de afetos, sendo a última utilizada também com fins defensivos. A transferência é muitas vezes marcada por ab-reações desprovidas de tomada de consciência, nas quais o afeto, após ter sido descarregado, se desfaz, seguindo-se a isto uma conduta de atuação.

MILLER (1991), interpretando Lacan, atesta que o afeto não abrange apenas certas palpitações, ou aceleração dos batimentos cardíacos, por efeito da surpresa. O afeto, é, na sua concepção, alegria, tristeza, entusiasmo, mau humor, riso, etc. Em Lacan (apud MILLER, 1991, p. 47), seria o "mau humor" o protótipo de todos os afetos. Este transmitiria; "*las cosas nunca son como uno quiere*" (id.). Seria um verdadeiro toque no real. No corpo, o afeto testemunha a sua existência; na palpitação, na sudorese, o afeto falaria da verdade. Os afetos não enganam, disso é testemunha a angústia. Lacan diz que o afeto movimenta o corpo e corresponde à articulação da alma com o corpo. Esse autor distingue o afeto da emoção: o primeiro estaria alado da paixão; da paixão da alma. Ele é translingüístico, ou seja, comunica além da linguagem. Os afetos são de fácil compreensão, pois possuem uma coalescência entre significante e significado, podendo até ser chamados de signos e sinais. O próprio Freud denominou "sinal de angústia", àquela experimentada diante da ameaça da perda do objeto. Lacan retoma Freud, e reforça que o afeto nunca é inconsciente.

Tampouco as pulsões são conscientes. O representante, a idéia, pode ser consciente ou inconsciente. O protótipo do afeto seria seu fator quantitativo. O afeto jamais sofreria recalque, apenas a idéia estaria sujeita a esse processo. Segundo Lacan (ib.), o afeto pode estar louco, invertido, metabolizado, mas não recalçado. Conforme o autor, em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud afirma que o afeto passa a ter uma conotação de tensão, e não apenas de descarga, pois está vinculado a uma situação traumática.

Segundo Lacan (ib.), para se compreender a teoria dos afetos devemos passar da psicofisiologia à ética. O afeto surge na relação do sujeito com o significante. O desejo irá mediar a relação do sujeito com o mundo, não havendo relação direta. Assim, também não há relação direta do sujeito com o corpo próprio. Na relação com o corpo, a mediação do significante. O corpo é afetado pelos efeitos da linguagem.

Conforme GREEN (op. cit., 1982) os agentes provocadores do afeto são identificáveis no real e no imaginário, podendo ser uma percepção, um fantasma, uma palavra. Existem também afetos surgidos no interior do corpo, por uma súbita elevação de investimento, sem que haja a sustentação de uma representação. O que parece ter ocorrido é que o movimento que partiu do corpo sofreu um reforço de investimentos emanados da pulsão, e os afetos assim produzidos buscaram desesperadamente representações, numa intenção de conter, na psiqué uma tensão que de outro modo seria

descarregada diretamente em ato.

Assim, parece que as duas definições de afeto, qualitativa e quantitativa referem-se a situações distintas. A quantidade parece estar associada à condição de inconsciente, pois se trata da "afetação" energética das representações. A qualidade, por estar ligada a emoções e sentimentos, relaciona-se à condição de consciente.

Percebemos, em Green, uma concepção de afeto como pertencente também ao campo somático não representado, afeto este que buscaria uma representação, que posteriormente investiria um objeto. Essa concepção é muito útil para compreender o afeto presente no paciente operatório, pois parece tratar-se de um afeto não pertencente ao campo das representações.

Para GREEN (id), essa conformidade do afeto leva à seguinte reflexão: para compreendermos o conceito de afeto, devemos nos remeter ao conceito de pulsão, e assim chegaremos a instância que é, ao mesmo tempo, sua depositária e representante, o Id. O Id ergue-se sobre um não-psíquico e, por outro lado, vemos o Ego relacionado ao processo de secundarização. Isto significa que o afeto pode aparecer por transformação automática da energia libidinal no Id, investir o Ego em massa, de surpresa, sem a possibilidade de ligar-se às representações ou de estar sujeito a um dos mecanismos de defesa do Ego. Por outro lado, o afeto pode introduzir-se no Ego, mesmo sem

o seu consentimento, mas por uma "brecha limitada", deixando a este a possibilidade de se proteger e de organizar o recalque, incluindo o afeto na cadeia das representações da pulsão.

Essas últimas considerações são importantes, pois, no paciente operatório, a descarga de afeto é imediata e realizada em ato. Ressaltamos a possibilidade de que, nesses pacientes, o afeto vivenciado na transferência é afeto do Id, sem mediação egóica. Para GREEN (ib.), existem afetos do Id, do Ego e do Superego. Embora Freud tenha situado o Ego como a sede do afeto, sabe-se que, originário da pulsão, sua formação dá-se no Id. O conceito de Id distingue-se do de inconsciente, por ser este último organizado e estruturado, enquanto o Id abarca também forças cegas, inacessíveis à exploração, mais selvagens aquelas descobertas ao nível do inconsciente. A diferença radical entre os dois conceitos seria, em última instância, o fato de que, no inconsciente, as pulsões de destruição não têm lugar, enquanto ao nível do Id, seu lugar está determinado e é dominante.

Supomos assim que, para entendermos o afeto "utilizado" pelo paciente operatório, devemos articulá-lo ao conceito de Id. Podemos dizer que o afeto de transferência do paciente psicossomático é o afeto do Id. Adiantaremos que a estruturação nesse paciente está num estado tão primitivo em certas áreas, que as lacunas seriam basicamente túneis por onde o Id não teria barreiras, no seu acesso ao exterior; não há barreiras de fixação, e isso será discutido no próximo

capítulo, sobre o afeto no paciente psicossomático.

Em sua análise dos textos de Freud, LAPLANCHE (1990) afirma que o afeto implica uma estrutura significante. No entanto, isto não significa que ele necessite de representações para ser qualificado. Conforme o autor, para Freud, o afeto é muito próximo do somático, e é constituído por um conjunto organizado de descargas motoras, que têm como efeito uma sensação de prazer-desprazer.

A angústia, segundo LAPLANCHE (id.), seria um conflito entre o somático e o psíquico. A excitação somática não encontraria um fiador psíquico. Na crise de angústia, há uma ausência de elaboração, e não uma representação que foi recalcada; ocorre o acúmulo de um estímulo endógeno qualquer, que não pôde ser satisfeito através de uma ação específica. A insuficiência de libido psíquica acarretaria uma derivação imediata da tensão, no plano somático.

Para esse autor, o afeto estaria mais ao nível da elaboração, enquanto a angústia seria a desorganização do afeto, ou melhor, o afeto mais elementar, mais primordial, o mais próximo de uma excitação, que se descarregaria de maneira não específica. A angústia seria um afeto menos elaborado, impossível de se reverter e, mesmo na presença do objeto de amor, só se fixaria secundariamente, buscaria um objeto, sem contudo obter satisfação. A angústia nunca será inteiramente transformável em libido; em sua especificidade de afeto

particular, ela não é psiquicamente compreensível.

Conforme o autor acima, a angústia seria quase um afeto "não-psíquico", por se tratar simplesmente de um movimento energético, um *quantum* de afeto, com um aspecto econômico predominante. Na primeira teoria da angústia (1895), Freud referia-se a uma energia sexual não elaborada, que se descarregaria de maneira anárquica. Trata-se, como vimos, de uma teoria puramente econômica da angústia, elaborada na mesma ocasião dos estudos sobre as neuroses atuais. Já em "Inibição, Sintoma e Angústia" (FREUD, 1925[1926]) esta surge como preparação para o perigo, adquirindo, portanto, um cunho simbólico. Mas, apesar disso, a angústia permanece vinculada ao real, à ausência de representação, ao caráter puramente econômico.

Para LAPLANCHE (op. cit.,) o sistema consciente encontra-se exposto ao princípio do prazer-desprazer. Ocorre então uma reação contra as excitações internas, suscetíveis de produzir um aumento excessivo de desprazer. Daí porque o Ego as trata como provenientes do exterior e não do interior, podendo assim usar contra elas um meio de defesa chamado pára-excitações. Esse mecanismo é conhecido como projeção e vemos aí a razão de sua importância na determinação de processos patológicos.

O mecanismo de projeção é muito usado pelo paciente operatório. Nesse tipo de paciente há uma "projeção global do

sujeito", conforme MARTY (1963, p. 349), que nos leva a compreender porque esses sujeitos, na relação objetal, ignorem que o outro tenha afetos.

Vemos então que os afetos do Id, caso não possam ser elaborados, são projetados para o exterior. Essa compreensão é importante para analisar o destino e a origem do afeto, no paciente operatório. Freud já havia mencionado que, na neurose atual, o afeto é projetado. Em Green, como já vimos, a pertinência dos afetos do Id, enquanto desvinculados das representações, existem apenas a nível econômico, desorganizadamente apoiados no corpo, onde o resultado não é um sintoma, mas um ato. Essa forma de relação com o objeto, envolvendo o próprio corpo em lugar do objeto, se assemelha à relação objetal estabelecida pelo paciente operatório, onde a doença é um ato-sintoma sobre o corpo.

MCDUGALL (1991b), descreve que ao nível da expressão verbal, haveria uma defasagem, entre o afeto enquanto representante psíquico e o afeto como representação de idéia. Podemos qualificar, representar o que sentimos, a natureza de nosso estado afetivo, podemos ser dominados por um afeto sem saber dizer qual a sua qualificação, e podemos ainda estar muito emocionados sem que prestemos atenção a isso, descarregando qualquer vestígio do afeto em expressões somáticas. O afeto, pode também ser mantido "fora da consciência", sendo este mecanismo diferente do que afasta a representação da idéia da consciência. Na opinião de MCDUGALL

(id.), Freud teria afirmado que a representação seria recalçada, e o afeto, suprimido.

McDOUGALL (ib.), tece a hipótese de que em certas situações o afeto seria "estrangulado", faltando qualquer compromisso e, portanto, compensação para sua perda. O afeto correria então o risco de ser cindido em sua estrutura, não recorrendo a nenhum sintoma via o pólo psíquico, mas suscitando eclosões de afecções psicossomáticas. Esse ponto será mais amplamente discutido, no capítulo seguinte.

McDOUGALL (ib.) ressalta que o afeto não pode ser concebido como um acontecimento puramente mental ou puramente físico. Para a autora, ele é essencialmente psicossomático. A manifestação afetiva irá sempre articular corpo e psique. Caso haja a atitude de ejetar, por exemplo, a parte psíquica de uma emoção, a parte fisiológica irá exprimir-se como na primeira infância, ressomatizando o afeto. É o que ocorre com o paciente operatório: a ação que lhe resta é não-verbal. Para a autora, as palavras são o canal mais eficaz para conter a energia vinculada às pulsões e aos fantasmas e, quando elas deixam de preencher essa função, o psiquismo emite sinais de sofrimento pré-simbólico. Na constituição do sujeito, durante o desenvolvimento infantil, cabe à mãe nomear psiquicamente, para o bebê, os estados afetivos somáticos deste. Posteriormente, haverá um movimento constante de nomeação afetiva e, caso tenha ocorrido alguma falha nesse processo, a carência simbólica constituirá um entrave na relação do sujeito com o mundo.

Existe uma defasagem que deve ser continuamente suturada, referida psiquicamente e, por isso, McDOUGALL (ib.) condena os discursos encontrados em algumas famílias e culturas, em que se preconiza um ideal de inafetividade e se condena qualquer experiência imaginativa.

Vimos, assim, algumas considerações importantes sobre o afeto. Este é um processo de descarga e de contenção da excitação pulsional, é concebido tanto no plano somático quanto no psíquico e independe de representações que o sustentem. Seu protótipo é quantitativo embora seja também qualitativamente colorido. Depois de Freud, houve uma extensão do conceito de afeto, que deve ser levada em consideração para a compreensão do que se passa com o paciente operatório.

CAPÍTULO III

O AFETO NO PACIENTE PSICOSSOMÁTICO OPERATÓRIO

Conforme MARTY (1968a), a economia libidinal, no paciente psicossomático operatório, consiste no fato de haver uma baixa do nível do tônus libidinal, tanto objetal quanto narcísico. Não existe qualquer compensação, interior ou exterior, de ordem econômica. Há um desaparecimento quase total da libido, como pura manifestação da pulsão de morte. A esse estado, que ocorre nos processos psicossomáticos de desorganização progressiva, o autor denomina depressão essencial. Vejamos agora a diferença, em termos econômicos, entre desorganização progressiva — por nós privilegiada neste estudo — e um outro processo psicossomático, denominado por MARTY (1967) de regressão psicossomática. Nesta, diferentemente da desorganização progressiva alguns pacientes permanecem numa organização primária e pré-genital da personalidade, a qual é motivada por uma energia pulsional poderosa.

Na regressão psicossomática, as organizações libidinais servem de pontos de fixação. Trata-se, nesses casos, do desaparecimento de um sistema frágil em favor de um mais sólido, porém mais retrógado. Sem dúvida, o momento mesmo do desaparecimento da organização superior é o testemunho de uma falência libidinal. Mas esse momento é transitório, à medida em que a organização reaparece de uma outra forma. A regressão

psicossomática é realizada pela libido, em contrapartida à desorganização progressiva, que ocorre pela atuação da pulsão de morte. Esta é a privação da atividade libidinal.

A desorganização progressiva, que acomete o paciente operatório, se instala concomitantemente a um movimento depressivo, não comportando compensação libidinal. No adulto, essa desorganização surge após um trauma narcísico, cujo efeito consiste em inibir os sistemas libidinais. Esse processo é chamado por MARTY (id., p. 1120), de "adaptação ou defesa do Eu". Parece que os sujeitos dotados de sistemas libidinais sólidos, verdadeiramente organizados, estão menos sujeitos a desenvolverem a desorganização progressiva.

Neste tipo de desorganização, não há um retorno em direção a uma fixação anterior, a sólidas paredes de fixação que, num dado momento, freiem o desmoronamento. Isso ocorreria numa retomada libidinal, na interposição de uma sistemática, arcaica sem dúvida, mas que seria eficaz. Trata-se, ao contrário, de uma regressão sem limites, e que escapa, dessa forma, à concepção freudiana das regressões.

As retomadas libidinais, e a prevalência da libido se reencontram em períodos distantes. Conforme o autor, têm-se a impressão de uma revolta sem armas e sem organização. A libido parece ausente. O contato com pacientes desse tipo é difícil, e buscamos desesperadamente reencontrar algum traço libidinal que permita a comunicação. Conforme Marty, é preciso buscar,

explorar. Não há paredes de fixação. Trabalhamos sobre uma "máquina lenta, em marcha retardada" (MARTY, *ib.*, p. 1121).

MARTY (*ib.*) marca, portanto uma distinção entre um sistema de regressão - fixação e outro, de desorganização progressiva. Os traumas precoces não determinam zonas de fixação, de organizações defensivas, mas sim a qualidade inicial da libido. A libido organiza então as defesas primárias, psicossomáticas ou psíquicas, ao longo do tempo, nas situações traumáticas. Não é o trauma nem a precocidade que marcam a importância da fixação. A contrário, a fixação é, ela mesma, o testemunho da qualidade libidinal concernente ao indivíduo. É à libido que se deve a fixação do trauma.

Por isso, MARTY (*ib.*) afirma que a desorganização progressiva aparece eletivamente, em indivíduos cuja organização geral é mal estruturada, não por causa da ausência de traumas clássicos, mas em razão da insuficiência libidinal, que não organizou, cedo ou tarde, a instalação de sistemas sólidos de defesa. O conjunto de paredes defensivas do sujeito constitui sua estruturação e é testemunho de seu vigor libidinal. O problema do paciente psicossomático operatório é, portanto, de "economia libidinal, de seu vigor e de seus avatares (MARTY, *ib.*, p. 1122).

Sobre esses pacientes podemos dizer, conforme Marty, que os investimentos libidinais raramente têm a solidez de organizações defensivas do tipo de fixações. Mais

freqüentemente, são frágeis e se agravam diante das feridas narcísicas. Estas constituem, portanto, uma dimensão secundária contra a desorganização progressiva.

Conforme o autor a "desorganização progressiva" dependerá também da qualidade de certos traumas narcísicos em relação à personalidade do sujeito e pode ocorrer em qualquer idade. Ao contrário de uma organização, ela é um despedaçamento. Ao invés de uma construção, de uma hierarquização, ela é uma desconstrução: é anárquica. Assim, a desorganização progressiva parece descartar sucessivamente grupos funcionais (do maior ao menor), numa continuidade regressiva, sem limite. Os investimentos mais evoluídos, a organização mental, são talvez os primeiros sistemas atingidos. A desorganização, ao nível mental, se exprime numa sintomatologia essencialmente negativa, a saber, a depressão essencial. Seu estado crônico constitui a vida operatória, que revela um frágil e provisório equilíbrio, pronto a se desmanchar diante da menor ameaça narcísica.

As vezes, a vida operatória é instalada precocemente, sem que encontremos um trauma precoce que a justifique. Para MARTY (ib.), trataria-se-ia uma falência inicial da libido. Seja como for, a desorganização progressiva consiste em uma desestruturação geral e continuada, na qual o despedaçamento das funções mentais é permanente. Trata-se de um apagar dos mecanismos de identificação, introjeção, projeção, deslocamento, condensação e associação de idéias.

Contudo, segundo o autor observa-se uma sensibilidade aos traumatismos, nesses pacientes em plena desorganização. Trata-se de traumas que tocam um certo fundo narcísico do paciente, traumas constituídos pela sensação das atividades libidinais dos outros, ou apenas por defesas libidinais dos outros, os quais sublinham a constatação duplicativa habitual feita por esses sujeitos. Mas esses traumas acabam por acelerar o movimento de desorganização. Nesses sujeitos, os traumas não podem ser elaborados.

Conforme FAIN (1967), nesses pacientes ocorre uma regressão do Eu sem ressexualização, sem transformação da libido narcísica em libido erótica, e sim com o aparecimento de uma energia autodestrutiva, que seria circunscrita. Essa energia, essa excitação, não é seguida de uma compensação auto-erótica que leve o organismo a um esforço de integração. Na personalidade psicossomática operatória, ocorre uma ruptura entre os sistemas de auto-regulação dos narcisismos primário e secundário, havendo uma dificuldade na passagem de um para outro e uma falência das compensações auto-eróticas. É, então, nesse equilíbrio econômico precário, que se constrói tal personalidade.

FAIN (id.) não aponta esse fenômeno como regressão, pois não há paredes de fixação a serem retornadas. Constitui-se uma personalidade que não pode sustentar seus investimentos secundários por um retorno "rítmico" suficiente a identificação primária, levando assim as identificações secundárias ao único

modo de fusão possível entre uma energia originalmente desintegradora e um investimento libidinal reparador tardio, vulnerável ao menor acidente.

Conforme esse autor:

Mon hypothèse est qu'un investissement libidinal tardif conserve cette valeur d'excitation apaisante aboutissant à la neutralisation du facteur léthal sous-jacent... Il est donc, dans de tels cas, difficile de parler de régression et de fixation. Il s'agit du maintien à l'état neutre d'un facteur léthal par des procédés qui ne sont pas d'origine purement libidinale ... els ont pour fonction de maintenir une certaine excitation ayant pour but de neutraliser un facteur léthal, de la même façon qu'un bercement mécanique exécuté sans amour peut calmer le petit insomniaque (FAIN, 1967, p. 1132).

KREISLER (1992), a partir do estudo da psicossomática do recém-nascido, propõe a hipótese de um "núcleo psicossomático originário", susceptível de se organizar precocemente e de influenciar o desenvolvimento a médio ou longo prazos. Este núcleo designa as características inscritas no organismo e no psiquismo, sob a influência interativa das primeiras relações, levando em conta as predisposições biológicas e psicológicas próprias da criança. Nesse estudo, o autor procura demonstrar, a nível econômico, as origens da depressão essencial descrita por MARTY (1968a).

Com base em observações colhidas durante o estudo de

pacientes psicossomáticos o autor afirma que as formações psicossomáticas precoces não estão necessariamente destinadas a acometer o indivíduo posteriormente; daí a importância de medidas preventivas e terapêuticas. Pode ocorrer também uma patologia posterior, sem relação com o problema original, demonstrando a plasticidade do psiquismo da criança. São poucas as estruturas precoces com correspondência na idade adulta. Existem também patologias posteriores, nos quais pode-se discernir uma continuidade de linhas evolutivas, que ocorreram somente na infância. É o caso das asma crônicas, que desaparecem na puberdade, sob a influência de remanejamentos estruturais dessa faixa etária. Observam-se também casos de continuidade de uma patologia somática desde primeira infância até a idade adulta — como a asma e a obesidade — que aparecem junto à doença psíquica, com características de continuidade psicológica, sob um domínio ao mesmo tempo somático e estrutural. Por último, há aqueles casos em que há uma inscrição precoce na personalidade, falhas originárias primárias podem ficar mudas meses e anos, até a adolescência e idade adulta, como testemunhos de experiências que não cessam de se estender e que irão eclodir posteriormente, em conexão com aqueles acontecimentos da primeira infância.

KREISLER (op. cit.) define linhas evolutivas a partir de falhas precoces da organização psicossomática. Essas linhas podem ser designadas como vetores, portadores de qualidades específicas, ao mesmo tempo somáticas, psicológicas, reativas e interativas, cujo princípio foi descrito por Fain.

KREISLER (id.) destaca, dentre as principais linhas psicossomáticas a linha depressiva. Ele atribui às deficiências eletivas da organização psicoafetiva uma vulnerabilidade que predispõe o sujeito a esse mecanismo mental maior da somatização, que é a depressão essencial. A gravidade das doenças somáticas se estabelece em função da insuficiência das resistências afetivas, e nessa insuficiência intervêm, no mais alto grau, os traumatismos da pequena infância, como obstáculo à construção mental. Esses traumatismos estão relacionados às interações mãe-filho nos dois primeiros anos de vida, sobretudo, deixando vazios na construção do aparelho psíquico e sensibilizando-o em vários acontecimentos da infância, da adolescência e idade adulta. Assim, esses acontecimentos assumirão facilmente um valor traumático.

A depressão do recém nascido é determinada por uma ruptura do vínculo materno em pleno período construtivo da relação de objeto, entre o 6^o e o 18^o meses, cujo componente mental essencial é uma paralisação que priva o bebê de suas aptidões relacionais e vitais.

Segundo KREISLER (ib.) é sem dúvida na clínica psicossomática que se reencontra com mais frequência, a depressão da primeira idade. A partir da expressão somática das patologias tem-se podido precisar a semiologia e as conclusões adequadas. No recém nascido, como em qualquer pessoa ao longo da vida, a depressão aparece como um processo maior da desorganização psicossomática. As formas de somatização são

variáveis e podem atingir qualquer órgão. As depressões geradoras da somatização têm intensidade variada, desde a grande sideração progressiva até formas camufladas, compreendendo passagens depressivas que prejudicam a evolução da criança, com risco de doença. Muitas depressões resultam do contato com uma mãe psiquicamente presente mas afetivamente ausente. É freqüente também a depressão de bebês em ambiente de luto ou de descompensação depressiva da mãe.

Uma das conseqüências mais sugestivas da insuficiência crônica de vínculo é o "comportamento vazio" (KREISLER, *ib.*, p. 173) forma estrutural de alto risco psicossomático na criança pequena. Conforme Kreisler ele se identifica pelo vazio afetivo, pela indiferenciação dos comportamentos de vínculo que encobre uma indiferenciação objetal. O passado é privado de atividades auto-eróticas, orais, transicionais e de angústia de estranhos. Isso representa, de qualquer maneira, um funcionamento depressivo do recém nascido.

Para o autor a depressão não se limita ao fenômeno primordial, que é a perda do objeto. Um dos efeitos característicos da depressão é uma baixa do nível de atividade pulsional, com inibição das funções do Eu. Encontra-se aqui, sob a luz de um esclarecimento psicanalítico, o importante problema decorrente do empobrecimento geral das atividades durante as depressões. O núcleo da depressão não é a construção mental complexa observada no adulto, mas a resposta elementar, da qual a depressão anaclítica se constituiria no protótipo.

KREILSER (ib.) observa que o recém-nascido entra em depressão depois de uma fase premonitória de angústia, assim como o adulto penetra na depressão essencial através de um período de angústias difusas. Estas reproduzem um estado arcaico de transbordamento. Nenhum trabalho mental pode ser feito. O objeto fóbico não é nem representado nem representável.

A qualidade de "essencial" atribuída, por MARTY (op. cit., 1968a) a esse tipo de depressão, veio especificar a redução do tino depressivo à sua essência mesmo, que é o esgotamento do tonus libidinal e dos instintos de vida. A depressão essencial do adulto, como a paralisação depressiva da criança e do recém nascido, aparecem privadas de toda forma de elaboração mental.

Conforme KREISLER (op. cit.) nos dois casos, a perda objetal tem como primeira conseqüência a angústia. Essa angústia é indicadora da luta das pulsões de vida e de morte. A permanência da hemorragia libidinal esgota as capacidades defensivas. A entrada na depressão essencial assinala a prevalência das pulsões de destruição.

Assim, a depressão do recém-nascido é não somente o modelo de toda depressão, como costuma-se admitir, mas também a forma inicial da depressão essencial. A depressão retira, uma a uma, as aptidões do recém nascido e sua possibilidade de comunicação, entrava a construção objetal, atingindo a gênese

da função representativa. No bebê, como em qualquer idade, a depressão essencial é um mecanismo mental de alto risco de somatização. Através da observação de bebês bem pequenos, cujas mães estavam deprimidas, reconheceu-se que eles traziam os elementos depressivos desta relação. Era uma resposta depressiva primária e também uma forma prévia da depressão essencial.

Para o autor os componentes depressivos da síndrome do comportamento vazio da criança pequena, assim como as inorganizações estruturais precoces — decorrentes da carência crônica de vínculo, pelo abandono, maltrato ou incoerência na relação materna — conduzem à patologia psicossomática.

KREISLER (id.) supõe haver falhas originárias, susceptíveis de inscrever uma linha depressiva que atravessa o desenvolvimento, e que aparece na ocasião de incidentes traumáticos. A essa linha Kreisler denomina de linha depressiva essencial.

Essa economia psíquica irá repercutir na manifestação afetiva do sujeito. Conforme GREEN (1982), nos pacientes psicossomáticos operatórios o afeto é vivido precariamente. O elemento representativo inconsciente pode vir a ser restabelecido nas funções do sonho, da fantasia, mas o afeto apresenta dificuldades para ser mobilizado. É hipotetizado a partir das somatizações, mas não é vivenciado; portanto, o afeto não chega à consciência; só é expressado através da

crise somática que nesses pacientes, é um verdadeiro *acting out*. O objetivo é a expulsão do afeto para fora da realidade psíquica. GREEN (id.) compara o paciente psicossomático ao doente psicopata, no sentido em que o primeiro trata o corpo como o último trata a realidade social. O *acting out* teria o objetivo de sobrepor a realidade psíquica, pela descarga da tensão. Esse doente parece só obedecer ao princípio do prazer; o princípio de realidade, provavelmente não está incluído no seu funcionamento psíquico. Nas estruturas psicopáticas, o objetivo é não deixar que os afetos se encadeiem, e sim que se esgotem de uma só vez pelo ato. O paciente psicossomático, ainda na concepção de Green, seria um psicopata do corpo. Essas duas estruturas representam estados de degradação energética, cuja descarga econômica é prejudicial ao corpo e à posição social do indivíduo. O ego está mais do que nunca em perigo, sofrendo usurpações, mutilações, ou um empobrecimento essencial; a vida afetiva está comprometida. O que caracteriza esses dois estados é, enfim, a ausência de sintomatologia psíquica, isto é, sua "normalidade".

MCDUGALL (1991b), seguindo a conceituação de Freud sobre o afeto, no que diz respeito aos três destinos possíveis apontados pelo autor, ou seja, a conversão histérica, a neurose obsessiva e a neurose atual, sugere uma quarta possibilidade para essa metapsicologia do afeto. Nos estados psicossomáticos operatórios, onde a forclusão psíquica de determinadas representações mentais origina a doença, não se encontra qualquer compromisso, e, portanto, não há compensação para a

perda da representação. Assim, o afeto permanece sufocado, sem a possibilidade de engendrar sintomas neuróticos ou percepções delirantes — o psiquismo está em estado de "privação".

Conforme a autora, o material inconsciente não pode ser destruído, o que não implica que este material, vivo e intacto, seja aceitável ou reconhecido pelos indivíduos, como possível. Poucos adultos têm consciência de seus desejos infantis, já que estes estão impregnados de pré-genitalidade e anseios incestuosos, com objetivos homossexuais e heterossexuais. Tampouco têm consciência de sua hostilidade ou de seu narcisismo megalomaniaco. Trata-se de pulsões primitivas, com um poder de investimento bastante extenso, que buscam e encontram expressão adequada em nossas relações objetais, ficando o conflituoso, o proibido e o impossível fora da consciência, recalçado. Quando esses anseios conflituosos não podem achar compromisso ou vias de expressão para serem compensados, ou quando suas vias de investimento estão obstruídas, reaparecem a angústia narcísica e os desejos proibidos, com o respectivo afeto suprimido. Esse ressurgimento da angústia pode dar lugar a sintomas neuróticos e psicóticos, confirmando assim que o psiquismo, no que diz respeito ao inconsciente, não pode ser apagado. Os sintomas neuróticos e psicóticos representam, portanto, um compromisso e possível compensação para aquilo que insistia em se fazer representar conscientemente.

Para McDOUGALL (id.,) há casos onde sob o impacto de

traumatismos físicos ou psíquicos, ou de acontecimentos traumaticamente vividos, certas experiências psíquicas não só são retiradas da consciência, mas também da cadeia de representações, ficando o afeto respectivo sem vias de expressão.

Quando não há possibilidade de uma representação, ejetada do consciente, ser recuperada de alguma forma, fala-se em privação psíquica. Para preencher o vazio criado, o sujeito terá de se utilizar de mensagens primitivas, sinais somato-psíquicos, como na primeira infância, quando não era possível empregar o pensamento verbal, enfrentando, desta forma, as tempestades afetivas e os estados de excitação ou de dor, impossíveis de elaborar. Constata-se, então, que o psiquismo está privado de palavras, daquilo que Freud chamou de "representação de palavras". O que existe, então, são representações de coisas. As palavras, esvaziadas de seu conteúdo afetivo, perdem o valor simbólico e, semelhante ao que ocorre na psicose, são tratadas como coisas. Assim, o psiquismo só dispõe de palavras cindidas das representações de coisas, de acontecimentos sem valor afetivo, desprovidos de seu "indicador de verdade" (Bion apud McDOUGALL, 1991b). Chamamos a isto de registro psíquico primitivo: só há registro das representações de coisas.

Para definir esse estado de coisas, McDOUGALL (1992a), lança o conceito de histeria arcaica, em que o conflito é sobre o direito de existir. A angústia surge do temor de perda da

identidade subjetiva. Este estado compara-se ao descrito por FAIN (1992), sobre os bebês insones, no qual não havia como construir um mundo fantasmático interno. O inconsciente materno não deve estar dominado por temores e anseios que tornem a mãe incapaz de nomear os estados afetivos do bebê, para que este possa modificar seu sofrimento, tanto físico como psíquico. O bebê deve, nos momentos de sofrimento, poder manter a ilusão de que ele e a mãe são um só. Isso permitirá que, posteriormente, ele crie uma representação interna desse ambiente materno (identificação), sem a qual persistiria essa falta de imago protetora, por toda a vida.

Como vimos, McDOUGALL (op. cit., 1991b) lança um quarto destino para o afeto, com base na observação de Freud sobre o caso Schereber. Aqui, trata-se de uma forclusão que consiste na rejeição da representação e do afeto intolerável. A representação retorna então, por meio do delírio e da identificação projetiva. Mas, neste caso, o desfecho poderia ser outro. Para McDougall, há uma relação mais particular com o afeto, uma espécie de "estrangulamento", que não conseguiu expressão por meio de sintomas neuróticos, psicóticos ou caracteriais. Para a autora, são casos onde o afeto apresenta-se "congelado" em sua capacidade de se fazer representar. Corre-se o risco de ocorrer uma ruptura entre psiquismo e soma, que se acompanharia de outra ruptura, entre os processos primários e secundários. A função onírica está impedida de descarregar a tensão através da satisfação alucinatória. O psiquismo é então forçado a comunicar-se

através de sinais somato-psíquicos, infraverbais e arcaicos. As descargas seguem o caminho mais curto e mais primitivo; o psiquismo evacua suas tensões sem palavras.

Esse tipo de estruturação gera condutas "addicted". Em oposição à criação de objetos transicionais, o sujeito cria objetos transicionais patológicos, ou, conforme McDougall "objetos transitórios" (id., p. 110). A relação de objeto se dará de forma "addicted", na tentativa de redução do sofrimento mental. É uma tentativa mágica de preencher o vazio do mundo interior, onde não representação de uma instância materna tranquilizadora, restaurando, ainda que temporariamente, o ideal primitivo diádico. Essa relação de objeto é comumente encontrada nos pacientes psicossomáticos.

Nesse paciente, o que transparece, à primeira vista, é sua personalidade pragmática, sem emoções, como se ele fosse condicionado a recusar a importância de sua dependência em relação aos outros. McDOUGALL (ib) aponta esses fatores como um método de defesa onde há um grave distúrbio da economia afetiva, por ela denominado "desafetação". Este termo indica "separado" de suas emoções, assim como o termo "alexitimia", proposto por Sifneos, designa falta de emoção na palavra.

Conforme McDOUGALL (ib), nos pacientes psicossomáticos as palavras perdem sua função de ligação pulsional, existindo apenas como estruturas congeladas, sem significação. O discurso pode ser altamente intelectualizado, mas é totalmente

desprovido de afetos. A angústia, e tãda a gama de afetos, não lhe servem mais como sinais que permitiriam a comunicaçãoo consigo mesmo.

Em detrimento de termos como "alexitimia" e "pensamento operatório", McDougall prefere utilizar "desafetação", indicando que esses sujeitos vivenciaram precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade, e, para sobreviver psiquicamente, lançaram mão desse tipo de defesa.

Ainda segundo a autora, tais pacientes eram incapazes de recalcar idéias ligadas à dor emocional ou de construir idéias delirantes, ejetando então brutalmente, do campo do consciente, qualquer representação carregada de afetos. Essas pessoas não apresentavam incapacidade de vivenciar ou de exprimir uma emoção, mas, e isso é importante, eram incapazes de conter o excesso da experiência afetiva, sem poder refletir sobre essa experiência.

MacDOUGALL (ib.) afirma também que uma estrutura tão hermeticamente fechada em si mesma deve estar a serviço de uma função de defesa. Há uma brecha entre as emoções, as representações mentais e uma atividade que não leva em consideração sentimentos, acontecimentos carregados de afetos nem a realidade psíquica de outros indivíduos. Não há como separar um afeto do outro, ou seja, distinguir as qualidades afetivas.

Conforme essa autora, a economia afetiva é psicossomática, não havendo a hipótese de funcionamento do corpo separado do psiquismo. Portanto, a fisiologia a que ela se refere é psicossomática, assim como o psiquismo também é psicossomático. Qualquer alteração nesse organismo irá repercutir numa de suas instâncias:

O afeto não pode ser concebido como acontecimento puramente mental ou puramente físico. A emoção é essencialmente psicossomática. Assim, o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva à ressomatização do afeto (McDOUGALL, J., *ib.*, p.107).

O sinal do psiquismo, no caso do paciente psicossomático, reduz-se a uma comunicação não-verbal. Quanto a determinados acontecimentos traumáticos, nem mesmo as soluções *addicted* são capazes de amenizar as pressões psicológicas e a submersão afetiva. O sujeito não é capaz de reconhecer que está psiquicamente ameaçado; mais freqüentemente, queixa-se de se sentir vazio, incompreendido. Nesses pacientes não houve uma introjeção de uma representação interna de mãe protetora — com a qual pudesse se identificar em situações difíceis — nem do objeto paterno, o qual freqüentemente é colocado como impossível de ser amado.

Muitas vezes esses pacientes se referem a suas mães como pessoas emocionalmente muito frágeis, proibindo-lhes

qualquer demonstração emocional, como se essas mães tivessem dificuldade de lidar com suas próprias experiências afetivas.

Em determinados pacientes, reação psicossomática é a consequência de um fracasso de seu método de dispersão do afeto. O psiquismo, nesse estado, não dispõe de palavras para cercar e frear os fantasmas que o atormentam e aterrorizam.

McDOUGALL (ib.) assemelha o mecanismo de defesa dos psicóticos, a forclusão, aquele utilizado pelo paciente psicossomático, pois neste, tanto a idéia quanto o afeto são ejetados para fora do psiquismo. Essa capacidade de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos, fantasias, pode produzir, no adulto, uma regressão a respostas somáticas, ao invés de uma resposta psicótica. No lugar dos sonhos e das fantasias, encontramos sensações corporais, pseudopercepções transitórias ou reações somáticas, todas equivalentes do afeto.

Os mecanismos de defesa utilizados são os mais primitivos: a clivagem e a identificação projetiva. O indivíduo ejeta da sua consciência a idéia, assim como o afeto a ela vinculado, ou projeta-os sobre a representação de um outro sujeito sobre suas relações de objeto. Esses indivíduos despertam nos outros sentimentos que repudiaram em si mesmos.

Esse distúrbio afetivo pode ficar durante muito tempo camuflado por sintomas neuróticos ou por comportamentos *addicted*. Num dado momento, defrontamos-nos com um quadro de insatisfação absoluta e de sentimento de fracasso, por parte

desses pacientes, e reconhecemos que eles dispõem de muito pouca tolerância afetiva, o que os leva a descarregar a vivência emocional na ação.

Segundo McDOUGALL (1991a) o que está em jogo é a economia psíquica; são distúrbios pré-neuróticos, com um potencial de transbordamento de angústia narcísica e psicótica, nos quais o sentimento da identidade subjetiva é passível de ser abalado. Nesses pacientes, vemos atuar um mecanismo de defesa do psiquismo que visa expulsar tanto a representação quanto o afeto — trata-se, como já dissemos, da forclusão. Esse mecanismo constitui uma forma primitiva de defesa contra a dor mental, implica uma clivagem e uma projeção do psiquismo, em consequência de traumatismos ocorridos no início da infância. Esses pacientes não apresentam como os neuróticos, sonhos, fantasias ou associações livres, pois não há simbolização. Para a autora, é difícil observar um fenômeno que se caracteriza pela falta, que não se faz ouvir através dos sintomas, dos sonhos e dos devaneios.

No paciente psicossomático, há a incapacidade de nomear os afetos, de pensar em acontecimentos capazes de suscitá-los. Há um temor de transbordamento afetivo; no mundo interno não há a introjeção de um objeto capaz de conter os estados afetivos do sujeito. Esses pacientes, durante o desenvolvimento infantil, viveram a impossibilidade ou a proibição fantasiada de se individualizar, de deixar o corpo-mãe, criando dessa maneira um corpo combinado no lugar do

corpo próprio. O corpo passa a possuir, portanto, um funcionamento "autista" (McDOUGALL, op. cit., 1991b, p. 157).

As eclosões psicossomáticas são uma forma muda de comunicar pensamentos e sentimentos que não puderam ser elaborados psiquicamente, uma expressão de temores libidinais arcaicos e de desejos fusionais, acompanhados de uma fúria narcísica e de um pavor primitivo totalmente inconscientes. O corpo doente, sofredor, acaba por representar o papel de um objeto transicional. McDougall, afirma que "Um corpo sofredor é um corpo vivo" (id., p. 171), e assim um corpo é capaz de fazer ressurgir a memória apaziguadora de um outro corpo. Isso se compara às crianças autistas que se bate nas grades do berço buscando a confirmação de que seu corpo tem limites, e ao mesmo tempo, evitam a vivência de emoções extremamente dolorosas. O que deveria provir de fontes psíquicas internas é procurado no próprio corpo doente.

O psiquismo desses pacientes está construído de forma que os significantes pré-verbais não se associam aos significantes propriamente ditos. McDOUGALL (op. cit., 1991a) remete-se ao conceito freudiano de recalçamento primário (originário), no que diz respeito aos fatores quantitativos, sua força de excitação demasiadamente grande com o arrombamento do "para-excitações". Ocorre um curto-circuito nas representações de palavras, dispondo então o psiquismo somente de representações de coisas, destrutivas para o equilíbrio psicossomático. Estas representações não estão contidas pelas

palavras que as significariam; assim, forças poderosas e incontroláveis surgem, diante de qualquer ameaça de perigo. Os afetos, sabemos, podem facilmente deformar as camadas pré-conscientes do funcionamento mental, e, isso ocorrendo, o psiquismo não envia qualquer sinal de angústia, transmitindo apenas um sinal somato-psíquico primitivo, que eclode em somatização.

Em decorrência de tal estruturação, esses sujeitos tornam-se incapazes de descrever seus estados afetivos e também de distinguir um afeto de outro. Paralelo a isso, ocorre também que esse obstáculo à captação afetiva os impedirá de compreender os estados afetivos e os desejos dos outros. Haverá também, nesses indivíduos, uma dificuldade para avaliar o papel que seus objetos de amor desempenham em seu mundo interno. É a típica relação "operatória". A recusa à afetividade abrange tanto os afetos dolorosos, como os afetos de satisfação.

McDOUGALL (op. cit., 1992a) observa que tais pacientes parecem ser maus "pais" para eles próprios, são pouco capazes de se protegerem contra os perigos da existência. Os pais reais são apresentados como desconectados da realidade psíquica da criança, interessados em suas dores físicas mas indiferentes à dor mental. Talvez por isso, é vetado à criança experimentar estados emocionais e falar sobre eles, pois sabemos ser o discurso familiar que irá proscrever ou permitir à criança determinados procedimentos.

Conforme a autora a criança no início de seu desenvolvimento é também alexitímica, isto é, incapaz de representar psiquicamente seus estados afetivos. Portanto, a parte alexitímica de sua personalidade adulta é uma dimensão infantil de sua realidade psíquica. Isso ocorre devido a um poderoso processo que compromete as percepções do indivíduo, de maneira que a representação de palavras, como vimos, é completamente cindida da representação de coisas.

Por sua vez, o inconsciente materno determina, em grande parte, toda a natureza das exigências narcísicas e libidinais que a mãe dirigirá a seu filho. Assim, conforme a sua realidade psíquica e suas circunstâncias da vida, cada mãe terá uma forma específica de lidar com a criança, em relação ao seu corpo, às funções vitais e à vitalidade afetiva. Se uma mãe teme espontaneidade ou os ímpetos do seu bebê, este compreenderá que essas manifestações não são aceitas pela mãe. Caso a falta de investimento libidinal no self somático, criada pelo ambiente familiar, chegue a níveis importantes, essa criança construirá um psiquismo no qual tanto a dor física quanto a psíquica se encontrarão forcluídas da consciência. A vitalidade afetiva ficará paralisada e toda percepção capaz de evocar reações afetivas correrá o risco de também ser eliminada do psiquismo.

Conforme vimos, essa organização psíquica recebe o nome de psicossomatose, e está em correlação com o que MARTY (1963) denominou de personalidade operatória. O que ocorre

nesse estado de coisas é que os afetos e sentimentos passam a não mais existir. Não é uma recusa, como na psicose, nem um recalque, como na neurose; trata-se da destruição das percepções afetivas e de suas significações.

Os pacientes psicossomáticos fazem um esforço contínuo para cortar as ligações entre si e seus próprios afetos, atacando ímpetos pulsionais e idéias carregadas de sentimentos. Essa propriedade de lançar para fora do psiquismo o afeto e a representação explica o fato desses pacientes revelarem uma franca pobreza de devaneios e de vida onírica. No neurótico, o material recalçado serve à formação do sonho; no paciente psicossomático, não há elementos potenciais para essa construção. Esse fato, como vimos, foi abordado por MARTY (id.), quando do desenvolvimento do conceito de pensamento operatório.

Assim como para Marty, também para McDOUGALL (op. cit., 1991b), essa estruturação constitui, como as outras, uma defesa. Nesse caso específico, teme-se a possibilidade de ser invadido, possuído e destruído pelo outro — o indivíduo teme perder seus limites corporais e seu sentimento de identidade. A desafetação do paciente psicossomático aproxima-se da apatia esquizóide, mas ao contrário do psicótico que se distancia dos outros e das exigências da realidade, o primeiro realiza uma pseudo-adaptação, criando um "falso self".

Conforme a autora, nos pacientes psicossomáticos

operatórios, percebe-se a ocorrência de identificações projetivas nas quais eles utilizam seus próprios fantasmas e problemas para induzir nos outros reações afetivas. Esse tipo de defesa impede a vivência mental de setores inteiros do psiquismo, destruindo a possibilidade de sentir e significar o que foi vivenciado. Visa-se a manutenção de um estado de morte interior; a experiência emotiva, sentida como ameaçadora para a integridade do indivíduo, é definitivamente afastada. Esses pacientes tentam utilizar a identificação projetiva em máxima escala, fazendo dos outros o continente daquilo que eles não querem assumir neles mesmos.

McDOUGALL (id.) ressalta que o corpo utiliza-se do afeto para se constituir em objeto para o psiquismo, e seus efeitos se revelam na linguagem e no sintoma neurótico enquanto metáfora. Mas quando o sintoma não faz metáfora, refletindo um corpo mudo, percebe-se que a economia do afeto e a atividade da representação se encontram bloqueadas. A corrente afetiva, que seria o laço entre o soma e o psiquismo, não conclui seu trabalho habitual nesses casos, provocando as eclosões psicossomáticas.

FAIN (op. cit., 1992), como vimos, observou que o superinvestimento materno, ao contrário de proporcionar à criança a internalização do objeto materno e a conseqüente capacidade alucinatória necessária ao sonho e ao sono, provocava nela um aumento da excitação normal produzida pela vida de vigília. O

sono era um estado de exaustão, e não de reparação pela simbolização. Esse superinvestimento desenvolvia o que o autor denominou de "excitação negativa", pois continha uma "dupla mensagem contraditória". Assim, embora com propósito de acalmar o bebê, ela o superexcitava. Fain afirma que, a partir dessa relação inicial, o sujeito tende a repetir a conduta de superinvestimento ao longo da vida, sempre que se defronta com uma situação traumática.

Para esse autor, a "excitação negativa" é considerada uma manifestação da vida operatória e caracteriza a depressão essencial. A vida operatória está envolvida por "vapores negativantes" (id., p. 6).

A essa falha nas primeiras relações mãe-filho, FAIN (ib.) denominou neurose traumática precoce; o superinvestimento materno é traumatizante para a criança, que não é capaz de integrar o objeto percebido, ao seu Eu arcaico. Esse trauma precoce constitui, para o autor a, "gênese da vida operatória" (ib.). Aos efeitos de uma neurose traumática precoce, repetindo a excitação primeira, se opõe uma "excitação negativa", como uma forma de pára-excitação que se constitui em uma massa de excitações sem conteúdo. Sem potencial simbolizador, essa forma de para-excitação leva o sujeito a uma vida operatória.

Nesses pacientes, ocorre um "luto sem objeto" (ib., p. 14) e, assim, a negação não pode se constituir enquanto pára-excitação. Por conta disso, a neurose traumática precoce

produzirá a repetição de efeitos "calmantes" ou excitação negativa, que funcionarão como para-excitação.

O "comportamento calmante" (ib., p. 17) serve como proteção contra a percepção traumática; ele se constitui num superinvestimento. Mas, como vimos, esse superinvestimento gera uma superexcitação, aumentando a vulnerabilidade somática. Dessa forma, esse mecanismo de para-excitação não protege por muito tempo ou indivíduo. Conforme FAIN (ib.), a repetição de "efeitos calmantes" conduz à "vida operatória". Nessa estruturação, procede-se, a uma desorganização progressiva, com alto risco de somatização, não havendo regressão formal.

A partir desses estudos, podemos dizer que a solução *addicted* e o comportamento calmante (excitação negativa) são correlatos e determinam a característica do afeto no paciente operatório. Seria um "afeto" originário de uma "excitação negativa", e, como tal, funciona como para-excitação, sem nenhum conteúdo. Poderíamos chamá-lo de "afeto *addicted*" ou "calmante" ou, ainda, de "afeto negativo". Somente secundariamente esse afeto é projetado no outro, numa secundarização tardia, sem ligação libidinal objetual.

Podemos perceber, portanto, que o caráter do afeto experimentado pelos pacientes psicossomáticos obedece a essa energia de excitação desvinculada das representações. Seja a "depressão essencial", descrita por MARTY (op. cit., 1968a), onde não há objeto sequer, seja a "excitação negativa",

apontada por FAIN (op. cit., 1992), onde o outro é tomado como "vício", numa ausência de investimentos libidinais, seja ainda na solução *addicted*, descrita por McDOUGALL (op. cit., 1991a), na qual o outro é uma substância, o afeto poderia existir como um "afeto negativo", reparador de uma energia desintegradora e que serve para manter, num equilíbrio frágil, esse organismo.

Isso corrobora a posição de MARTY (1990), ao dizer que esses pacientes tendem a somatizar mediante qualquer frustração decorrente do processo analítico clássico. A relação de dependência é maciça, e, conforme McDOUGALL (op. cit. 1991b), também o é a transferência.

CAPÍTULO IV

A TRANSFERÊNCIA NO PACIENTE PSICOSSOMÁTICO
DE VIDA OPERATÓRIA

PARTE I: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Sabemos que Freud, a partir do método hipnótico utilizado por Breuer, procurava um instrumento que fosse capaz de tratar os sintomas que ele percebia serem de origem psíquica. Freud estudava os mecanismos mentais que ocorriam nas histerias, mas faltava-lhe um instrumento mais eficaz e mais estrutural que a hipnose. Esta tinha apenas efeito catártico, não havendo secundarização ou elaboração do material lembrado, o que fazia com que, pouco tempo depois, houvesse a reincidência do sintoma. Assim, continuando sua observação clínicas sobre pacientes histéricas, Freud surpreendeu-se com um fenômeno que ocorria em sua relação com essas pacientes. Em **Estudos sobre Histeria** (1893-1895), ele emprega, pela primeira vez, o termo transferência, embora atribuindo a esse fenômeno uma dimensão menor do que viria a ter posteriormente. A transferência surge, de início, como obstáculo ao tratamento, Freud observa, já então, que ela pode aparecer em qualquer processo analítico.

Por outro lado, FREUD (1893-1895) também observava que

favorável ao encaminhamento do tratamento, promovendo uma diminuição da força psíquica de resistência. Assim, no caso de uma relação onde houvesse confiança na figura do analista, as condições de análise estariam asseguradas. Finalmente, Freud admite que tais flutuações estão atreladas à própria situação da neurose, e que qualquer reivindicação à pessoa do analista é uma transferência.

Daí em diante, a transferência ocupará o principal papel na técnica analítica. Em *A Dinâmica da Transferência* (1912), Freud dirá que:

... as manifestações transferenciais ... prestam o inestimável serviço de atualizar e de manifestar as emoções externadas e esquecidas, pois em última instância, ninguém pode ser morto *in absentia e in effigie* (FREUD, 1912, p.143).

Assim, vemos a transferência como fundamental no tratamento analítico, sendo seu entendimento necessário nas diversas patologias.

Freud também aborda a transferência em *Além do princípio do prazer* (1920). Junto à neurose traumática e a os jogos infantis, a transferência testemunha o automatismo da repetição, o qual transcende o princípio de prazer-desprazer.

Em 1912, a transferência é abordada enquanto decorrente da atualização de protótipos infantis, e mais tarde Freud enfatiza também seu caráter compulsivo.

Conforme LAGACHE (1990), o exame da extensão do conceito de transferência aborda dois pontos: o conteúdo do que é transferido e os objetos para os quais se faz a transferência. Num sentido clássico, ocorre um deslocamento de afetos amistosos, hostis ou ambivalentes. Esta seria sua configuração, por Freud denominada neurose de transferência.

LAGACHE (id) afirma que a intenção afetiva que visa o psicanalista não pode ser dissociada de um ciclo completo de comportamento. As emoções, as metas de saciação ou de defesas — através das quais as tensões são diminuídas ou dissociadas — e as condutas durante a análise, demonstram que aquilo que é transferido é uma situação total, a totalidade do desenvolvimento do sujeito. Classicamente definida como deslocamento de afeto, nada impede que, uma vez estando esse afeto aparentemente ausente não nos dediquemos a procurá-lo pelos caminhos mais obscuros da conduta e das associações de idéias do paciente.

Sabemos que existem estados em que a transferência não se posiciona como Freud descreveu, ao tratar de neurose de transferência. Isto ocorre, quando o que é transferido não é da ordem de um "retorno do recalçado". Por exemplo, em pacientes psicóticos, a transferência se dá sem a mediação do recalque,

mas o analista será incluído na construção delirante do paciente.

Portanto em cada patologia existe uma especificidade na relação transferencial e, pela importância dada por Freud ao seu manejo, na clínica, chegamos ao objetivo do nosso estudo, que é o de situar a transferência em pacientes psicossomáticos de pensamento operatório, conforme descreveu MARTY (1963), que como já vimos, admite ter o estudo da psicossomática promovido um alargamento da teoria psicanalítica e de sua prática.

Com os conceitos de depressão essencial, desorganização progressiva e pensamento operatório explicados sob o ponto de vista tópico, dinâmico e econômico, Marty sustenta, com o necessário rigor teórico, a estruturação psíquica do paciente psicossomático. Vejamos, então, o que ocorre com a transferência, de acordo com seus conceitos.

Sabemos que a transferência pressupõe um investimento afetivo, sob a influência da compulsão à repetição, permanecendo o analista neutro às projeções do paciente. No caso da neurose, conforme MARTY (op. cit., 1963), ocorre na transferência uma projeção do Id (fobias), ao passo que, no caso do paciente psicossomático, ocorre uma projeção global do sujeito, sem diferenciação: "O objeto é considerado como inteiramente idêntico ao sujeito e dotado da mesma forma de pensar" (Marty, 1963, p. 349).

Este autor como mencionamos no primeiro capítulo, caracteriza a relação de objeto, que estes sujeitos estabelecem, como uma "relação branca", sem engajamento afetivo, onde o investigador representa apenas uma função, qualquer um a quem o paciente refere seus sintomas, e do qual nada espera. A investigação apenas permite, no momento da entrevista, que o analista relacione o aparecimento de alguns sintomas com circunstâncias da vida do paciente. O próprio sujeito nada associa. A atmosfera da consulta demonstra que o paciente mantém com o analista o mesmo tipo de relação, seguindo a materialidade dos fatos. Com o decorrer do diálogo, o paciente oferece um discurso vazio, em que não há um mecanismo de defesa neurótico que justifique esta distância. Se o analista não estiver preparado para esse tipo de paciente, corre o risco de responder da mesma forma identificatória, e uma psicoterapia se tornará insustentável.

Os pacientes operatórios demonstram também um certo conformismo, característico do aspecto superficial de sua identificação superegógica, a obediência às regras pré-estabelecidas, sem que haja uma integração do EU nesse aspecto. O Superego do paciente operatório não exerce a função de ideal de Ego pois, a atividade fantasmática e a via desejante estão comprometidas. O Superego é duplicativo, a lei está no outro não introjetado. Há uma aderência à atualidade, como uma salvação, sem beneficiar-se dos recursos da atividade fantasmática. No paciente psicossomático, as funções somáticas constituem a via econômica essencial e, a economia escapa ao

aparelho mental. O analista, que percebe os obstáculos à identificação, pode se sentir derrotado diante desse quadro clínico.

MARTY (1990) também aponta para as desordens somáticas decorrentes de desorganizações mentais surgidas durante a análise. Menciona que, nesses casos, os pacientes não eram indicados para análise. No caso de somatização após a análise, devido à ruptura da relação com o analista, Marty afirma que este deveria ter se dado conta de que a relação com ele, efetiva e afetiva, era necessária. O analista só deveria romper o vínculo quando uma outra relação afetiva e efetiva, de mesmo poder, tomasse o lugar da primeira.

Em relação à experiência analítica, MARTY (1969) descreve que, no início, a contra-transferência é positiva e o analista é levado a crer que o paciente possui organizações libidinais a nível conveniente, mas com o tempo, o profissional percebe a gravidade geral do quadro. Trata-se de sujeitos aparentemente normais, mas que, se examinados profundamente, percebe-se a falência libidinal que os abate. Nos estados de desorganização progressiva, caso desses pacientes, a relação analítica se reduz a uma relação operatória, não havendo ligação objetal.

MARTY (id.), citando Fain, refere que, em pacientes alérgicos, repete-se a relação de objeto da neurose traumática precoce, descrita por ele, cuja organização é da ordem da

pulsão de morte. FAIN (1992) conforme já vimos no capítulo anterior sobre a neurose traumática, destaca um tipo de excitação cujo efeito é "calmante", não por conduzir ao investimento do objeto, e sim por superinvestir, sem deixar lugar para a relação objetal. FAIN (id.) denomina de "excitação negativa" aquela que mais serve para hiperexcitar, acabando por esgotar a criança, numa relação materna cuja mãe é "calmante", e não aquela capaz de ser introjetada. FAIN (ib.) explica que, mais tarde, em decorrência de traumas posteriores, essa excitação negativa é despertada pela repetição do trauma; assim o sujeito, mediante dificuldades da vida adulta, responderá com o mesmo mecanismo, reexperimentará uma relação de objeto "calmante", construída sob a excitação negativa que ele produz.

Esta sistemática nos leva ao que referimos no capítulo anterior como "afeto negativo": uma vivência afetiva onde não há deslocamento pelas representações, mas uma excitação que projeta o afeto sobre os objetos não representados, onde a relação e o investimento afetivo são maciços, com efeito calmante. Poderia ser esta a ordem do afeto vigente no paciente psicossomático operatório, um "afeto negativo" ou um "afeto calmante", sem conteúdo, que investe o objeto que, na verdade, não é um "objeto" que é investido, mas o corpo real do outro.

Essa economia psíquica resulta num modo de relação operatória, concreta, onde a presença da emoção é efêmera e responde apenas a estímulos, desaparecendo à medida em que o paciente muda o assunto abordado, não vindo acompanhada da

elaboração fantasmática. Esses pacientes falam pouco, não são espontâneos, e fazem longos silêncios, exigindo que o analista empregue grande atividade ao atendê-los. Não ocorre neurose de transferência num quadro de dificuldade de aliança terapêutica. Como já vimos. São características desses pacientes atitudes *addicted*, ou, em lugar da angústia psíquica, sintomas somáticos, que surgem, no decorrer da análise. Vemos que esses pacientes, apesar de não construírem uma neurose de transferência, respondem a qualquer frustração decorrente do processo analítico, através de um fenômeno somático, demonstrando inegavelmente, mais uma vez, algum nível de relação transferencial.

Como sabemos, na desorganização progressiva, há uma falha no pré-consciente, não contendo estas representações de palavras que mantenham uma ligação com as representações de coisas do inconsciente. Esta falta de ligação é provocada pela falência libidinal que acomete o sujeito e pela precariedade na qualidade e quantidade das fixações que deveriam tecer o pré-consciente; portanto, a transferência não ocorrerá da mesma forma que se observa nos pacientes neuróticos.

No paciente operatório que revela uma "excitação negativa" na relação com o outro, como um superinvestimento, a relação de objeto obedecerá, então, ao que mencionamos, no capítulo anterior citando McDOUGALL (1991a), ou seja, uma relação de objeto *addicted* e, naturalmente, também a transferência.

No paciente operatório, a transferência ocorreria, na experiência analítica não em termos econômicos, por um deslocamento do afeto através das representações, mas, sim, por uma projeção de um afeto proveniente desta "excitação negativa", que superinvestiria o "objeto" não representável, assim como o corpo real da mãe foi o "guardião do sono" do recém-nascido.

Quanto ao afeto, sabemos que o fator qualidade é experimentado quando em ligação com a idéia. No momento em que não há objeto, prevalece o fator quantidade. Sendo o afeto, no paciente operatório, predominantemente quantitativo, ele adquire apenas um estatuto qualitativo exterior. São os outros que fornecem ao paciente a natureza de suas emoções, mas ele mesmo não faz essa ligação. FAIN (op. cit., 1992), como vimos, afirma que a vida do paciente operatório está povoada por "vapores negativantes".

Quanto à natureza do que é percebido, vimos, neste autor, que a percepção fica reduzida à sensação sensório-motora; "só o soma tem uma memória" (FAIN, id., p. 10) O restante das percepções fica associado à cena catastrófica (trauma). A realidade sucumbe ao percebido (trauma), não havendo possibilidade de negação.

No sujeito neurótico, a única percepção que conserva o estatuto de irrepresentável é a castração; assim, podemos dizer que no paciente operatório, dada a impossibilidade de

representações mentais que neguem (negação) a castração, o que é diretamente percebido é a realidade de castração. Assim, na transferência, percebemos também a intolerância afetiva a qualquer alteração no *setting* analítico.

Nas condutas *addicted* e no modo de relação de objeto em que o outro é "tomado como droga" (McDOUGALL, op. cit., 1991a) ou, conforme FAIN (op. cit., 1992), nas condutas de vício em relação ao objeto "calmante", vemos que a transferência, nesses pacientes, não percorre o caminho das representações. O "objeto", investido pelo sujeito, não está representado nem é representável; daí o afeto existente nessa transferência ser, como já vimos, um afeto "calmante", oriundo do que Fain denominou de "excitação negativa", o contraposto de uma introjeção objetal. A criança adota uma atitude calmante, a partir do superinvestimento materno. Ao se defrontar com as excitações somáticas, por não poder representá-las, a criança repete a "excitação negativa" experimentada na relação materna, numa tentativa de neutralização dessa energia pulsional. Como descreveu Fain, a excitação negativa consiste num superinvestimento, numa excitação que, acentuando a excitação adquirida pela frustração da vida de vigília, tende a esgotar a criança. Na vida adulta, qualquer fator traumático desperta esse mecanismo, repetindo a situação primitiva. Por isso, deduzimos que o afeto experimentado pelos pacientes operatórios corresponde a essa "excitação negativa", constituindo-se, assim, no que chamamos de "afeto negativo", ou seja, um afeto calmante, que toma o outro como "droga", num superinvestimento

maciço, sem mediação simbólica. Como vimos no capítulo anterior, considerando a concepção de GREEN (1982) sobre os afetos do Id, podemos supor que essa "excitação negativa" provém do Id, e que o afeto, no paciente psicossomático, é projetado do Id, sem mediação simbólica. A relação objetal é então constituída de tal forma que esse afeto não é experimentado, como na neurose, por deslocamento de um grupo de representações para outro e investido libidinalmente pelo EU, mas sim, como um superinvestimento, como uma experiência "calmante", mantendo em equilíbrio frágil o organismo. Conseqüentemente, a relação transferencial repete essa estruturação.

A dificuldade de simbolização repercute em dificuldades técnicas durante a análise. Uma análise clássica, sabemos, pressupõe que o analista, a situação analítica e as palavras constituam símbolos. TAYLOR (1990), citando os pacientes alexitímicos, ressalta que estes fornecem poucos derivados analisáveis, suscitando sentimentos contra — transferenciais de tédio, contrariedade, frustração e sono. Conforme Modell (apud, TAYLOR, 1990) o retraimento do analista é uma reação humana diante do estado de distanciamento do paciente.

A suspeita dos pacientes alexitímicos, TAYLOR (op. cit.) refere que estes sujeitos possuem núcleos alexitímicos nos quais o sofrimento emocional torna-se inoperante, devido à sua forclusão do psiquismo. Para esse autor, a maior parte dos analistas busca a marca do conflito psicológico em seus

pacientes psicossomáticos e negligencia essa deficiência psíquica, tratando somente os sintomas neuróticos desses pacientes. Quando isso ocorre, a análise se defronta com sérias dificuldades; paciente e terapeuta acabam evitando se confrontar com a psicopatologia mais primitiva, devido a angústias inconscientes. Para o autor, as sensações repetidas de contrariedade na contra-transferência deveriam conduzir a atenção do analista para o fato da alexitimia de seu paciente, e possibilitar que o analista focalizasse sua atenção sobre o núcleo alexitímico.

Conforme TAYLOR (id.) essa abordagem terapêutica difere de outras, que pressupõem uma significação simbólica para os sintomas somáticos. Nesse caso, haveria um bloqueio para a compreensão real do problema psíquico do paciente. A técnica clássica, agravaria seus próprios sintomas físicos.

TAYLOR (ib), reforçando a concepção de Marty sobre o paciente operatório, aponta que este, por não conseguir chegar à empatia, percebe o analista como um duplo seu. Não há nesses sujeitos a construção de uma neurose de transferência: o analista é mais uma condição do que um objeto, havendo por isso, um grande risco de *acting out* contra-transferencial. Esses pacientes recorrem a comportamentos *addicted* e são acometidos por sintomas somáticos, ao passo que o terapeuta espera que eles experimentem uma angústia psíquica.

O tratamento é muitas vezes interrompido precocemente

ou então as análises são longas apesar da evidente estagnação. A esse respeito, TAYLOR (ib) cita McDougall sobre os que ela chama de "anti-analisandos", sujeitos que se agarram de forma intensa à análise, apesar da transferência abortada. Como mencionamos no capítulo anterior, Modell (apud TAYLOR, 1990), também lança a hipótese de que tais pacientes são "toxicômanos" da situação analítica, utilizando-a como objeto transicional. Suas relações de objeto se assemelham, antes de tudo, aos fenômenos autistas.

Convém ressaltar aqui o que McDOUGALL (1991b, p. 168) chamou de "ligação osmótica" ou transferência em osmose. Em "Um corpo para dois" ela descreve a análise de uma paciente que ao invés da representação do próprio corpo, apresentava um corpo autista, sem representação psíquica, onde se manifestava o temor de perder a sensação de seus limites corporais. Conforme a autora, "havia apenas um corpo para nós duas" (id.) e a cada parada do trabalho analítico eclodiam erupções cutâneas dolorosas na paciente, como se a ruptura da relação lhe dilacerasse a pele. Assim, vemos que ocorre nesses pacientes uma transferência maciça, sem mediação simbólica.

McDOUGALL (op. cit., 1991a), ressalta que o processo psicanalítico, nos pacientes que descreveu como portadores de uma "relação calmante" materna, terá uma dimensão específica em relação à transferência. Trata-se de uma transferência "fundamental", de uma vivência arcaica e fusional. Não há duas pessoas na seção, mas uma só. O analista é uma extensão

narcísica do analisando. Toda ameaça de separação será forcluída.

A relação analítica com esses pacientes desperta no analista reações contra-transferenciais específicas. Esses pacientes criaram estruturas defensivas inabaláveis. A auto-conservação psíquica equivale à criação de um baluarte contra o perigo de morte. A experiência analítica revela-se, a princípio, inapta a afastar o sujeito da beira do abismo. Vemos, muitas vezes, o paciente abandonar a análise, conservando a impressão de morte interna e a convicção de que não é capaz de compreender as pessoas e a vida.

No início de seu trabalho clínico com pacientes psicossomáticos o interesse de McDOUGALL (1992b), se dirigiu ao que parecia escapar ao processo analítico: conflitos, situações angustiantes, fantasmas sádicos e eróticos, sexualidades compulsivas e outros comportamentos *addicted* não mencionados pelo analisando em seu discurso associativo. Essas condutas não tinham uma função de elaboração, mas sim de descarga no ato e faziam parte de sua forma de ser, de sua maneira de se equilibrar face ao stress cotidiano. O analista não capta senão um vago sentimento de inquietação.

Afirma ainda McDOUGALL (id) que esse gênero de conduta se manifesta na contra-transferência, com a impressão de andar em círculos, de ser invadido por um sentimento de tédio. Alguma coisa escapa, e nem o analisando nem o analista

podem compreender o que se passa. Os atos-sintomas vêm a contribuir para uma análise de curso interminável. Quando diante de uma separação iminente, que não suscita qualquer traço afetivo consciente, a negação tentada através da erotização não se produz. O objeto suporte do desejo recebe, então, toda a agressividade do sujeito, e, nesse caso, o analista receberá essa projeção.

No paciente psicossomático operatório, tudo o que é angustiante, agressivo ou que conduz à excitação, é banido do seu espírito, forcluído do psiquismo. Contudo, graças ao enquadre analítico, ele é levado a poder suportar a invasão de imagens e emoções primitivas provocadas pelos acontecimentos cotidianos que, até então, ele ignorava ter um poder traumatizante. A análise das pseudo-percepções do analisando lhe permite elaborar as emoções transferenciais, de modo que ele pode transformar essas produções em fantasmas dizíveis e afetos verbalizáveis. A passagem da somatização à neurotização dos conflitos ocupa papel importante, na análise.

McDOUGALL (1992a) descreve que, ao ser analisado, esse paciente descobrirá os laços ocultos que o aprisionam ao corpo e à pessoa da mãe-primária e, com isso, a natureza *addicted* que infiltra suas relações objetais. É um quadro de dependência narcísica, na qual o objeto investido é inconscientemente vivenciado como uma "substância" necessária à sobrevivência do indivíduo, como convivente de certas partes e funções vitais dele mesmo. A eventual perda do outro pode provocar um desastre

provocar um desastre econômico no indivíduo despreparado para esse abrupto "desmame". A perda de um objeto vital ou de um estado, que desempenha o mesmo papel na economia narcísica, precederá e desencadeará, com freqüência, afecções psicossomáticas. O objeto que está superinvestido não será facilmente recuperável pelo trabalho de luto; o que morre é uma parte do próprio sujeito. McDOUGALL (id), a partir de longos estudos sobre pacientes que chamou de "normopatas", personalidades *addicted* e "desafetados", foi levada a considerar que estes pacientes tendiam freqüentemente à somatização, diante de situações traumáticas.

Na experiência analítica, esses sujeitos também irão tender à relação de objeto *addicted* (McDOUGALL, op. cit., 1991a). O analista poderá ser o "objeto" sobre o qual será transferido o papel da mãe (frustradora), que não pode ser introjetada, que não deu ao indivíduo possibilidades de reconfortar e de ajudar a si mesmo. Esses analisandos não são capazes, então, de utilizar as interpretações de seu analista, mas, ao mesmo tempo, não encerram a relação analítica; tornam-se *addicted*. Apesar de amargurados e decepcionados, eles são dependentes da relação analítica. Afirmam que a análise é um fracasso e que o analista não os compreende.

Nesse contexto, o profissional sente-se inoperante e um sentimento de morte interior impregna a relação analítica. O analista percebe então, através da própria vivência contra-transferencial, a existência de "fatores mortíferos"

(McDOUGALL, op. cit., 1991b, p. 113) nesses pacientes, servindo para "congelar" toda a vitalidade afetiva, permitindo assim sobreviverem psiquicamente. O comportamento *addicted*, por um lado, mascara essa realidade inconsciente e, por outro, a denuncia.

Na relação analítica, ainda conforme McDougall, esses indivíduos vão lutar desesperadamente contra a relação transferencial, mesmo que lhes pareça improvável que esta suscite uma dependência narcísica. A angústia, nesses pacientes, é qualificada, pela autora, como psicótica, por não poder ser contida numa construção sintomática, fazendo com que se interponha um espaço entre psiquismo e soma, entre a vida afetiva e sua representação mental, oferecendo um discurso alexitímico e um pensamento operatório. O discurso, mesmo com queixas angustiantes, reivindicações furiosas ou evocações alegres, não necessariamente traduz o sofrimento, angústia ou prazer do indivíduo. A idéia só é "dolorosa" se acompanhada de uma participação afetiva experimentada.

Esse tipo de relação com o outro é, para McDOUGALL (id.), um modo de defesa primitiva e protetora contra qualquer intrusão ou retirada violenta, contra o risco de entregar-se ao outro. O indivíduo não precisa mais cortar seus laços com os objetos, pois esses laços só estão mantidos através de uma relação operatória.

O paciente psicossomático de vida operatória utiliza a

língua não como meio de comunicação e simbolização, mas como uma tela entre ele e os outros. Na cena analítica, os temas psíquicos parecerão aborrecidos e enjoados ao analista.

Conforme McDOUGALL (ib), considerando que a psicanálise é uma ciência centrada na significação e na lógica da língua, esta só tem expressão quando dinamizada pelos afetos. As palavras sozinhas não são suficientes para o desenvolvimento do seu processo. A função interpretativa do analista depende de sua capacidade de ouvir o que não é dito. Tal captação se torna possível através da verbalização, quando esta é realmente simbólica, e também pelo que o analisando comunica afetiva, e até mesmo corporalmente. O analista está recebendo mensagens afetivas e corporais para, num segundo momento, colocar este material em palavras. É possível compreender a realidade psíquica do paciente antes de podermos interpretá-la.

No entanto, há pacientes nos quais esse prazer de analisar e interpretar é raro. Para McDOUGALL (ib), eles usam as palavras para "mobilier" a sessão, dando ao analista a impressão de que não há ninguém ali. O afeto transferencial se mostra "ausente"; o silêncio desse analisando é diferente do de outros pacientes, que, apesar de silenciosos, se mostram presentes. No discurso operatório, há um obstáculo à própria captação afetiva e, com isso, também à do outro, uma incapacidade de compreender e captar os estados afetivos e desejos de outrem; o outro não existe.

Conforme McDOUGALL (op. cit., 1991a), o pensamento operatório é relativamente fácil de ser localizado no trabalho analítico; essa localização, porém, ocorre através dos sentimentos contratransferenciais do analista. Este pode ser tomado pelo desinteresse e por um sentimento de não-penetração no universo psíquico do paciente.

NEMIAH (1975), em suas pesquisas com pacientes psicossomáticos alexitimicos, descreve que esses pacientes não têm expressão, seu corpo é rijo e seu discurso não tem coloração afetiva. O paciente se prende a detalhes da vida cotidiana, sendo "pesado" para quem o escuta, provocando no entrevistador um profundo sentimento de enfado. Isto é um critério diagnóstico da existência do sintoma de alexitimia. Na relação analítica, eles são capazes de despertar no terapeuta as mesmas sensações de entrave, de paralisia da função de analista, de desesperança quanto ao valor dessa experiência.

Na análise de pacientes somatizantes podem também ocorrer, ao invés de paralisia afetiva, manifestações de um transbordamento do afeto, levando a sintomas de despersonalização e criando tempestades na relação transferencial.

McDOUGALL (op. cit., 1992a) afirma que esses pacientes utilizam o mecanismo de identificação projetiva, sendo este um processo intrapessoal e interpessoal. O paciente usa seus próprios fantasmas para induzir no outro reações afetivas. Na análise, observamos que o indivíduo é capaz de

clivar do consciente aquilo que pensa e sente, vivenciando-o como atributo do outro. O escolhido para representar essa parte do indivíduo é selecionado conforme sua semelhança com um representante de sua própria fantasia. São os outros que se tornam afetados. Assim, se abre-se entre ele e o outro um espaço estéril, onde o risco de expressão de emoções violentas fica tenuado. Isto provoca uma resposta apropriada na relação transferência / contra-transferência, na qual a necessidade de uma distância protetora compromete o afeto transferencial. O analista — ou quem quer que mantenha uma relação objetal com o paciente — para manter a distância afetiva necessária torna-se também "alexitímico" em relação a ele, sendo que o "afetado", nesse caso, sofre com este estado de coisas. Na alexitimia ou no pensamento operatório, ocorre uma distância efetiva entre o sujeito e o outro.

Esses sujeitos evocam no analista, assim, seus sentimentos recusados de aflição, desespero e paralisia interior. Aprenderam que a sobrevivência psíquica dependia de sua capacidade de extinguir os ímpetos afetivos. A relação materna não comportava as tempestades de raiva ou de aflição da criança, não oferecendo a ela uma resposta adequada. Quando esta primeira troca é reforçada por um discurso familiar que condena a afetividade, a morte psíquica é a saída para prevenir-se do perigo do abandono. Essa desafetação retira da relação objetal toda a significação. O indivíduo maneja as palavras intelectualmente como objetos sem impacto, e a ressonância do vazio em relação ao outro é atordoante.

Na relação analítica, quanto mais frágil for um indivíduo em seu equilíbrio interno, mais ele lutará contra o desarmamento de suas defesas. A palavra, para esses pacientes, é ameaçadora, capaz de anunciar a perda do amor. Eles aprendem a utilizar a própria palavra como defesa, como uma barreira ao contato com o outro. A interpretação é recebida num nível intelectual, sem ressonância afetiva. Em consequência disso, a transferência é ferozmente negada e o analista é concebido como um instrumento terapêutico. Em contrapartida, essa atitude contém movimentos fusionais, ligados a uma "fixação" numa imagem materna que tem o direito de vida ou morte sobre o corpo e sobre a vivência afetiva. A demonstração de independência em relação ao analista é concomitante à recusa de um abandono da imagem interiorizada que ela representa. Segundo André GREEN (1982), a imagem e o Ego estão prisioneiros um do outro; qualquer aproximação excessiva, assim como qualquer tentativa de separação, é seguida de uma crise.

Conforme GREEN (id.), no paciente psicossomático o corpo é superinvestido contra a realidade psíquica. A relação com os objetos é consumidora. O indivíduo lança-se de "corpo e alma" no ato, devorando os objetos. Tem-se a impressão de que o importante, para esses pacientes, é não deixar que os afetos relacionados com a situação da relação objetal se encadeiem, tentando então esgotá-los de uma vez só pelo ato. Green afirma que eles não podem esperar nem enganar sua "fome tempestuosa e devoradora" (ib., p. 161); o *acting* faz a resolução da tensão e se refere a objetos reais.

Mais uma vez, vimos essa atitude *addicted* (McDOUGALL op. cit., 1991a) em relação ao outro, manifestação que só pode estar a serviço da pulsão de morte, devido à sua desvinculação das representações, onde o afeto é projetado no outro, não enquanto objeto representável, mas enquanto um corpo real. Este estado, na concepção de FAIN (op. cit., 1992), repete a "excitação negativa" que funciona como pára-excitação da energia pulsional mas, em vez de vincular a libido objetal, atua como "calmante", como neutralizadora de uma energia letal. O afeto, por sua vez, comparece como um "afeto calmante", "negativo", por não poder ser experimentado como na neurose transferencial, vivenciado, mas sim superinvestindo um corpo real, tomando o outro como "droga", num comportamento *addicted*, testemunhando o vazio que comporta o sujeito. A "excitação negativa" origina, na relação com o outro, um "afeto negativo", pura tentativa de compensação no equilíbrio frágil do organismo, pura manifestação da pulsão de morte. MARTY (op. cit., 1963, p. 346) denominou essa relação transferencial de "relação branca": qualquer interrupção pode desencadear uma somatização. A transferência é por isso, maciça, osmótica conforme mencionou McDOUGALL (op. cit., 1991b) e a relação de dependência é inquestionável, existindo apenas um corpo, corpo real do outro, numa tentativa, quem sabe, de poder um dia construir um objeto transicional.

PARTE II - A ABORDAGEM CLÍNICA

FREUD (1910b), sobre a transferência, menciona duas correntes psíquicas da libido: a afetiva e a sensual. A afetiva é a mais antiga, constitui-se nos primeiros anos da infância e baseia-se nos interesses das pulsões de auto-conservação. Corresponde à escolha primária de objeto da criança, aos que cuidam dela. Posteriormente, sobre essas primeiras impressões, apoiar-se-ão as pulsões eróticas.

Aproveitando essa definição de Freud, PARAT(1982), distingue dois tipos de vínculo estabelecidos pelo paciente com a pessoa do analista. Parat se reporta ao autor, em relação às transferências positiva e negativa, dois aspectos da mesma situação de vínculo, e descreve: dentro da transferência positiva, existem duas partes, derivadas da mesma origem sexual. Na transferência positiva, há elementos eróticos recalcados, que constituem a transferência erótica clássica, e outros que, após o apagar dos fins sexuais (sublimação), constituem a simpatia, a amizade, a confiança. Estes últimos fazem parte da ligação terna com o terapeuta e sobre a qual este se apóia para sustentar o trabalho psíquico necessário. A existência de pulsões inibidas quanto ao fim é testemunhada na origem dos sentimentos de estima, confiança e ternura, apoiando-se sobre pulsões parciais de auto-conservação. A esse último tipo de transferência positiva, Parat denominou "transferência de base" ou de "relação" (id., p. 357). A origem

dessa transferência é narcísica e constitui uma idealização da figura do analista. Este possui o que falta ao EU do paciente para atingir o EU ideal.

A relação corresponde ao investimento afetivo feito pelo paciente na pessoa do analista, sob o aspecto da confiança. Essa aliança terapêutica constitui a condição prévia da análise, definindo-se como uma relação espontânea, inter-humana, derivada das primeiras relações, que se enriquece de vivências secundárias e também se constitui de elementos objetivos percebidos pelo paciente nos primeiros contatos.

Conforme PARAT (ib.), as psicoterapias de pacientes atingidos por afecções somáticas são aquelas onde a relação ocupa um papel fundamental. Não se utiliza a interpretação transferencial, dado seu poder desorganizador, e sim uma posição face-a-face, permitindo a percepção das incitações e das mudanças sensoriais. O terapeuta precisa verbalizar, propor temas, colocar questões e responder às do paciente, abrir as vias, onde o paciente não é capaz fazê-lo. O elo positivo sustenta esta relação, alimentada por elementos de identificação. A idealização pode ser muito útil, pois servirá à introjeção.

Na relação, o terapeuta tende a exercer um papel de pára-excitação e de reconstrução ou enriquecimento de mecanismos pré-conscientes deficientes, com a ajuda de associações feitas em espelho, de uma simbolização e de uma

cuidadosa indução às representações. O terapeuta se constitui enquanto um objeto a ser introjetado. Nesse processo, toda ligação afetiva é benéfica, mesmo que neurótica.

Vemos assim a especificidade de abordagem clínica ao paciente psicossomático.

CONCLUSÃO

Após a análise sobre a estruturação do paciente psicossomático operatório e sobre as características de sua relação transferencial, alguns pontos são fundamentais para nossa conclusão.

Vimos, em Freud, que na neurose de angústia ou neurose atual, ocorreria uma deflexão do psiquismo. Não há um mecanismo psíquico, nesse caso, mas sim, um acúmulo da tensão sexual somática e um emprego anormal dessa excitação. Os sintomas, como vimos, são somáticos e não correspondem a qualquer formação de compromisso ou simbolização. Na neurose atual, os sintomas são consequência de descargas da excitação pulsional diretamente sobre o corpo.

Freud, no entanto, se pergunta — se tudo ocorre no plano somático — porque o sistema nervoso pode ser invadido pelo afeto de angústia. O próprio autor justifica a questão com o mecanismo de projeção. O afeto de angústia, experimentado pelo sujeito portador de uma neurose atual, é projetado do plano somático para o psíquico, sem passar pelas representações inconscientes ou pré-conscientes.

Marty, por sua vez, apoiou-se na concepção freudiana de neurose atual para descrever a estruturação do paciente operatório. A idéia de pensamento operatório difere, no entanto, do que Freud denominou neurose atual: nesta última, o

fator determinante era exterior ao Eu, encontrava-se no mundo externo e atual, enquanto no caso do pensamento operatório, da personalidade operatória, esse fator é interior ao Eu e deve-se ao vigor da libido.

Mas esses dois conceitos não deixam de apresentar correlações quanto ao mecanismo. Em ambos há uma insuficiência de libido psíquica, de representações psíquicas que contenham a energia pulsional, tendo como consequência a descarga direta dessa energia. Poderíamos assim, no paciente operatório, descrever o afeto como projetado.

No estudo da transferência no paciente psicossomático operatório, detivemos nossa atenção sobre a origem e destino do afeto nesse paciente.

Portanto, nossa primeira conclusão é sobre o mecanismo psíquico pelo qual o afeto, nessa estruturação, é descarregado. Enquanto nas neuroses histéricas, obsessivas ou fóbicas, o afeto é deslocado pelas representações psíquicas, no paciente operatório ele é projetado do soma para fora, não passando por representações e não investindo um objeto. Na relação transferencial, o outro, para o qual este afeto é projetado, não é um objeto representável. Por isso Marty afirma que este é tomado como idêntico ao sujeito, como não sendo capaz de sentir, desejar, alegrar-se, sofrer, isto é, de existir subjetivamente. Isto constitui também fator de prejuízo contra-transferencial, e o analista é, muitas vezes, tomado por um sentimento de impotência e enfado.

Sabemos que o paciente operatório carece de objetos representáveis, pois sendo o traumático a própria impossibilidade de representar determinadas sensações, toda a realidade fica reduzida a essa não representabilidade. Não se trata aqui de fantasmas recalçados, constituindo um conflito, onde a percepção da castração pode ser suturada por um mundo fantasmático, mas da própria incapacidade de construir esses fantasmas. A percepção da castração permanece, então, sem uma construção psíquica que contenha essa angústia. A situação traumática absorve a percepção da realidade, deixando esta de ter seu valor denegatório. A situação traumática, enquanto impossibilidade de representação, está em estreita relação com a irrepresentabilidade da castração.

Vemos então uma retirada vertiginosa da libido objetal. As representações de coisas não têm a sustentação de representações, pois a própria falência libidinal impede esse estatuto. Sendo assim, as "representações de palavras" não têm o que secundarizar; o pré-consciente está debilitado. Essa falência libidinal foi nomeada por Marty de depressão essencial, depressão sem objeto; nela a retirada da libido ocorre em relação aos objetos externos e em relação ao próprio Eu. Conforme o autor, esse quadro é de alto risco psicossomático. A incidência da doença orgânica, nesse interim, é freqüente.

Conforme Marty, vimos que este estado acomete, principalmente, sujeitos onde a força da libido já era pouco ideal. O autor frisa que a possibilidade de representar

psiquicamente constitui uma das maiores defesas contra os distúrbios somáticos. Não abandonando a hipótese de uma submissão somática, o processo de somatização se utiliza desse fator para sua estruturação.

A essa falência libidinal, Marty denominou desorganização progressiva; nesta não ocorre uma regressão clássica, pois não há paredes de fixação, por cuja solidez ou fragilidade a libido é responsável. Dessa forma, a excitação pulsional, no paciente operatório, fica estancada no soma, sem veiculação psíquica. Vimos, na abordagem de Green, como se manifestam os afetos do Id e é sobre esse aspecto que definiremos nossa segunda conclusão.

Conforme este autor, os afetos do Id se manifestam essencialmente por um efeito econômico. O Id, enquanto pólo pulsional — psíquico ou somático — comporta afetos não-representáveis. Os afetos somáticos do Id buscam representação psíquica, assim como as representações psíquicas produzem afetos somáticos, excitações pulsionais. Enquanto o Ego é responsável pelo afeto de simbolização, relacionado ao processo de secundarização, o Id ergue-se sobre um não-psíquico, comportando uma energia pulsional desvinculada das representações.

Sabemos que no Id há representações inconscientes que constituem a estrutura do sujeito, mas aqui nos interessa a parte do Id que cabe ao não-representável, ao que não contém essa organização inconsciente. Na concepção de Green, o afeto

pode aparecer por transformação automática da energia do Id — afeto do Id — invadindo o Ego em massa, sem mediação simbólica. Sem a mediação das representações, esse afeto também permanece no Id, a nível econômico, apoiado desorganizadamente sobre o corpo, tomando o corpo real em lugar do objeto, tendo como consequência um ato e não um sintoma psíquico. Poderíamos concluir então que o afeto projetado pelo paciente operatório é proveniente do Id (não representável).

Vimos, também, ao longo desse trabalho, que o afeto é tanto psíquico como somático, e não corresponde exatamente à sua expressão fenomenológica, isto é, o não aparecer manifestamente não significa inexistência. A rigor, não há ausência de afeto, assim como a ausência total da libido também só ocorre com a morte.

Com McDougall, vimos que cabe à função de maternagem nomear psiquicamente os estados afetivos somáticos do bebê. A mãe, ou quem quer que desempenhe sua função, ao investir libidinalmente o bebê, permite a inscrição das primeiras marcas que correspondem às suas funções corporais. Se, para Freud "o ego é sempre e antes de tudo, um ego corporal", a criança, pode então ser capaz de reconhecer seu corpo e distinguir um afeto do outro.

Se esse desenvolvimento, contudo não ocorrer, a criança permanece incapaz de ter um campo de representações psíquicas suficientemente coerente. Dá-se uma falha no pré-consciente, e a própria estrutura do inconsciente é

afetada. Há uma carência de representações psíquicas. O objeto materno não pode ser introjetado enquanto signo de confiança e proteção, tornando esses sujeitos vulneráveis à menor frustração.

Para McDougall, a relação materna, nesses bebês, era com o corpo real da mãe. Na falta de um objeto interno, o corpo real do outro seria tomado como "substância", mantendo o organismo assim, em equilíbrio. Esse modo de relação "objetal", McDougall nomeia de *addicted*; o outro não é representável. Esse fator nos conduzirá a nossa terceira conclusão.

Como vimos, a economia psíquica *addicted* constitui fator de alto risco psicossomático. A própria autora afirma que o processo de somatização eclode em doença quando a relação *addicted* torna-se inoperante. Na falta de representações psíquicas que organizem a excitação pulsional, esta investe maciçamente o outro, não enquanto objeto, mas enquanto corpo real. O afeto é projetado no corpo real do outro, mas o resultado alcançado não é uma tranquilização pela possibilidade de simbolização, mas sim um aumento dessa excitação, seguido de um esgotamento. A intensidade da tensão pulsional, desvinculada das representações, é então fator de risco psicossomático. Concluimos então que é a projeção do afeto do Id (não representável) que acarreta a relação de objeto *addicted* feita pelo paciente operatório.

Chegamos então a uma definição sobre a relação transferencial no paciente operatório através da análise dos

estudos realizados pelos autores citados. Com base na ausência de um objeto representável, que sirva como material na transferência, e na "ausência" de afeto nos moldes de uma neurose de transferência, definimos aqui a relação transferencial desses pacientes como uma transferência, na qual o afeto se apóia em corpos não representáveis. O afeto não apresenta conteúdo representável, constituindo, portanto, o que poderíamos chamar de "afeto negativo". Este modelo de investimento afetivo, ao invés de proporcionar uma introjeção tranquilizadora, é gerador da maior excitação pulsional. No paciente operatório a transferência, poderíamos dizer, ocorre pela projeção de um "afeto negativo", proveniente do Id (não representável), investindo o corpo do outro maciçamente.

Vemos então que, mesmo aparentemente ausente, a transferência, nesses pacientes, existe e deve ser considerada. Para eles, mais do que para quaisquer outros, o trabalho clínico sobre a transferência é fundamental. Esses pacientes, carecendo da possibilidade de estabelecer um vínculo a partir de objetos representáveis, de investimentos de desejo, adoecem. É aí que se encontra o trabalho mais árduo do psicanalista; a promoção, nesses pacientes, de um vínculo desejante. A partir da possibilidade de ser introjetado, o psicanalista favorece, nesses sujeitos, a possibilidade de construção de um mundo fantasmático.

Não perceber a existência de um investimento afetivo por parte do paciente, mesmo que patológico, é negar-lhe a única via de acesso ao próprio seu reestabelecimento. É através

desse investimento, do manejo dessa transferência maciça, que o psicanalista terá instrumentos para promover, nesse paciente, a construção de uma relação objetal necessária ao seu tratamento.

Podemos então dizer que, no paciente operatório, vista a especificidade de sua relação transferencial, o objetivo terapêutico é, antes de tudo, o estabelecimento de uma relação objetal, que é, em si, a terapêutica fundamental para o paciente psicossomático. É nela que poderão ser construídos os fantasmas necessários à reestruturação deste sujeito, à reorganização da libido e portanto à sua ressexualização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DEJOURS, Christophe. *Repressão e Subversão em Psicossomática. Pesquisa psicanalíticas sobre o corpo*, R.J., Jorge Zahar, 1991.
- FAIN, Michael. *Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes*, *Revue Française de Psychanalyse*, T: XXVIII, n. 4, p. 609-622, Paris, PUF, 1964.
- . *Interventions sur Regression et Instinct de Mort. Hypothèses. A Propos de L'observation Psychosomatique (P. Marty)*, *Revue Française de Psychanalyse*, T: XXX, n. 5-6, p. 1129-1133, Paris, PUF, 1967.
- . *Les Cas Dora et le point de vue psychosomatique*, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XXXII, n. 4, p. 679-714, Paris, PUF, 1968.
- . *Avant-Propos*, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XLVIII, n. 5, p. 1125-1132, Paris, PUF, 1984.
- . *Psychanalyse et psychosomatique*, *Revue Française de Psychanalyse*, T:LIX, n. 3, p. 625-637, Paris, PUF, 1990.
- . *La Vie Opératoire et les Potentialités de*

Nevrose Traumatique, Revue Française de Psychosomatique, n. 2, p. 5-24, Paris, PUF, 1992.

FREUD, Sigmund (1893[1888-1893]) Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume I, R.J., Imago, 1969.

_____. (1950[1892-1899]) Extrato dos documentos dirigidos a Fliess. Rascunho K e Carta 18, ESB, vol. I.

_____. (1950[1895]) Projeto para uma psicologia científica, ESB, vol. I.

_____. (1893-1895) Estudos sobre a histeria, ESB, vol. II.

_____. (1893) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência, ESB, vol. III.

_____. (1894) As neuropsicoses de defesa, ESB, vol. III.

_____. (1895[1894]a) Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia, ESB, vol. III.

_____. (1895[1894]b) Sobre os critérios para destacar

da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia', ESB, vol. III.

_____. (1896a) Hereditariedade e a etiologia das neuroses, ESB, vol. III.

_____. (1896b) Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa, ESB, vol. III.

_____. (1896c) A etiologia da histeria, ESB, vol. III.

_____. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses ESB, vol. III.

_____. (1900) A interpretação dos sonhos cap V. VI e VII, ESB, vol. IV e vol. V.

_____. (1905[1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria, ESB, vol. VII.

_____. (1905a) Tres ensaios sobre a teoria da sexualidade, ESB, vol. VII.

_____. (1905b) Tratamento psíquico, ESB, vol. IV.

_____. (1905c) Os chistes e sua relação com o inconsciente, ESB, vol. VIII.

- _____. (1906[1905]) Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses, ESB, vol. VII.
- _____. (1907) O esclarecimento sexual das crianças, ESB, vol. IX.
- _____. (1908) Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna, ESB, vol. IX.
- _____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos, ESB, vol. X.
- _____. (1910[1909]) Cinco lições de psicanálise, ESB, vol. XI.
- _____. (1910a) Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância, ESB, vol. XI.
- _____. (1910b) Contribuições a psicologia do amor I e II, ESB, vol. XI.
- _____. (1911) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia, ESB, vol. XII.
- _____. (1912) A dinâmica da Transferência, ESB, vol. XII.

_____. (1915a) Os instintos e suas vicissitudes, ESB, vol. XIV.

_____. (1915b) Repressão, ESB, vol. XIV.

_____. (1915c) O inconsciente, ESB, vol. XIV.

_____. (1917[1915]) Luto e melancolia, ESB, vol. XIV.

_____. (1916-1917) Conferências introdutórias sobre a psicanálise - Conf. I, XXIV, XXV, ESB, vol. XVI.

_____. (1920) Além do princípio do prazer, ESB, vol. XVIII.

_____. (1925[1927]) Um estudo autobiográfico, ESB, vol. XX.

_____. (1926[1925]) Inibições, sintomas e ansiedade, ESB, vol. XX.

GARCIA-ROZA, L.A. Freud e o Inconsciente, R.J., Zahar, 1984.

GREEN, André. Simbolismo, Cuerpo Libidinal Y Soma, Eidon, ano 1, n. 3, B.Aires, Paidós, 1975.

_____. O Discurso Vivo - Uma Teoria Psicanalítica do Afeto, R.J., Francisco Alves, 1982.

KREISLER, Léon. Las origines de la dépression essentielle - La lignée dépressive, *Revue Française de Psychosomatique*, n. 2, p. 163-185, Paris, PUF. 1992.

LAGACHE, Daniel. *A Transferência*, R.J., Martins Fontes, 1990.

LAPLANCHE, J. *A Angústia*, R.J., Martins Fontes, 1990.

LAPLANCHE, J e Pontalis, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*, R.J., Martins Fontes, 9^a ed., 1986.

MARTY, Pierre. La Pensée Operatoire, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XXVIII, n^o Spécial, p. 345-356, Paris, PUF, 1963.

———. Regression et instinct de Mort - Hypothèses - A propos de L'Observation Psychosomatique, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XXXI, n. 5-6, p. 1113-1133, Paris, PUF, 1967.

———. La Dépression Essentielle, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XXXII, n. 3, p. 595-598, Paris, PUF, 1968a.

———. Le Cas Dora et le point de vue psychosomatique, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XXXII, n. 43, p. 679-714, Paris, PUF, 1968b.

- _____. Notes Cliniques et hypotheses à propos de l'économie de l'allergie, *Revue Française de Psychanalyse*, T:XXXIII, n. 2, p. 243-253, Paris, PUF, 1969.
- _____. A propos des rêves chez les malades somatiques, *Revue Française de Psychanalyse*, T: XLVIII, n. 5, pp. 1143-1161, Paris, PUF, 1984.
- _____. Psychosomatique e psychanalyse, *Revue Française de Psychanalyse*, T: LIV, n. 3, p. 615-624, Paris, PUF, 1990.
- _____. *A Psicossomática do Adulto*, R.J., Artes Médicas, 1993.
- McDOUGALL, Joyce. Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint, *Psychoterapy and Psychosomatics*, 38, p. 81-90, 1982. (cópia xerox).
- _____. *Em Defesa de Uma Certa Anormalidade*, R.J., Artes Médicas, 4^a ed., 1991a.
- _____. *Teatros do Corpo*, R.J., Martins Fontes, 1991b.
- _____. *Teatros do Eu*, R.J., Francisco Alves, 1992a).
- _____. Corps et langage. Du langage du soma aux paroles, de l'esprit, *Revue Française de Psychoso-*

matique, n. 2, p. 69-96, Paris, PUF, 1992b.

MILLER, Jaques-Alain. Matemias II, Buenos Aires, Manantial SRL,
3^a ed., 1991.

MODELL, Arnold. Amor Objetal e Realidade, R.J., Imago, 1973.

NEMIAH. John. Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic
Theory, Psychoterapy and Psychosomatics, 26, p. 140-147,
1975. (cópia xerox).

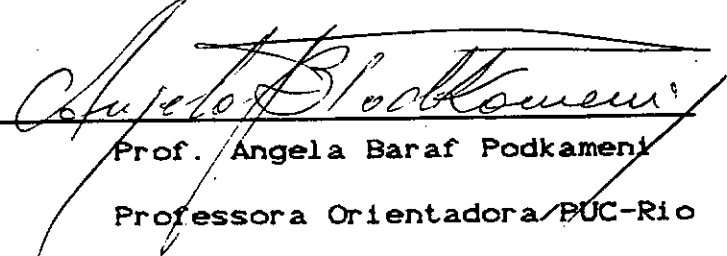
PARAT, Cathérine. Transfert et Relation en Analyse, Revue
Française de Psychanalyse, T:XLVI, n. 2, p. 357-364,
Paris, PUF, 1982.


SAMI-ALI. Imaginaire et pathologie. Une théorie de la
psychosomatique, Revue Française de Psychanalyse, T:LIV,
n. 3, p. 761-767, Paris, PUF, 1990.

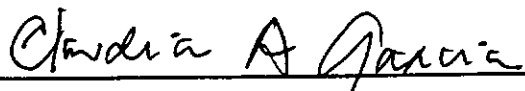
SIFNEOS, Peter. The Prevalence of Alexithymic Characteristics
in Psychosomatic Patients, Psychoterapy and
Psychosomatics, 22, p. 255-262, 1993. (cópia xerox).

TAYLOR, Graeme. La pensée opératoire et le concept
d'alexithymie, Revue Française de Psychanalyse, T: LIV,
n. 3, p. 769-784, Paris, PUF, 1990.

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela
aluna Maria Fernanda Guita Murad, intitulada "A Transferência,
o Afeto e o Paciente Psicossomático", e aprovada pela Banca
Examinadora constituída pelos seguintes Professores:

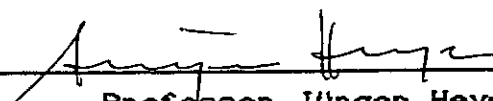

Prof. Angela Baraf Podkament
Professora Orientadora PUC-Rio


Professora Terezinha Féres Carneiro
PUC-Rio


Professora Cláudia A. Garcia
PUC-Rio

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 26 de julho de 1994


Professor Jürgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-
Graduação do Centro de Teologia e
Ciências Humanas.