

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DOUGLAS RODRIGO PEREIRA

**ASPECTOS DA COMPULSÃO À REPETIÇÃO NA  
CLÍNICA PSICANALÍTICA: RESISTÊNCIAS E  
TOXICOMANIA**

SÃO PAULO  
2013

**DOUGLAS RODRIGO PEREIRA**

**ASPECTOS DA COMPULSÃO À REPETIÇÃO NA  
CLÍNICA PSICANALÍTICA: RESISTÊNCIAS E  
TOXICOMANIA**

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
para a obtenção do grau de mestre em  
Psicologia

Área de Concentração:  
Psicologia Clínica

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eva Maria Migliavacca

**SÃO PAULO  
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pereira, Douglas Rodrigo.

Aspectos da compulsão à repetição na clínica psicanalítica: resistências e toxicomania / Douglas Rodrigo Pereira; orientadora Eva Maria Migliavacca. -- São Paulo, 2013.

126 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Compulsão à repetição 2. Resistências 3. Toxicomania 4. Reação terapêutica negativa 5. Clínica psicanalítica I. Título.

RC533

Nome: Pereira, Douglas Rodrigo

Título: Aspectos da compulsão à repetição na clínica psicanalítica: resistências e toxicomania

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica

**Área de concentração:** Psicologia Clínica

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Para Américo Fernandes Vieira, amado avô que se fora logo no início desse trabalho, em 2011. Obrigado por tudo o que o senhor fez por nós. Escrevo com lágrimas nos olhos, pois o senhor não está mais ao nosso lado; mas mantenho a alegria no coração por ter convivido contigo. Recordo-me de seu bom humor e das histórias de sempre. Sou muito grato por tudo que o senhor fez e continua fazendo por nossa família.*

*Amo o senhor, meu lindo vovô.*

*Muito obrigado*

*De seu neto que tanto lhe ama,*

*Douglas.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Eva Maria Migliavacca, professora orientada, pela acolhida e incentivo. Suas contribuições foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo. Além disso, sua confiança possibilitou que eu realizasse o trabalho de uma maneira singular.

Agradeço a Elisa Maria Ulhoa Cintra por sua participação no exame de qualificação e na banca de defesa da dissertação. Suas preciosas indicações foram imprescindíveis.

Agradeço a Manuel Morgado Rezende por suas aulas memoráveis e disponibilidade para participar da banca de defesa da dissertação.

Agradeço a Nelson Coelho Júnior por sua seriedade, rigor, incentivo e disponibilidade para participar da banca de qualificação deste estudo. Suas considerações forma importantes para o desenvolvimento da dissertação.

Agradeço aos meus pais: Jair Luiz Pereira e Raimunda Maria Pereira. Obrigado pela vida, pela amizade, pelo incentivo e compreensão. Ao meu irmão, Alisson Luiz Pereira, e a minha cunhada, Maria da Conceição Prado, pelos momentos de convivência e incentivo. Ao meu primo Wellington Fernandes Vieira, pela amizade de sempre. Aos meus avós, tios e primos/as de Minas Gerais. Agradeço a todos.

Agradeço a Cléria Mariano da Silva, minha sempre companheira. Acompanhou-me carinhosamente nesses vários anos. Obrigado pela força que sempre me deu. Sua companhia foi imprescindível para o início e término desta e de outras etapas de minha vida. Muito obrigado.

Agradeço a Edna Mariano, Cleide Mariano, Marlene Martins e Antônio Mariano todo o incentivo. Agradeço a minha sobrinha Isabela e ao meu sobrinho João, pelas alegrias e momentos de descontração.

Aos sempre amigos Paulo Victor Sanches Lira, João Roberto e Wellington Lúcio (Tripa), por esses longos e intensos anos de amizade.

Agradeço a Daniel Kupermann por suas ótimas aulas sobre Freud, Ferenczi e Winnicott. Elas foram de imensa valia para a minha formação.

Agradeço a Décio Gurfinkel pela acolhida em supervisão, pelo respeito e abertura para o diálogo.

Agradeço a Fernando Urribarri e a Talya Candi pelas indicações bibliográficas sobre a obra de André Green.

Agradeço a Luis Cláudio Figueiredo por ter me disponibilizado as anotações e o programa de suas aulas sobre as resistências, realizado na PUC de São Paulo.

Agradeço a James Grotstein, pela gentileza de responder meu e-mail de forma muito respeitosa e atenciosa.

Aos novos amigos/as Daniel França, Eloy San Carlo, Luiz Moreno e Marina Fibe, testemunhas e interlocutores importantes neste período de minha formação acadêmica e pessoal.

Aos amigos/as Daniel Luz, Alice, Nice, Daniel Oliveira e Iara.

Aos amigos e amigas da graduação Guilherme, Gustavo, Vinicius, Adriano, Luciana, Danilo, Patricia, Davi e Edgar.

Agradeço a todos os/as professores/as que fizeram e ainda fazem parte de minha formação.

Agradeço a Daniel Pansarelli e a Suze Piza, primeiros incentivadores e companheiros e amigos nesta jornada acadêmica. Obrigado pela confiança.

Agradeço a Eda Marconi Custódio e a Hilda Avoglia, queridas professoras, incentivadoras e amigas.

Agradeço a Kelly Cristina Brandão, umas das pessoas responsáveis pelo meu interesse em psicanálise.

Agradeço a Mariantonia Chiparri, Nanci Fonseca e Marília Vizoto, por sempre me incentivarem em minha formação profissional.

Agradeço a Rinaldo Voltolini, por ser testemunha de meu percurso.

Agradeço a FAPESP, pela bolsa e apoio concedidos. Sem esse imprescindível apoio e auxílio, esse trabalho não poderia ter sido realizado. Sou profundamente grato pela confiança depositada.

## RESUMO

A compulsão à repetição é um conceito fundamental na obra de Freud. Em nosso atual estado da arte, ela está relacionada, mais diretamente, com determinados quadros clínicos, como a toxicomania. Assim, o objetivo deste trabalho é identificar e discutir as manifestações clínicas da compulsão à repetição: 1) em sua relação com as resistências, em especial com a reação terapêutica negativa; e 2) sua incidência no quadro psicopatológico da toxicomania. Trata-se de um estudo teórico, realizado com o método psicanalítico histórico-crítico de leitura. Foram utilizadas três categorias de análise textual: 1) identificação do tema central e dos temas periféricos; 2) identificação das possíveis contradições, esquecimentos, lacunas argumentativas, repetições e elementos intertextuais; e 3) identificação e contextualização dos diferentes usos que esse conceito tem em cada texto. Constatou-se que, em Freud, existem momentos centrais de análise desse conceito: a) postulação, em 1914, em “Recordar, repetir e elaborar”. Nessa situação, ela estava circunscrita ao princípio de prazer; b) situada “Além do princípio de prazer” (1920) e como fenômeno de base para hipótese das pulsões de morte; e c) como resistência do Id, em “Inibição, sintoma e angústia” (1926). A compulsão à repetição, em conjunto com a necessidade de punição originada no Superego, forma um bloco resistencial maciço, que pode ser identificado na reação terapêutica negativa. Para tanto, utiliza-se de outros tipos de resistências, tais como a transferência, o ganho secundário da neurose e o recalque. Na toxicomania, a acentuada incidência desse fenômeno repetitivo estaria relacionada com o excesso de impulsos em estado bruto, não ligados, assim como uma tendência a descarregá-los por meio de atuações. O prazer encontrado na droga encobriria, em última instância, o trabalho silencioso das pulsões de morte. Haveria uma estreita e complicada articulação entre prazer e desprazer; ausência/presença e falta. Se, por um lado, é importante não esquecermos a repetição do mesmo e os efeitos destrutivos da droga; por outro, é necessário nos lembrarmos de como a droga pode ser utilizada como uma espécie de medicação, para o enfrentamento do sofrimento psíquico. Nesse sentido, ela poderia indicar uma busca irrefreável por ligação (*Bindung*) e religação.

**Palavras-chave:** compulsão à repetição – resistências – toxicomania – reação terapêutica negativa



## ABSTRACT

The compulsion for repetition is a fundamental concept in the work of Freud. In our current state of art, it is related more directly to specific clinical pictures, such as drug addiction. Thus, the objective of this work is to identify and discuss the clinical manifestations of compulsion for repetition: 1) in its relation to the resistances, specially with the negative therapeutic reaction; 2) its incidence in the psychopathologic picture of drug addiction. It's a theoretical study, accomplished with the historical-critical psychoanalytic method of reading. Three categories of textual analysis were used: 1) identification of the central theme and of the peripheral themes; 2) identification of possible contradictions, forgetfulness, argumentative gaps, repetitions and intertextual elements; and 3) identification and contextualization of the different uses this concept has in each text. It was verified that, in Freud, there are central moments of analysis of compulsion for repetition: a) postulation, in 1914, in "Recollecting, repeating and working -through". In this situation, it was circumscribed to the principle of pleasure; b) situated "Beyond the pleasure principle" (1920) and as base phenomenon for the death drives hypothesis; and c) as resistance of Id, in "Inhibition, symptoms and anxiety" (1926). The compulsion for repetition, together with the need of punishment originated in the Superego, forms a solid block of resistance that can be identified in the negative therapeutic reaction. Thereunto, other types of resistance are used, such as transference, the secondary gain of neurosis and the repression. In drug addiction, the accentuated incidence of this repetitive phenomenon would be related to the excess of impulses in a raw form, not connected, as well as a tendency to unload them through actions. The pleasure found in drugs would ultimately cover the silent work of death drives. There would be a close and complicated articulation between pleasure and displeasure; absence and presence. If, on the one hand, it is important not to forget the repetition and the destructive effects of drugs, on the other hand it is necessary to remember how drugs can be utilized as a type of medication for the confrontation of the psychic suffering. In this way, they could indicate an unrestrainable search for connection (*Bindung*) and reconnection.

**Key words:** compulsion for repetition – resistances – drug addiction – negative therapeutic reaction

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1.1. Problema</b> .....	15
<b>1.2. Objetivo</b> .....	15
<b>1.3. Hipótese</b> .....	15
<b>1.4. Percurso do estudo</b> .....	16
<b>2. MÉTODO</b> .....	17
<b>2.1. Método de leitura</b> .....	17
<b>2.2. Critérios para o levantamento bibliográfico</b> .....	18
<b>2.3. Critérios para a utilização dos textos</b> .....	19
<b>2.4. Categorias de leitura</b> .....	19
<b>3. USOS DA COMPULSÃO À REPETIÇÃO EM FREUD</b> .....	20
<b>3.1. Compulsão à repetição e atuação em “Recordar, repetir e elaborar”</b> .....	21
<b>3.2. Repetição, neurose traumática e <i>Fort/Da</i></b> .....	24
<b>3.3. Transferência e compulsão de destino: a constatação clínica da compulsão à repetição além do princípio de prazer</b> .....	28
<b>3.4. A compulsão à repetição e a <i>Bindung</i></b> .....	31
<b>3.5. A compulsão à repetição e as pulsões de vida/pulsões de morte</b> .....	34
<b>3.6. A compulsão à repetição como resistência do Id</b> .....	38
<b>3.7. Dimensões da compulsão à repetição</b> .....	43
<b>4. COMPULSÃO À REPETIÇÃO, RESISTÊNCIAS E REAÇÃO TERAPÊUTICA NEGATIVA</b> .....	48
<b>4.1. A importância da transferência</b> .....	49
<b>4.2. Transferência como resistência</b> .....	51

4.3. A natureza da reação terapêutica negativa (RTN) .....	58
4.4. Resistências maciças: a articulação entre a compulsão à repetição e a reação terapêutica negativa (RTN) .....	72
<b>5. COMPULSÃO À REPETIÇÃO NA CLÍNICA: A TOXICOMANIA .....</b>	<b>76</b>
5.1. Considerações sobre a toxicomania .....	78
5.2. Prazer na repetição ou repetição do prazer? .....	88
5.3. A incidência da compulsão à repetição na toxicomania .....	93
5.4. Hipóteses sobre as dimensões da compulsão à repetição na toxicomania .....	108
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>113</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>117</b>

## INTRODUÇÃO

Em pouco mais de cem anos, é visível o desenvolvimento da psicanálise em diversas direções. Se inicialmente seu campo de abrangência clínica limitava-se às psiconeuroses, confrontamo-nos, atualmente, com variados quadros psicopatológicos: psicoses, *borderlines*, distúrbios psicossomáticos, perversões, toxicomania e autismo, por exemplo. Dentre eles, os considerados não neuróticos chamam muito a atenção dos analistas (Urribarri, 2012). Neles, muitas vezes, a técnica psicanalítica parece ineficaz, levando o profissional a rever sua prática. Para usarmos a expressão de Ferenczi (1928), podemos pensar que esse tipo de clínica nos obriga a rever nossa postura e a promover a elasticidade da técnica psicanalítica.

Muito desse desenvolvimento da psicanálise tem suas raízes nos últimos anos da obra freudiana. Com a postulação da segunda teoria pulsional e da segunda tópica do aparelho psíquico, Freud aproxima-se das pulsões de morte, da compulsão à repetição, da destrutividade, da violência do Superego, da reação terapêutica negativa, do masoquismo primário, dos mecanismos de recusa e de cisão do Ego. Ademais, não podemos esquecer de todo o seu pensamento sobre o conflito entre as pulsões de vida e as pulsões de morte no seio da cultura, em o “Mal-estar na civilização” (1931).

No âmbito da técnica, esse desenvolvimento obrigou Freud a realizar modificações e ampliações importantes. A palavra “obrigou” refere-se a uma necessidade, premente, de adequar a técnica psicanalítica aos novos rumos tomados pela metapsicologia. Se, inicialmente, o trabalho do analista consistia em realizar interpretações, que pudessem desfazer as resistências e promover recordações, após 1920, esse processo se torna mais complexo. Ora, o que fazer se as experiências do analisando não podem ser recordadas, mesmo com todo o trabalho analítico ocorrendo adequadamente?

Em “Além do princípio de prazer”, Freud mostrou-nos que a psicanálise não pode ser apenas a interpretação e transformação do recalado inconsciente em recordação, pois há um limite claro desses processos no trabalho terapêutico (Fedida, 1988). Em “Construções em análise” (Freud, 1937b), verifica-se como a constatação da impossibilidade da recordação refletiu sobre a técnica. A construção clínica seria o único recurso capaz de refazer o passado primevo do analisando. Apesar de as primeiras

experiências não poderem ser recordadas, são evidentes seus efeitos na construção do caráter, na preservação das defesas e de um determinado tipo de relação com os objetos.

Dentre os conceitos mais importantes da última etapa da obra freudiana, a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) é um dos mais enigmáticos. Ele foi apresentado por Freud em 1914<sup>1</sup>, em “Recordar, repetir e elaborar”. A palavra compulsão (*Zwang*) refere-se a um impulso, que leva o sujeito a agir, compelido por uma imposição interna – o que caracteriza uma tendência ao automatismo (Zimmerman, 2012). *Zwang* suscita uma força que o obriga o sujeito a pensar ou agir de determinada maneira, contra sua própria vontade (Souza, 1999). Também é interessante notar que o verbo *wiederholen* (repetir) significa, literalmente, buscar de novo: repete-se para encontrar o que não se encontrou ou o que se perdeu (Hanns, 1996). Repetir, nesse sentido, significa uma tentativa de encontro ou reencontro.

A compulsão à repetição é complexa e desorientadora, pois abrange uma vasta gama de fenômenos repetitivos, sem que haja efetivamente um significado unívoco do que venha a ser exatamente esse conceito (Monzani, 1989). Ademais, relaciona-se diretamente com outros conceitos fundamentais da psicanálise, como, por exemplo, ligação (*Bindung*), pulsão, pulsões de vida, pulsões de morte e princípio de prazer. (Laplanche; Pontalis, 1995). Esses últimos autores acentuam dois aspectos: 1) o processo inconsciente, que leva o sujeito a se colocar, ativamente, em situações desagradáveis e de sofrimento; e 2) como fundamento para Freud levantar a hipótese de um caráter conservados das pulsões, e não somente das pulsões de morte.

Minerbo (2012) circunscreve que a compulsão à repetição manifesta-se em uma clínica centrada no trabalho da pulsão de morte, diferindo de uma prática com foco na passagem de uma representação inconsciente para o sistema pré-consciente, conforme temos na primeira tópica. Segundo Uchitel (2003), o desafio da psicanálise contemporânea está relacionado com a capacidade de conseguirmos estabelecer um olhar mais abrangente para os fenômenos clínicos de nossa época. Para tanto, devemos estar dispostos a acolher as repetições que não possuem objeto, e que se repetem pela própria necessidade de repetição.

Para Marucco (2009), na clínica contemporânea, podemos identificar três formas de repetição: 1) a edípica: pode ser representada e está submetida ao princípio de prazer;

---

<sup>1</sup> Na obra de Freud, muito antes de 1914, já é possível verificarmos a ideia de uma força que impele para a repetição. Contudo, não me aterei nesse aspecto, pois me afastaria de meu objetivo.

2) a do não-representado: vinculada diretamente com os estados narcísicos; 3) a do trauma: repetição do irrepresentável e das marcas mnêmicas ingovernáveis. Citando Green, esse mesmo analista argentino afirma que o desafio da psicanálise é encontrar meios para produzir recordação onde só existe “lembrança amnésica”. Entendo que se trata de produzirmos sentidos e vivências onde há somente o caos inominável. Em nosso trabalho clínico, devemos “buscar alguma silhueta de representabilidade para uma possível subjetivação da repetição pura” (p.205).

Conforme Kernberg (2011), a compulsão à repetição é uma clara manifestação clínica da pulsão de morte. Em sua opinião, podemos verificar que esse fenômeno repetitivo pode adquirir múltiplas funções. Em certas situações, essas repetições dizem respeito à elaboração de conflitos mais ou menos demarcados. Em outros momentos, a repetição tem conexão direta com a relação traumática com o objeto frustrador e traumatizante.

Outros analistas pensam no fenômeno clínico da repetição, mas não utilizam o conceito de compulsão à repetição. Com base nas contribuições de Winnicott, Fulgêncio (2011) afirma que esse conceito freudiano está ancorado na existência das pulsões de morte e na construção metapsicológica de cunho essencialmente metafísico. Em sua opinião, Winnicott utiliza a noção clínica de regressão à dependência para pensar e trabalhar com pacientes traumatizados, nos quais há uma insistência de repetições de situações primitivas. Nesses casos, temos uma espécie de congelamento traumático, do qual o analisando não consegue se livrar. Por isso, repete o trauma, até alcançar outra saída mais favorável. Ao utilizar a noção clínica de regressão à dependência, Winnicott superaria o conceito de compulsão à repetição, centrado nas pulsões de morte. A meu ver, essa tese apresenta o problema de desconsiderar a qualidade “demoníaca” dessa repetição, em sua essência altamente impulsiva e nociva ao sujeito. Ademais, como esquecer sua relação com as resistências, com as diferentes formas de masoquismos e com a reação terapêutica negativa?

O presente estudo tem como base o questionamento sobre a incidência, as formas de manifestação e os efeitos clínicos da compulsão à repetição. Meu percurso desenvolveu-se, sobretudo, no atendimento institucional a pacientes toxicômanos e psicóticos. Questionava-me sobre as funções das repetições desprazerosas; a necessidade de manutenção de certo tipo de relacionamento subjetivo; suas relações com as diferentes formas de resistências; a natureza das defesas e a articulação dessas repetições com os masoquismos. Inquietava-me quanto às possibilidades de

enfretamento clínico desse tipo fenômeno. Manifestar-se-ia sob quais condições? Qual sua natureza? Suas funções? Qual tipo de intervenção deveria se adotada? Estaria apenas relacionado com o desprazer? Como o sofrimento e o desprazer podem ser buscados dessa maneira?

Trata-se de um estudo teórico sobre a compulsão à repetição, mas que tem como fundamento a preocupação clínica. De fato, a compulsão à repetição é um conceito extremamente complexo, com dimensões clínicas e metapsicológicas importantes. Todavia, foco-me no aspecto clínico desse fenômeno.

Na obra de Freud, clinicamente, a compulsão à repetição está relacionada com a transferência, com as resistências e, em última instância, com as pulsões de morte. Importantes autores acentuam a proximidade entre esses fenômenos (Bleichmar, 1988; Etchgoyen, 1987; Fedida, 1988; Green, 2008; 2010). Pode-se verificar o vínculo entre eles, em textos freudianos essenciais, como “Além do princípio de prazer” (1920), “Inibição sintoma e angústia” (1926) e “Análise terminável e interminável” (1937).

No citado texto de 1926, Freud afirma que a compulsão à repetição é uma forma de resistência do Id. Com essa postulação, fica ainda mais clara a relação entre a repetição do mesmo e as resistências, que trabalham no sentido de preservação de uma determinada economia psíquica e de tipo específico de relações com os objetos. Nesse contexto, esse conceito passa a possuir o estatuto de resistência primordial, inerente à natureza das pulsões.

Além de sua relação com as resistências, outra maneira de investigarmos a compulsão à repetição seria estudar sua incidência em uma determinada estrutura ou estado psíquico particular. Na literatura psicanalítica, é na toxicomania que podemos identificar a predominante incidência desse fenômeno (Bergeret, 1983; Gurfinkel, 1988; 2011; Nogueira Filho, 1999, Waks, 1999). Nesses casos, a tendência à repetição indicaria a existência de uma força enigmática e brutal, que impele o sujeito no sentido de reproduzir sempre o mesmo. Trata-se, pois, de uma configuração de uma fixação em certo posicionamento subjetivo.

Sem dúvida, a toxicomania configura-se como um grande desafio para os profissionais. De fato, esse tipo de clínica aproxima-nos dos próprios limites de nossa prática como psicanalistas. Sabe-se que essa tendência à repetição do desprazer faz parte da natureza humana, já que é uma característica das pulsões (Freud, 1920). No entanto, pode-se compreender que, em certos estados psíquicos mais fragilizados, a compulsão à repetição é mais evidente e predominante (Ferenczi, 1924; Freud, 1937).

Sendo assim, nosso recorte foi realizado com base em dois eixos:

- 1) *Manifestação da compulsão à repetição como fenômeno clínico:* seria por meio de sua relação com a transferência e as resistências, sobretudo com a reação terapêutica negativa, que poderíamos compreendê-la;
- 2) *Manifestação da compulsão à repetição em um determinado quadro psicopatológico:* dentre os diversos estados psíquicos, é, sem dúvida, na toxicomania que podemos melhor identificar a ação desse fenômeno repetitivo, em sua relação com as pulsões de morte (Gurfinkel, 2011).

Após esse recorte, temos o seguinte problema, objetivo e hipótese.

### **1.1. Problema**

Diante da complexidade e amplitude da compulsão à repetição, qual é a natureza de sua manifestação, por meio das resistências, e de sua acentuada incidência no quadro psicopatológico da toxicomania?

### **1.2. Objetivo**

Neste estudo, meu objetivo de identificar e discutir as manifestações clínicas da compulsão à repetição, sob dois enfoques: 1) em sua relação com as resistências; e 2) sua incidência no quadro psicopatológico da toxicomania.

### **1.3. Hipótese**

Levanto a hipótese de que a compulsão à repetição, em conjunto com as outras formas de resistências, formam um bloco resistencial, quase intransponível. Trata-se de um tipo de resistência primordial. No que tange à toxicomania, sua acentuada incidência estaria relacionada com o excesso de impulsos em estado bruto, não ligado (*Bindung*), e uma tendência a descarregá-los por meio de constantes atuações.



#### **1.4. Percurso do estudo**

Considerando os objetivos, opto por realizar o seguinte percurso.

No primeiro capítulo, identifico e apresento os diferentes usos que Freud faz do conceito de compulsão à repetição. Destaco três momentos importantes: 1) sua postulação, em “Recordar, repetir e elaborar” (1914); 2) como elemento base das pulsões, como vemos em “Além do princípio de prazer”; e 3) como modo de resistência do Id.

Em seguida, em “Compulsão à repetição, resistências e reação terapêutica negativa”, apresento e discuto as manifestações clínicas da compulsão à repetição, relacionadas à transferência, às resistências e à reação terapêutica negativa.

No terceiro capítulo, foco-me no estudo da toxicomania, quadro psicopatológico no qual a compulsão à repetição torna-se evidente e destrutiva, em sua relação direta com as pulsões de morte. Com o objetivo de ilustrar as concepções expostas no estudo, apresento, sucintamente, excertos de casos clínicos atendidos por mim, em âmbito institucional.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de teoria psicanalítica sobre a compulsão à repetição. Utilizei-me do método psicanalítico histórico-crítico de leitura de textos.

### 2.1. Método de leitura

Ler Freud é uma atividade sempre fecunda. Apesar de seus vários anos de existência, a obra freudiana continua sendo atual e vigorosa. Não se trata de um tipo de aceitação incondicional, tampouco de recusa imediata às suas ideias. Quando se lê um autor desse porte, deve-se ter um posicionamento crítico em relação ao texto, não o dogmatizando, tampouco eliminando suas lacunas, contradições e falhas argumentativas (Coelho Júnior, 1995).

É, nesse sentido, que Laplanche (1988) utiliza o termo fazer o “fazer o texto trabalhar”, para circunscrever uma determinada maneira de ler. Com essa expressão, o autor indica a necessidade de levarmos as contradições, os lapsos, a intertextualidade e as lacunas ao extremo, pois elas estão relacionadas diretamente com a complexidade do próprio objeto em questão. Assim, qualquer tentativa de homogeneizar o argumento dos autores resultaria em um grave erro, acarretando em sérias consequências para o desenvolvimento de estudos e pesquisas. Com efeito, “fazer o texto trabalhar” significa levar a contradição, a articulação e os elementos textuais a outro nível, que possa, inclusive, modificar a própria posição do problema de estudo. Tanto os detalhes – como, por exemplo, as notas de rodapé e o formato de apresentação visual – quanto a reconstrução do contexto, os esquecimento e repetições do autor são importantes e devem ser consideradas elementos de valor (Mezan, 1994). Trata-se, portanto, de uma maneira de “(...) percorrer a obra em todos os sentidos, sem nada omitir e sem nada privilegiar *a priori*, talvez seja para nós o equivalente da regra fundamental do tratamento” (Laplanche, 1988, p.55).

Com base no método psicanalítico, Laplanche (1988) propõe uma leitura histórico-crítica da psicanálise freudiana. Nesse tipo de trabalho, deve-se considerar, além das dimensões sociais e culturais de uma época, o próprio contexto presente nos textos. Considera-se toda a argumentação do autor, os problemas envolvidos em seu discurso, assim como todos os detalhes.

Herrmann (1994; 2001; 2004) é outro autor que enfatiza a importância do método psicanalítico, seja em nosso trabalho diário, como psicanalistas, ou no desenvolvimento de uma pesquisa. Ele pode ser utilizado em vários contextos e situações, como no consultório particular, em instituições, na análise de fenômenos sociais e culturais, na clínica ampliada e na leitura de textos psicanalíticos.

## **2.2. Critérios para o levantamento da bibliografia**

O autor principal e fonte primária desse estudo é Freud. Quanto aos seus textos, utilizei as “Obras completas de Sigmund Freud”, em espanhol, da editora *Biblioteca Nueva*. Trata-se de uma tradução considerada fiel ao vocabulário e espírito freudianos. Além disso, o “Vocabulário da psicanálise (Laplanche; Pontalis, 1995), o “Dicionário comentado do Alemão de Freud” (Hanns, 1996), “As palavras de Freud (Souza, 1999) e o “*Dictionnaire des oeuvres psychanalytiques*” (Assoun, 2009) possibilitaram-me uma melhor compreensão conceitual e da natureza do vocabulário freudiano. No que concerne aos comentadores de sua obra, Figueiredo (1999) e Monzani (1989) auxiliarem-me na apreensão da argumentação e apreensão dos textos.

No que tange às contribuições de outros analistas da primeira geração (Abraham, 1908; 1924; Ferenczi, 1911; 1911b; 1924; 1928; 1928b; 1930; 1932; Klein, 1952; Riviere, 1936), utilizei-me de suas postulações, conforme a temática desenvolvida em cada momento do estudo.

Em relação aos outros autores (Bergeret, 1983; Bleichmar, 1988; 2011; Cintra, 2000; Etchegoyen, 1987; Fedida, 1988; Figueiredo, 1999; 2008; Green, 1988; 1988b; 1999; 2000; 2001; 2007; 2008; 2010; 2011; 2012; Gurfinkel, 1996; 2001; 2008; 2011; Joseph, 1959; Melman, 2000; Minerbo, 2012; Olievenstein, 1985; Pontalis, 1988; 1991; 2005; Racker, 1982; Rosenfeld, 1968; 1968b; 1988; Roussillon, 2006; Uchitel, 2011; Waks, 1988; Zimerman, 1999), o critério de escolha também ocorreu de acordo com a contribuição para o desenvolvimento do estudo, independentemente de afiliações escolásticas e institucionais.

### **2.3. Critérios para a utilização dos textos**

O critério de utilização dos textos foi estabelecido de acordo com o conteúdo e a pertinência, em relação ao recorte realizado em cada capítulo. Dessa maneira, não houve nenhuma preocupação quanto à ordem cronológica dos trabalhos estudados.

### **2.4. Categorias de leitura**

Após a leitura inicial da bibliografia, levantei as seguintes categorias/eixos para a leitura dos textos selecionados:

- a) Identificação do tema central e dos temas periféricos;
- b) Identificação das possíveis contradições, esquecimentos, lacunas argumentativas, repetições e elementos intertextuais. Para tanto, realizei aproximações entre os diversos textos de diferentes épocas da produção freudiana, contextualizando-os e verificando as mudanças ou confirmações conceituais realizadas. Em diversos momentos, utilizei-me de perguntas, para indicar um determinado ponto contraditório, confuso ou instigante;
- c) Identificação e contextualização dos diferentes usos que determinado conceito passa a ter em cada texto, apontando para as suas transformações e alterações.

## CAPÍTULO I

### USOS DA COMPULSÃO À REPETIÇÃO EM FREUD

*Aprendi a controlar toda inclinação especulativa e a rever – conforme o conselho de meu inesquecível mestre Charcot – as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falarem por si mesma*  
(Freud, 1914b, p.1904).

Entre os processos psíquicos que foram discutidos por Freud em 1920, a compulsão à repetição possui um importante papel. Ora, foi justamente da constatação do fenômeno da repetição compulsiva de experiências desprazerosas que Freud buscou argumentos para levantar a hipótese da existência das pulsões de morte. Em “Além do princípio de prazer”<sup>2</sup> (1920), a neurose traumática, a brincadeira do *Fort/Da*, a transferência e as compulsões de destino levaram Freud a conjecturar uma compulsão à repetição sobrepondo-se ao princípio de prazer. Com a compulsão à repetição, aproximamo-nos mais da dimensão pulsional, em sua natureza indomesticável, exigente e “demoníaca”. Vemos isso, por exemplo, quando ele nos apresenta a compulsão de destino, na qual as pessoas se colocam ativamente nas mesmas situações desprazerosas. Elas sentem-se vítimas de uma espécie de destino maligno. Vivem como se fossem condenadas a um castigo repetitivo, quase semelhante ao trabalho de Sísifo, eternamente condenado à repetição do mesmo.

Em nossos consultórios, torna-se evidente a insistência repetitiva de certos padrões e organizações defensivas. Diversas interpretações e leituras metapsicológicas ou fenomenológicas podem ser efetuadas a respeito desse tipo de repetição compulsiva. A compulsão à repetição, como a vemos em “Além”, subverteu o tratamento analítico, pois nos obrigou a compreender que temos de lidar com resistências da própria pulsão – o que, sem dúvida, faz-nos, inclusive, repensar nos limites de nossa prática (Green, 2008). No modelo da primeira tópica, o analista trabalhava fazendo frente ao desejo. Com a constatação da compulsão à repetição e a natureza conservadora das pulsões, esse profissional viu-se mais próximo, em sua própria clínica, da pressão e da força das pulsões. Da utilização clínica desse conceito, Green levanta a hipótese de que ele é um desorganizador psíquico importante, pois leva a uma espécie de reprodução do mesmo. Para esse autor, não saberemos se foi em 1914 ou em 1920 que a compulsão à repetição

---

<sup>2</sup> Começo a denominar este texto apenas como “Além”.

obrigou Freud a rever e a modificar sua teoria pulsional. Não obstante, é fato que a postulação dessa noção promoveu uma mudança substancial na teoria e na clínica.

Neste capítulo, meu objetivo é apresentar os usos que Freud faz do conceito de compulsão à repetição. Desde sua postulação, ela é modificada e ganha diferentes contornos. Circunscrevo a importância de analisarmos três momentos: 1) a postulação em “Recordar, repetir e elaborar” (1914); 2) sua elevação ao modo de funcionamento pulsional, assim como sua utilização para a sustentação da hipótese das pulsões de morte, como se verifica em “Além” (1920); e 3) sua utilização como forma de resistência do Id. Ademais, para melhor apreensão de meu objeto de estudo, utilizo as contribuições de importantes analistas contemporâneos sobre o tema (Bleichmar, 1989; Cintra, 2000; Figueiredo, 2008; Green, 2008; Gurfinkel, 2011; 2008; Macedo, 2011; Minerbo, 2012; Monzani, 1989; Pontalis, 1995; Uchitel, 2003).

### **3.1. Compulsão à repetição e atuação em “Recordar, repetir e elaborar”**

*Jamais saberemos em que ponto a descoberta da compulsão à repetição, se agora em 1914 ou se depois em 1920 em “Além do princípio de prazer”, se dá a reviravolta no sistema freudiano (Green, 2008, p.130).*

“Recordar, repetir e elaborar” é central em qualquer discussão ou estudo sobre a compulsão à repetição. Em primeiro lugar, é nesse artigo que Freud apresenta a constatação clínica da impossibilidade de o analisando recordar a totalidade do que foi recalçado. Nesse contexto, o conceito de compulsão à repetição é utilizado como explicação para a tendência à atuação do recalçado. Um dos elementos centrais desse artigo é a polaridade atuação/recordação como diferentes formas de retorno do recalçado.

Para entendermos a complexidade da recordação, voltemo-nos para o texto “Lembranças encobridoras” (Freud, 1899). Nele, Freud apresenta a ideia de que existem lembranças que, aparentemente, são irrelevantes do ponto de vista da vida consciente do analisando – enquanto eventos marcantes de sua biografia não lhe vêm à mente. Qual é a razão desse esquecimento? Para responder à questão, ele faz uma importante distinção entre o que é relevante do ponto de vista do adulto e o que é relevante para a criança. Os adultos entendem que a lembrança deveria relacionar-se a um evento de intenso valor emocional. De fato, as lembranças infantis possuem esse caráter, mas também nos remetem a situações que são irrelevantes do ponto de vista do adulto. Como, por

exemplo, uma menina de dois anos que poderá se recordar de acidentes ocorridos com suas bonecas, mas não se lembrará de eventos familiares trágicos ocorridos na mesma época. Temos duas forças envolvidas: uma força que encara a importância da experiência como motivo para recordá-la, enquanto outra força impele no sentido de encobri-la. Sendo assim, as lembranças encobridoras aparecem como uma formação de compromisso entre o recalcado e a defesa. Esse compromisso ocorre da seguinte maneira: se, por um lado, a experiência registrada como marca mnêmica não é a relevante, e, dessa forma, a resistência prevalece; por outro, o registro realizado está intimamente relacionado com o evento importante. O mecanismo envolvido nessa operação é o deslocamento. Pensemos num adulto que se recorda claramente de um determinado móvel, do qual possui uma nítida visualização. Ele sente seu cheiro e a textura desse objeto. Por trás dessa vívida lembrança, aparentemente insignificante, encontram-se experiências relacionadas à masturbação infantil. Dessa forma, o compromisso firmado seria este: “bem, não podemos guardar essa horrível lembrança para não sermos castigados. Desculpe-nos, mas esse é nosso trabalho. No entanto, sabemos a pressão que vocês exercerão em relação à nossa decisão. Para firmarmos um compromisso, que tal guardarmos a lembrança do sofá? Assim teremos uma recordação relacionada à sua masturbação. Todavia, para que tudo ocorra bem, não lembraremos diretamente dela”. Esse tipo de lembrança não pode ser entendido como efeito de uma memória traiçoeira, pois são produzidas por forças que moldam a capacidade de recordar as vivências infantis (Freud, 1901). As recordações infantis devem ser compreendidas pelo analista como lembranças encobridoras, cabendo-lhe o trabalho de desvelá-las.

Com Freud, vemos que a recordação e o esquecimento são processos complexos. Já em 1914, ele distingue dois tipos de esquecimentos: 1) aqueles relacionados às experiências que, de alguma forma, foram vividas conscientemente. Aqui a experiência esquecida foi recalçada, e as lembranças encobridoras atuam como uma formação de compromisso entre o recalcado e a defesa; e 2) o que está relacionado com as experiências que nunca foram conscientes. Ora, como algo pode ser esquecido se nunca fora consciente? Existem vivências que não podem ser recuperadas, pois dizem respeito às experiências infantis remotas que não puderam ser compreendidas à época, mas que foram interpretadas *a posteriori*. É por meio da interpretação dos sonhos que podemos entrar em contato com essas experiências primevas, já que elas se manifestam predominantemente na produção onírica.

Continuando sua argumentação, Freud indica que existem dois tipos de analisandos: 1) aqueles que recordam os acontecimentos, mas, no decurso da análise, deixam de fazê-lo; e 2) outros que, desde o início do trabalho analítico, não recordam absolutamente nenhuma experiência recalçada. Nesse segundo caso, o analisando não recorda o que foi recalçado, mas, sim, atualiza, atua (*Agieren*) e revive o que deveria ser recordado. Repete sem saber que está repetindo. Com efeito, ocorre aqui a distinção entre duas formas de retorno do recalçado. O analista espera que esse último retorne por meio da recordação, realizada conforme o processo secundário. Entretanto, alguns pacientes não recordam dessa forma. Nesses casos, o retorno do recalçado seria realizado por meio da atuação (*Agieren*), que deve ser entendida como a expressão direta do recalçado na relação transferencial. São as repetições, a atualização e o deslocamento que configuram a transferência. Reproduz não como recordação, mas como atuação (*Agieren*), como vivência atualizada. Nas palavras de Pontalis (1991), a transferência “(...) é um “agir”, a transferência é uma paixão, não um “dizer” (ou então, um “dizer” que é “fazer”), e é isso que torna tão difícil, tanto para o paciente quanto para o analista, falar do assunto” (p.88).

Há uma conexão entre o texto aqui analisado e o artigo “A dinâmica da transferência”, publicado em 1912. Nesse último, Freud questiona a relação entre a transferência e a resistência. É na atualização em ato, sem pensamento, que a transferência é utilizada pelas resistências para proteger o aparelho psíquico do desprazer que as recordações das experiências poderiam causar ao Ego.

Enquanto o paciente estiver em tratamento, “não estará livre desta *compulsão à repetição*; compreende-se, finalmente, que esta é sua maneira de recordar” (Freud, 1914, p.152, grifos meus). Essa é a primeira vez que Freud utiliza o termo compulsão à repetição. A atuação é vista por Freud como uma forma de recordar. Há uma tendência a atuar (*Agieren*) o que não se pode conter e suportar psiquicamente. De certa forma, é como se dissesse: “não posso falar sobre isso, mesmo sendo muito importante para mim; não posso pensá-lo, mas posso vivê-lo aqui e agora com você. Vou revivê-lo, aqui e agora, pois não posso suportar isso dentro de mim”.

Sobretudo, é a relação entre compulsão à repetição, transferência e resistência que interessa a Freud. A transferência é vista como uma parcela da compulsão à repetição: essa última, mais abrangente, passa a ser uma das causas diretas da primeira. O analisando submete-se à compulsão à repetição não somente na análise, mas em sua vida de forma geral. Quanto mais intensas forem as resistências, mais a recordação será



substituída pela atuação (*Agieren*). Resta saber: o que de fato se repete nas atuações? Repete-se o que avançou do recalçado para a vida do sujeito, como suas inibições, posturas e seus sintomas. Para o analista, conseguir que o analisando recorde o que foi recalçado continua sendo sua meta – mesmo sabendo que ela não poderá ser completamente atingida. Nesse período da psicanálise – estamos em 1914 –, o inconsciente é formado essencialmente por representações, que no trabalho analítico precisariam ser recordadas e verbalizadas. Somente assim poderia haver a possibilidade de elaboração das experiências vividas.

Essa atuação é um processo mais primitivo do que a recordação (Freud, 1913). O ato (*Agieren*) seria a manifestação direta do funcionamento do processo primário na vida psíquica, ao passo que o pensamento é uma aquisição de um funcionamento mental mais elaborado e desenvolvido, submetido ao processo secundário. Por conseguinte, somente pela via da recordação, da utilização da memória e do pensamento, haverá a possibilidade de elaboração.

A compulsão à repetição aparece como um elemento central para a explicação da tendência à atuação (*Agieren*), ao invés da recordação. O enfoque de Freud está na relação entre a resistência e a compulsão à repetição. Ele vê-se obrigado a abandonar sua credulidade na recordação (Green, 2008). De certa maneira, esse abandono marca o surgimento de uma clínica centrada na repetição (Assoun, 2009). Como analisar com a constatação dos limites da capacidade de recordação? Dito de outra maneira, como realizar a análise, que está centrada na recordação das representações, quando só há o negativo e falta de representação? Na tentativa de encontrar respostas para essa pergunta, Freud conduzir-nos-á para novos rumos, que nos levarão para a segunda teoria pulsional.

A seguir, veremos com a compulsão à repetição é ampliada e passa a ter o estatuto de princípio do funcionamento pulsional.

### **3.2. Repetição, neurose traumática e *Fort/Da***

Em uma nota de rodapé<sup>3</sup> ao caso Emmy von N, acrescentada em 1924, Freud (1895b) faz uma interessante menção à compulsão à repetição. Num congresso científico, encontra um médico que também cuidara da supracitada paciente. Interessado

---

<sup>3</sup> Como essa nota não está presente na tradução da espanhola da *Biblioteca Nueva*, faço referência à Edição *Standard* das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, publicada pela editora Imago.

em obter notícias, Freud pergunta ao colega se ele tem alguma informação sobre Emmy von N.

Sim, respondeu, conhecia, e ele próprio lhe fizera um tratamento hipnótico. Ela havia passado, com ele – e com muitos outros médicos – por um processo idêntico ao que tivera comigo. Seu estado se agravara muito; ela havia recompensado o tratamento hipnótico feito com ele, abandonando-o e mais uma vez deixando que a doença retomasse seu pleno curso. *Era um caso autêntico de compulsão à repetição* (grifos meus, p.132-133).

Ao ouvir que Sra. Emmy von N. continuou repetindo com outros médicos o que vivera com ele, Freud impressionou-se tanto que o fato permaneceu em sua memória. Trinta anos depois, considerou-o como um autêntico exemplo da compulsão à repetição (Jones, 1989). É curioso notar que tanto tempo depois da primeira publicação dos “Estudos sobre a histeria” (1895b), Freud escreva uma nota atribuindo o fracasso terapêutico desse caso a esse fenômeno repetitivo. No caso da Sra. Emmy von N, ele afirmava a existência de uma compulsão à associação atuando na vida psíquica. Essa compulsão teria o objetivo de ligar e realizar associações entre as representações. Se Freud, em 1895 – quando da primeira publicação do caso – pensava numa compulsão à associação, em 1924, data do acréscimo da nota acima citada, circunscreve a compulsão à repetição como elemento central para o fracasso da análise da paciente. Qual foi o papel que esse conceito passou a ter em sua obra? Por que será que, em 1924, data em que a teoria pulsional já havia sido modificada, a segunda tópica postulada e o masoquismo primário identificado, Freud compreendeu que Emmy von N. sofria dessa insistência do mesmo, nomeada de compulsão à repetição?

Em “O estranho” (1919), Freud faz referência a um trabalho já concluído, mas ainda não publicado. Trata-se de “Além” (1920). Nota-se que não há nenhuma menção às pulsões de vida e às pulsões de morte. A ênfase recai sobre a compulsão à repetição.

Remeto o leitor a uma nova exposição do tema num trabalho já concluído. Limito-me, pois, a assinalar que *a atividade psíquica inconsciente está dominada por um automatismo de repetição (compulsão à repetição)* inerente, com toda probabilidade, à essência mesma das pulsões – *repetição com potencial de poder suficiente para se sobrepor ao princípio de prazer*; um impulso que confere a certas manifestações da vida psíquica um caráter demoníaco, que também se manifesta com grande nitidez nas tendências das crianças pequenas, e que também domina parte do curso do tratamento dos pacientes neuróticos (Freud, 1919, p.2496, grifos do autor).

Transcrevo o trecho acima com o objetivo de mostrar como Freud, em poucas linhas, apresenta algumas das modificações essenciais que irá expor em 1920<sup>4</sup>. Verifica-se que a compulsão à repetição ganhará o estatuto de qualidade da própria pulsão.

Como sabemos, o aparelho psíquico é regulado pelo princípio de prazer. Isso significa que os eventos psíquicos são movimentados pela tendência a diminuir a tensão ocasionada pelo acúmulo de excitação. Trata-se, pois, de uma concepção essencialmente econômica. Inicialmente, o princípio de prazer era conhecido como princípio de desprazer/prazer (Freud, 1900). Se o aparelho psíquico é movimentado pela busca de prazer, obtido pela satisfação das exigências pulsionais, e o acúmulo é sentido como desprazer, então o primeiro tempo dessa ação é o acúmulo de energia, pois é justamente o seu escoamento que será sentido como prazer. Via de regra, só é possível obter prazer (diminuição de energia livre no aparelho) se anteriormente houver desprazer (acúmulo de energia livre no aparelho).

Em um primeiro momento, todo o trabalho de Freud consiste em colocar à prova o alcance do princípio de prazer. Procura, sobremaneira, encontrar fenômenos que não estão submetidos ao supracitado princípio. Nessa busca, elenca quatro fenômenos: 1) trauma; 2) brincadeira infantil do *Fort/Da*; 3) repetição transferencial de situações desprazerosas; e 4) compulsão de destino.

Remetendo-nos à clínica do trauma, Freud afirma que a neurose traumática ocorre após uma intensa carga de energia despendida, seja em graves acidentes, amputações e/ou desastres de uma forma geral. O fator de surpresa e o susto são elementos etiológicos importantes. Para explicar-se melhor, ele apresenta a diferença entre susto, receio e medo. O medo diz respeito a um estado no qual há uma preparação para alguma forma de perigo. O receio, por sua vez, ocorre quando há algum objeto a ser temido. Já o susto é caracterizado pela surpresa que advém do fato de não haver a preparação para o perigo, ou seja, o medo não existe. A neurose traumática estaria relacionada ao susto, já que o medo protegeria o sujeito da situação inesperada.

Os sonhos dos traumatizados recolocam o sujeito na situação traumática. Em suas vidas despertas, no entanto, não estão interessados em pensar no evento traumático. Aliás, é provável que conscientemente prefiram evitá-los. Surge um problema: como alinhar a constatação de que o sonho é a realização de desejo se os traumatizados

---

<sup>4</sup> Para uma leitura interpretativa do texto integral, remeto o leitor aos trabalhos de Derrida (2007), Figueiredo (1999) e Monzani (1989).

insistem em sonhar com os eventos traumatizantes? Nesse momento, Freud não chega a resolver o problema, mas pensa que, nos traumatizados, a função onírica poderia estar prejudicada. A pergunta que resta: esse tipo de sonho nos dá indícios de processos psíquicos além do princípio de prazer?

Da análise da neurose traumática, Freud leva-nos a examinar os processos psíquicos relacionados a uma situação da vida cotidiana: a brincadeira das crianças. Para exemplificar a compulsão à repetição atuando na vida psíquica, ele utiliza a simples brincadeira de uma criança pequena – que sabemos ser seu próprio neto, filho de sua amada Sophie (Gay, 1989). A criança era obediente e nunca chorava quando sua mãe se ausentava, a despeito de sua forte ligação com ela. Ele tinha o hábito de agarrar objetos e atirá-los para longe, emitindo um som “o-o-o-ó”. Esse som vinha acompanhado por uma expressão de satisfação. Freud e a mãe da criança concordaram em interpretar este som como uma tentativa de expressar a palavra alemã “*fort*”, que significa “partir, ir embora”. Em seguida, puxava o cordão para que o carretel reaparecesse. Assim que o via, expressava “*da*”, que significa “ali”. A brincadeira da criança consistia em fazer “desaparecer e reaparecer” o objeto, configurando assim uma espécie de jogo. O *Fort/da* mostra-nos o processo de simbolização, a esperança do retorno do objeto, a possibilidade de experimentar os movimentos (lançar-trazer de volta), a percepção (aqui, não aqui), os afetos (prazer/desprazer) e a própria temporalidade (ausência e presença) (Green, 2001).

Como relacionar a repetição dessa situação aflitiva, a ausência da mãe, com o princípio de prazer? Freud chega à conclusão de que a brincadeira possuía o objetivo de possibilitar à criança a sensação de ser ativa, colocando-se como sujeito da ação na situação. Com isso, a sentença ficaria assim: “mamãe não abandonou o filho, foi o filho que a mandou embora”. Não restavam dúvidas de que o prazer do menininho estava relacionado com o movimento de fazer o objeto retornar: tratava-se de uma forma de lidar com a renúncia pulsional ligada à ausência da mãe. Freud questiona se o processo de tornar-se ativo, em relação à vivência desprazerosa, poderia sugerir a existência de um evento psíquico independente do princípio de prazer. A resposta é negativa, pois esse exemplo mostra que, mesmo repetindo a vivência desagradável na brincadeira, a ação da criança estava submetida ao princípio de prazer.

Até o momento, Freud conclui que nem os sonhos dos traumatizados nem as brincadeiras das crianças mostram a existência de eventos psíquicos que coloquem à

prova o princípio de prazer. Em ambos os casos, mesmo com a repetição de situações dolorosas, o desprazer é evitado e o prazer é alcançado com essas repetições.

Com efeito, veremos como, com base em fenômenos clínicos, Freud encontra consistência para postular a existência de uma compulsão à repetição atuando além do princípio de prazer.

### **3.3. Transferência e compulsão de destino: a constatação clínica da compulsão à repetição além do princípio de prazer**

Freud (1914), cada vez mais, viu-se diante da impossibilidade de o analisando recordar suas experiências mais importantes. A parcela do que é repetido e do que é recordado varia de acordo com cada caso. O analista deve se apresentar na relação analítica de uma forma que possibilite a instalação da transferência e das possíveis atuações (*Agieren*), sempre cuidando para que o analisando também conserve a capacidade de poder perceber que suas atuais vivências (transferenciais) são reflexos de seu passado recalado. Trata-se, portanto, de possibilitar a transformação da neurose comum em uma neurose de transferência.

Nesse momento, ao retomar o tema da transferência, Freud fala abertamente da compulsão à repetição, associando essa última à resistência do Ego. Assim, a transferência é utilizada pela resistência quando o analisando se aproxima de experiências que causariam desprazer ao Ego – é aqui que a resistência transferencial inicia o seu trabalho. Por essa razão, a resistência luta para impedir que o recalado retorne – o princípio de prazer continua soberano. É preciso entender que o inconsciente não exerce resistência, pois, ao contrário, sua meta é irromper ao consciente e livrar-se da pressão que pesa sobre ele. A compulsão à repetição é uma manifestação do recalado, que busca expressar e exerce pressão para se manifestar. No entanto, em “Inibições, sintomas e angústia” (1926), ela passará a ser entendida com uma forma de resistência do inconsciente. Veremos como ocorrerá essa modificação.

Com efeito, a compulsão à repetição é a expressão direta do recalado, em seu ímpeto para manifestar-se incondicionalmente. Em sua busca por algum tipo de processo psíquico além do princípio de prazer, Freud questiona-se: qual é a relação entre esse princípio e a compulsão à repetição? É interessante sua afirmação de que “(...) *quase* tudo que a compulsão à repetição consegue fazer o paciente reviver outra vez causa muito desprazer ao Eu”, já que “(...) as atividades de moções pulsionais

recalcadas são expostas” (Freud, 1920, p.145, grifo meu). É importante enfatizar que nem tudo o que se repete causa desprazer. Por conseguinte, a compulsão à repetição está relacionada tanto à repetição do desprazer quanto às repetições relacionadas ao princípio de prazer (Bleichmar, 1988). Se Freud enfatiza o aspecto desprazeroso desse tipo de repetição, é com o objetivo de destacar claramente o caráter radical e “demoníaco” relacionado à insistência de determinadas situações que nunca produziram prazer.

Agora sabemos: foi da constatação da compulsão à repetição em análise que Freud pôde sustentar a hipótese de processos que não estão submetidos ao princípio de prazer. Para explicar esse fato, ele retoma as experiências infantis que foram desagradáveis à época, tais como o fracasso da investigação sexual infantil e as experiências desprazerosas ligadas ao Édipo. Elas são atualizadas e revividas na relação transferencial/contratransferencial com o analista. Transferência do desprazer, do mortífero; insistência do mesmo que se encerra em si mesma. Ela evidencia uma força pulsional em estado bruto.

Além da transferência de vivências desprazerosas, a constatação de que algumas pessoas preparam ativamente seus destinos cruéis, e, assim, dão a impressão de estarem sendo perseguidas por mazelas demoníacas, levou Freud a pensar em uma espécie de compulsão de destino<sup>5</sup> (*Schicksalzwang*) atuando na vida psíquica. A psicanálise nos dá subsídios para entendermos que esse tipo de fenômeno é determinado pelas experiências infantis precoces. Nesses casos, existem repetições, reedições dos mesmos padrões de relações objetais e cristalização de um determinado funcionamento psíquico. É como se tivéssemos várias montagens da mesma peça, com atores, cenários e figurinos diferentes entre cada uma delas. Não obstante, os papéis, a dinâmica e o desfecho continuam os mesmos. Nesse tipo de caso, a pessoa sente-se passiva nas mãos de um destino cruel. A psicanálise, entretanto, esclarece-nos que essas pessoas são ativas na produção de sua história. É lúcido indicar que, na compulsão de destino, a transferência, como parcela da compulsão à repetição, também possui um papel central, pois possibilita o deslocamento de representações e afetos para esse interrelacionamento entre passado e presente, aqui e lá. Ora, quantas vezes Freud (1912)

---

<sup>5</sup> *Schicksalzwang*, literalmente “compulsão de destino” (Laplanche; Pontalis, 1995). Comumente fala-se em neurose de destino. Contudo, entendendo que compulsão de destino exprime claramente o fenômeno que Freud alude: a coerção compulsiva que obriga o sujeito a manter um determinado posicionamento subjetivo – que o levará a vivências que resultarão sempre num desfecho idêntico, construindo, assim, uma espécie de destino maligno, visto que se repetem experiências desprazerosas. Em sua tradução da obra de Freud, Hanns (2006) também utiliza compulsão de destino.

afirmou que a transferência não é fruto da psicanálise: trata-se de um processo psíquico humano, e, portanto, sua incidência não é exclusiva do trabalho analítico.

Lembremo-nos dos fenômenos analisados por Freud até o momento: 1) trauma; 2) *Fort/da*; 3) transferência; e 4) compulsão de destino. Qual é a relação deles com a compulsão à repetição?

Ao levantarmos em conta essas observações a respeito da transferência e a fatalidade presente no destino de tantos seres humanos, vemo-nos encorajados a assumir a hipótese de que realmente existe na vida psíquica uma compulsão à repetição [*Wiederholungszwang*] que ultrapassa o princípio de prazer. Estaremos também inclinados a relacionar essa compulsão [*Zwang*] aos sonhos que ocorrem na neurose traumática, bem como ao impulso [*Antrieb*] da criança para a brincadeira (p.148).

A transferência de experiências desprazerosas e a compulsão de destino dão subsídios para Freud levantar a hipótese de algo além do princípio de prazer. Somente em raros casos<sup>6</sup> a compulsão à repetição pode ser identificada sem ter nenhuma conexão com fenômenos relacionados ao princípio de prazer. Os sonhos dos traumatizados e a brincadeira do *Fort/Da* são exemplos da articulação entre a repetição do desprazer e o prazer de se tornar ativo numa vivência sentida como abandono do objeto. Há, por assim dizer, um amálgama complexo entre o elemento narcísico de preservação do Ego e certa tendência ao sofrimento. A brincadeira do menino, mesmo repetindo a situação dolorosa, vincula-se ao princípio de prazer, pois repete a vivência desprazerosa para que possa se tornar ativo na experiência. Mesmo na repetição de situações desprazerosas na clínica, o Ego utiliza a transferência como resistência, já que, sob o domínio do princípio de prazer, deve manter o recalado distante do pré-consciente. Nesse caso, portanto, temos a articulação entre a compulsão à repetição e o princípio de prazer. Nos sonhos dos traumatizados, a repetição onírica da cena traumática tem o objetivo de também fazer com que a pessoa viva o medo e os afetos que não puderam ser vividos à época da experiência.

A meu ver, não se pode desconsiderar os exemplos clínicos apresentados por Freud para a postulação da compulsão à repetição como processo psíquico responsável pela insistência repetitiva. É interessante notarmos que ele utiliza uma série de fenômenos para verificar a validade da hipótese de uma compulsão à repetição além do

---

<sup>6</sup> Freud não nos fala em quais casos podemos verificar a compulsão à repetição em “estado puro”, sem a companhia de outros motivos.

princípio de prazer (Monzani, 1989): (neurose traumática + *fort/da* + transferência de situações desprazerosas + compulsão de destino). Dentre os fenômenos dessa série, é mister recordar a ênfase dada por Freud à transferência. Será que ainda se sustenta alguma dúvida sobre a importância clínica da compulsão à repetição<sup>7</sup>?

### 3.4. A compulsão à repetição e a *Bindung*

Quando Freud inicia o quarto capítulo de “Além”, indicando que o restante do texto terá um caráter especulativo, pode-se entender que, até o momento, seus argumentos estavam baseados em outro tipo de sustentação – consequentemente, não especulativa.

Dentre os diversos elementos presentes nessa parte de “Além”, interessa-nos a relação entre compulsão à repetição e ligação (*Bindung*). Para tanto, faz-se necessário percorrer o caminho trilhado por Freud.

Freud inicia a especulação psicanalítica realizando considerações sobre uma vesícula viva. A superfície desse organismo primitivo, voltada para o exterior, teria a função de ser receptora dos estímulos. Supõe-se que o impacto intermitente dos estímulos externos sobre a vesícula modificaria permanentemente a substância de sua superfície, formando, assim, uma espécie de crosta protetora. A superfície receptora recebe tantos estímulos que chega a se tornar inorgânica. Sem esse tipo de proteção, a substância viva seria aniquilada pela intensidade de estímulos. Com isso, a crosta de matéria morta faz que as camadas abaixo recebam menos energias diretamente. Como exemplo, podemos pensar numa “casca” protetora que cobre as feridas da pele. Caso não se formasse essa espécie de proteção, o organismo seria atacado por estímulos externos intensos, como batidas na região, bactérias, sujeira, água e calor intenso. O rompimento da barreira de proteção provocaria um trauma ao organismo.

A crosta protege a vesícula dos estímulos externos, e Freud ressalta que não há um escudo contra a excitação interna, pois não existe uma camada interior para reduzir seu impacto. Se o trauma ocorre com a ruptura da barreira protetora, como haverá trauma se não há essa mesma barreira internamente? Como se verá a seguir, o trauma está muito mais ligado à incapacidade do aparelho conseguir ligar as energias livres do que à ruptura da barreira de proteção.

---

<sup>7</sup> A articulação entre compulsão à repetição, transferência e resistência será discutida no segundo capítulo.



O trauma provoca perturbações na economia das energias do organismo, pois há uma espécie de inundação de excitação de grande intensidade. Sem conseguir impedir que as excitações invadam o aparelho psíquico, o organismo trabalha para ligar as energias livres à reserva de energia ligada. O papel do aparelho psíquico é atar (*Bindung*), ligar as energias livres e móveis, imobilizando-as. Para exemplificar, Freud utiliza a dor física, entendida como consequência do rompimento do escudo protetor em uma determinada região. Qual será a reação do organismo em relação ao excesso de estímulos? Haverá a convocação de energias de todos os lados para que possa combater o excesso de estímulo. Esse excesso imobiliza o aparelho, impedindo-o de processar psiquicamente a enorme quantidade de energia que o invade. Seria uma espécie de contra-ataque a um exército que invadiu o território inimigo. Nesse sentido, quanto maior a reserva de energia quiescente, tanto maior será também a sua capacidade e força para atar as energias livres. A *Bindung* consiste, pois, justamente no processo de enlaçamento e ligação das energias, colocando-as em repouso e submetendo-as ao modo de trabalho realizado no processo secundário.

A neurose traumática é considerada consequência de uma ruptura do escudo protetor. Contudo, efetivamente, o que caracteriza o trauma não é necessariamente o choque, mas a ausência de preparação para o evento traumatizante. Sem esse aviso prévio, podemos ficar quase que imobilizados para nos defendermos das experiências intensas e excessivas. Se pudéssemos prever os eventos traumáticos, poderíamos construir defesas com as energias em estado de repouso. A prontidão para o medo e as para-excitações dos sistemas receptores constituem a linha de defesa como as energias invasoras. O trauma ocorre quando o sistema não está preparado para se defender, pois não tem estoque de energia quiescente como defesa do aparelho psíquico. É assim que podemos pensar na existência do trauma interno, ocorrido por um acúmulo ou uma descarga demasiadamente intensa de energia, desestabilizando o aparelho e impossibilitando-o de defender-se desse ataque interno.

Tanto os sonhos dos traumatizados, quanto os sonhos que ocorrem durante a análise e remetem à recordação do trauma infantil, “(...) obedecem muito *mais* à compulsão à repetição, [*Wiederholungszwang*] (...)” (Freud, 1920, p, 156, grifo meu). É interessante Freud dizer que esses tipos de sonhos obedecem muito mais à compulsão à repetição, mas não afirmar que obedecem exclusivamente a ela. Assim como se viu anteriormente, a compulsão à repetição é relacionada tanto com o princípio de prazer quanto com os fenômenos que não são regidos por ele. Qual seria então o processo além

desse princípio? Trata-se, pois, do processo de ligar as energias livres que invadem o aparelho. Somente após a ligação de uma parcela da energia livre, poderá haver a dominância do princípio de prazer.

Só depois de ter havido um enlaçamento [*Bindung*] bem-sucedido é que poder-se-ia se estabelecer o domínio irrestrito do princípio de prazer ( e de sua modificação em princípio de realidade. Enquanto isso não acontece, a tarefa do aparelho psíquico de processar [*bewältigen*] ou enlaçar [*binden*] a excitação teria prioridade, não em oposição ao princípio de prazer, mas operando independentemente dela e, em parte, sem levá-lo em consideração (Freud, 1920, p. 159, grifos meu).

Por conseguinte, a função primitiva, além e aquém do princípio de prazer, é ligar as energias livres, transformá-las em energias atadas/ligadas, submetendo-as ao processo secundário – e, portanto, à possibilidade de criação de pensamento, de integração e de sentido às experiências vividas.

Segundo Monzani (1989), é na falha da *Bindung*, no processo de ligar, atar as energias em estado livre, que podemos ver a compulsão à repetição atuando. Dito de outra forma, é no fracasso da *Bindung* que a pulsão, em seu estado selvagem e ineducável, poderá manifestar-se em sua plenitude, repetindo-se livremente. Em última instância, a repetição do mesmo pode ser encontrada onde a *Bindung* não pôde efetuar efetivamente sua função.

Nesse momento, aparentemente, a função da compulsão à repetição é possibilitar que o processo da *Bindung* seja realizado. Os sonhos dos traumatizados têm o objetivo de recolocar os sujeitos na cena traumática para que eles possam viver o que não foi vivido na ocasião. A relação entre a *Bindung* e a repetição torna-se evidente: repete-se para que o processo de ligação ocorra. Em suma, ela funcionaria como uma espécie de tentativa de integrar e elaborar as experiências que, devido à forte intensidade, necessitam de alguma resolução para que possam ser ligadas, e, assim, produzir sentido às experiências.

Não obstante, podemos formular a seguinte questão: as experiências desprazerosas são repetidas para poderem ser ligadas, possibilitando, dessa forma, a *Bindung*? Ou, inversamente, esse tipo de repetição ocorre por que a *Bindung* não pôde ser realizada, e, assim, o único destino dessas experiências seria a repetição sem objetivo? Não se trata de uma pergunta retórica, pois é de fundamental importância circunscrever se a compulsão à repetição está à serviço da *Bindung*, ou se é justamente

onde essa última falha que podemos ver a insistência pulsional. Nesse sentido, a compulsão à repetição torna-se um fenômeno mais elementar do que a própria *Bindung*, pois antecede qualquer possibilidade de ligação. Trata-se, portanto, de um processo originário de nossa vida psíquica. Cintra (2000) salienta muito claramente essa concepção, afirmando que o ponto de vista de Freud diz respeito à ideia de haver uma repetição cega e sem objetivos.

(...) Antes da *Bindung* originária ainda não se formou aquela mínima capacidade de metabolizar as excitações seja através de descargas, seja através de outros mecanismos de defesa, ou seja, a ideia de Freud é que, neste hipotético momento, as excitações não podem ser encaminhadas a um destino particular através do aparelho psíquico. Se não podem ser “destinadas”, então se repetem. Repetir seria a eventualidade mais extrema, algo que acontece quando a função metabolizadora do aparelho psíquico ainda não se constituiu e, portanto, só resta a repetição. (p.70).

Nesse caso, a compulsão à repetição seria um repetir sem objetivo. Repete-se porque a repetição é qualidade da própria pulsão. Vemos configurarem-se duas dimensões: 1) função de repetir para possibilitar a *Bindung*; e 2) repetir como fundamento da própria natureza da pulsão. Trata-se, portanto, de uma repetição sem objetivo, sem sentido; cega em sua insistência no mesmo. Com Bleichmar (1988), concordo que devemos cuidar para não realizarmos uma leitura funcionalista da compulsão à repetição. Se em Freud vemos sua relação com a *Bindung*, nele também vemos o caráter demoníaco, sem objetivo ou função, da compulsão à repetição. Bibring (1943 *apud* Bleichmar, 1988, p.29), em uma tentativa de expor com clareza a concepção de Freud sobre esse tipo de repetição do desprazer, propõe a interessante distinção: a) tendência repetitiva ou reprodutiva, caracterizada pela preservação da situação traumática; b) tendência restitutiva, relacionada à função de repetição para possibilitar o trabalho da *Bindung*.

### **3.5. A compulsão à repetição e as pulsões de vida/pulsões de morte**

A constatação da compulsão à repetição aquém do princípio de prazer será central na postulação das pulsões de vida/pulsões de morte. As manifestações da compulsão à repetição “(...) não só exibem um caráter altamente pulsional [*triebhaft*], como também – *quando se opõem ao princípio de prazer* – apresentam até mesmo um caráter demoníaco” (Freud, 1920, p.159, grifos meus). Vemos que Freud relaciona a

compulsão à repetição à pulsão, dando à primeira um estatuto de elemento altamente pulsional. Aliás, o caráter demoníaco decorre justamente dessa espécie de “entidade” que se apodera e transforma o analisando num autômato de repetição do desagradável ao Ego.

Se a compulsão à repetição, quando não está sob a égide do princípio de prazer, possui um caráter pulsional acentuado, como podemos entender especificamente sua relação com a própria pulsão?

Mas, então, qual é a natureza da relação entre o que é pulsional e a compulsão a repetir [*Zwang zur Wiederholung*]? Nesta altura, talvez estejamos na pista certa para encontrar uma característica universal das pulsões – ou até mesmo da vida orgânica em geral – a qual creio até hoje ainda não foi claramente reconhecida ou pelo menos não devidamente destacada. *Uma pulsão seria, portanto, uma força impelente [Drang] interna ao organismo vivo que visa a restabelecer um estado anterior* que o ser vivo precisou abandonar devido à influência de forças perturbadoras externas. Trata-se, portanto, de uma espécie de elasticidade orgânica, ou se preferirmos, da manifestação da inércia da vida orgânica (p.160, grifos do autor).

A pulsão passa a ser conservadora, não mais atuando no sentido do desenvolvimento do organismo. A compulsão à repetição relaciona-se às pulsões na medida em que pode ser entendida como uma repetição reprodutiva que não visa ao desenvolvimento, e, portanto, mostraria a tendência conservadora do funcionamento pulsional.

Além dessas pulsões conservadoras, Freud já nos diz que, em contrapartida, existem pulsões que trabalham no sentido de desenvolvimento do organismo vivo. Se as pulsões são conservadoras e atuam na direção à regressão, será preciso pensar que o desenvolvimento ocorre devido às forças externas perturbadoras. Esse argumento é reforçado ao pensarmos que, se mantidas as mesmas condições, os organismos não desejariam mudar. Dessa forma, eles repetem seu percurso regressivamente, com vistas às etapas anteriores do desenvolvimento. Se entendermos que todo ser vivo morre, retornando ao estado inorgânico, “*o objetivo de toda vida é a morte, e remontando ao passado: o inanimado já existia antes do vivo*” (p.161, grifos do autor). Ora, se existe, na vida psíquica, uma força conservadora, que compele para a repetição do mesmo, deve haver também uma espécie de pulsão que trabalha no sentido de impedir o desenvolvimento do organismo, fazendo esse último retornar até a não-existência. Trata-se, portanto, das próprias pulsões de morte, em seu caráter conservador rumo à

morte do Ego. Ademais, as pulsões de vida, responsáveis pelo desenvolvimento e por agrupar e ligar o organismo com os seus diversos elementos e com os objetos, também são conservadoras em certo sentido, pois visam a que o organismo seja preservado até poder morrer à sua maneira e a seu tempo.

Há uma espécie de ritmo alternante entre as pulsões: enquanto as pulsões de vida precipitam-se no sentido do desenvolvimento, as pulsões de morte objetivam a regressão e a repetição. Ritmo vacilante entre um avanço e um recuo entre uma etapa posterior e anterior do desenvolvimento. A vida teria uma força intrínseca que a impede de se desenvolver, pois a impele no sentido de não-vida, para utilizarmos expressão de McDougall (1992). Segundo Aulagnier (1990), podemos pensar sobre a existência de um desejo de não-desejar, isto é, uma total anulação de qualquer investimento – trabalho característico das pulsões de morte. Se anteriormente a pulsão era vista como uma manifestação no sentido do desenvolvimento, agora somos obrigados a reconhecer seu caráter conservador.

Vida e morte; amor e destruição cruzam-se complexamente. Freud antecipa em parte sua compreensão da fusão pulsional, que só será apresentada efetivamente em “O Ego e o Id” (1923). No supracitado texto, vemos como a noção de fusão das pulsões mostra claramente a necessidade de um elemento que pudesse explicar a complexidade da ação das pulsões sobre os objetos. Apesar de indicar a possibilidade de defusão pulsional, na qual cada pulsão procuraria chegar ao seu objetivo de maneira independente, encontramos na ideia de uma ação conjunta das pulsões mais indícios para verificarmos que a compulsão à repetição não está relacionada somente às pulsões de morte. Mesmo quando Freud trata do predomínio da destrutividade sem relação a Eros, seria impossível encontrarmos uma defusão total das pulsões. Em última instância, o predomínio e a anulação total de uma das pulsões é, a meu ver, impensável e incoerente com o pensamento freudiano, pois reduz todo o jogo de relação entre vida e morte, retirando-lhe o caráter de conflito intermitente. Se houvesse a defusão total das pulsões, a vida seria aniquilada. Inclusive nos casos de suicídios, os efeitos das pulsões de vida/pulsões de morte não podem ser entendidos de maneira simplista. Talvez o desejo de não viver, de retonar ao estágio anterior, muito possivelmente esteja relacionado com o investimento de Eros na fantasia de apaziguar as tensões, eliminando assim o conflito e o sofrimento. Rosenberg (2003) também acentua a impossibilidade de uma defusão completa da libido. Aliás, ele aborda um ponto elementar da noção de fusão/defusão pulsional. Em sua opinião, a fusão diz respeito à manifestação das

pulsões antagônicas em relação a um mesmo objeto. Fusão, nesse sentido, não expressa a união das duas classes de pulsões, como se formassem uma só. O que ocorre é a ação das duas pulsões, que permanecem homogêneas, sob o objeto, e são “(...) os efeitos antagônicos sobre o objeto que se combinam para dar uma resultante comum” (p.162).

Como vemos acima, vida e não-vida estão relacionadas de maneira complexa, que não pode ser expressa por uma compreensão superficial do dualismo pulsões de vida/pulsões de morte. Se as pulsões de morte insistem, as pulsões de vida também. Conforme bem esclarece Green (1988), estaríamos descaracterizando a proposta freudiana se pensássemos em um dos dois termos separadamente. Para entendermos de forma precisa as pulsões de morte, necessariamente teremos de nos ater ao estudo das pulsões de vida. Qual é a relação entre compulsão à repetição e o trabalho das pulsões de vida? Nesse ponto, novamente a compulsão à repetição está vinculada também à insistência repetitiva dos processos psíquicos relacionados ao princípio de prazer. Não custa lembrar que não é possível verificamos o trabalho da compulsão à repetição desvinculado de interesses sexuais (Freud, 1920). Por conseguinte, devido à fusão pulsional, nos é quase impossível identificar a compulsão à repetição sem relação com o princípio de prazer.

A compulsão à repetição pode ser vista como uma espécie de princípio de repetição, que atua diretamente e provoca efeitos em todo o funcionamento pulsional. Lembremo-nos de que foi da constatação da transferência das experiências infantis desagradáveis que Freud pôde postular a existência de uma compulsão à repetição atuando na vida psíquica. A transferência, em sua própria natureza, é deslocamento e relação entre os objetos: só haverá transferência de algo do passado se houver um objeto no presente para que se deposite o que foi transferido.

Esse fenômeno repetitivo pode ser mais acentuado, ganhando o estatuto de demoníaco, quando da ação direta das pulsões de morte, como já vimos (Green, 1989). Isso ocorre justamente porque é nesse trabalho silencioso das pulsões de morte (Freud, 1923) que a repetição e a insistência do desagradável ocorrem como manifestações do próprio funcionamento pulsional. É nesse negativo, se assim podemos dizer, dos elementos pulsionais não-ligados pela *Bindung* que a repetição da pulsão, em si mesma, passa a ser vista como demoníaca. Pontalis (2005) aponta o processo de desligamento como característica essencial das pulsões de morte. É no processo de desligamento, “(...) cuja única finalidade é realizar-se e ao qual seu caráter repetitivo imprime a marca do pulsional, que a pulsão de morte se exerce” (p.260).

A meu ver, Green (1988; 2008) contribui significativamente para o entendimento e enftretamento das ações das pulsões de vida e de morte em nossa clínica. Com sua postulação do par pulsão-objeto, ele evidencia que, apesar de as pulsões serem originárias e constituintes de nossa vida psíquica, é o objeto que nos releva a existência da pulsionalidade. Não se trata mais de distinguirmos pulsões e objetos, mas, sim, de entendermos os dois termos como um par que não podemos dissociar. Nessa linha de raciocínio sobre o par pulsão-objeto, esse autor propõe que o objetivo das pulsões de vida é produzir uma função objetalizante na psique. Essa função teria o objetivo de investir e criar relações com os objetos internos e externos. Ademais, ela pode chegar, por meio de investimento significativo, a criar novos objetos, transformando as coisas em objetos investidos libidinalmente. Em última instância, é o próprio investimento que é objetalizado, tornando-se alvo de outros investimentos da libido. Em contrapartida, a meta das pulsões de morte é promover uma função desobjetalizante. Isso ocorre por meio do desligamento e do desinvestimento dos e nos objetos. Não é somente a relação que é atacada, mas o próprio investimento. Via de regra, a destrutividade das pulsões de morte tem como alvo o Ego. Quando essa autodestruição é expressa no exterior, como pulsão de destruição, trata-se apenas de um processo defensivo de projeção, com vistas a diminuir a tensão no aparelho psíquico. Sendo fiéis ao pensamento freudiano, tanto Green (1988) como Pontalis (2005) consideram o desligamento o processo que caracteriza a autodestruição como principal elemento das pulsões de morte.

### **3.6. Compulsão à repetição como resistência do Id**

Depois de “Além”, não haverá uma modificação radical da compulsão à repetição, mas, sim, uma ampliação ainda maior de sua importância clínica. Como poderemos ver, ela passa a ser considerada resistência do Id. Além disso, temos novos indícios de que a compulsão à repetição está relacionada com o próprio funcionamento pulsional.

Em “Inibição, sintomas e angústia”, Freud (1926) apresenta-nos novas contribuições e pistas para o desenvolvimento da psicanálise. No adendo A, intitulado “Modificações de pontos de vista anteriores”, ele amplia ainda mais a importância clínica da compulsão à repetição. Como bem sabemos, as resistências até o momento eram regidas pelo Ego, e esse último era o responsável por proteger o aparelho psíquico do desprazer que a recordação de determinados eventos poderia lhe trazer. Trata-se de

uma formulação centrada no modelo da primeira tópica e da primeira teoria pulsional. Nesses termos, as resistências teriam o papel de impedir que o recalco sexual ultrapassasse a barreira rumo ao pré-consciente. Esse é um modelo baseado na capacidade de memória, cujo elemento central é o recalque como mecanismo, que utiliza o contrainvestimento para manter as representações no sistema inconsciente. Os elementos em pauta são as pulsões sexuais, sempre indomesticáveis, por assim dizer; enquanto as instâncias envolvidas são o inconsciente, o pré-consciente e o consciente. Dito de outra forma, o Ego, comandado pelo princípio de prazer, trabalha para que ele mesmo não venha a sofrer com o desprazer da recordação.

Com a postulação da segunda teoria pulsional e da segunda tópica, fica claro que esse modelo das resistências não consegue tratar de toda a complexidade clínica envolvida. Com as descobertas do dualismo entre pulsões de vida e pulsões de morte, como entender o trabalho das resistências? Ou, ainda, como pensarmos nas resistências relacionadas ao Superego, por exemplo? Freud nos apresenta sua concepção sobre esse problema. As resistências passam agora a ter três fontes diferentes: o Id, o Ego e o Superego, e cinco formas de manifestação. De fato, essa postulação traz ainda mais complexidade ao trabalho clínico, já que o analista terá de travar luta contra novas e mais poderosas resistências.

- 1) As resistências do Ego: manifestam-se de três formas: transferência, ganho secundário da neurose e recalque. São antigas conhecidas nossas, pois já faziam parte de toda a construção teórica das resistências, conforme o modelo da primeira tópica e teoria pulsional;
- 2) A resistência do Superego: uma novidade na segunda tópica, esse tipo de resistência manifesta-se no fenômeno da reação terapêutica negativa e na necessidade de punição. A resistência do Superego, portanto, é uma das mais destrutivas e nocivas ao processo analítico;
- 3) A resistência do Id: trata-se da compulsão à repetição como resistência do inconsciente. Freud agora identifica a necessidade e coerência em postular a existência da resistência do próprio inconsciente. De fato, isso evidencia a pulsão como elemento conservador por natureza. Ora, se a própria pulsão



resiste, como efetuar a análise? Qual é a extensão de nossas possibilidades de análise, diante dessa constatação?

Se, em 1920, a compulsão à repetição passa a ser o modo de todo o funcionamento pulsional; em 1926, por ser apresentada como uma forma de resistência do Id, ganha ainda mais importância clínica. Freud, novamente, não faz nenhum apontamento e/ou distinção entre as duas classes de pulsões. Como resistência do Id, instância originária da vida psíquica, Freud sacramenta a importância da compulsão à repetição como elemento do próprio funcionamento pulsional.

No artigo “Observações sobre a teoria e prática da interpretação de sonhos”, publicado em 1923b, Freud remete-nos novamente à compulsão à repetição. Suas considerações deveriam ser acrescentadas ao texto original de “A interpretação dos sonhos” (1900) – fato que indica a importância delas. Entretanto, esses acréscimos não puderam ser realizados, pois as últimas edições desse livro foram feitas em chapas que impossibilitavam qualquer modificação. No item VIII desse texto, temos considerações sobre a compulsão à repetição. Freud nos diz que, em 1920, atentou-se ao problema econômico do fenômeno que, relacionado às primeiras experiências infantis, alcança êxito e consegue reproduzir-se. Dessa maneira, Freud afirma que foi obrigado – naturalmente a contragosto – a atribuir a esses fenômenos um impulso extremamente forte, que ocorre sob a forma de compulsão à repetição. Trata-se de uma força capaz de superar o recalque, que está trabalhando a favor do princípio de prazer. Vemos, portanto, a intensidade dessa poderosa força. É interessante que Freud diz ser a transferência positiva o elemento que dá assistência à compulsão à repetição. Qual é o significado disso? Acompanho Macedo (2011) em sua leitura desse trecho. Segundo ele, vemos como Freud destaca nitidamente a compulsão à repetição relacionada à sexualidade, a Eros, e não diz nada sobre os sonhos que repetem o trauma. Trata-se de uma insistência de Eros, na expressão de Macedo. Insistência também das pulsões no sentido do desenvolvimento e manutenção narcísica do Ego.

É interessante como Freud, no pequeno artigo “Psicanálise” (1926b) refere-se à compulsão à repetição. Tratando da natureza das pulsões, ele faz a seguinte afirmação:

Todas essas forças têm, originalmente, o caráter *pulsional*, ou seja, são de origens orgânicas; caracterizam-se por possuir uma imensa capacidade de persistência (somática) e uma reserva de poder (*compulsão à repetição*) (...) (p.2905, grifos do autor).

Em 1933, em suas “Novas conferências sobre psicanálise”, Freud retoma a argumentação de que as pulsões buscam estabelecer um estado anterior do desenvolvimento dos organismos. Esse tipo de regressão está relacionado diretamente à compulsão à repetição. Ele utiliza o exemplo da embriologia para ilustrar sua ideia. Os exemplos de peixes que migram para a desova e pássaros que voam em migração mostram o papel da compulsão à repetição na vida dos organismos. Novamente vemos que a compulsão à repetição é apresentada como característica de todo funcionamento pulsional, e não somente relacionada às pulsões de morte.

Além disso, Freud também nos mostra, novamente, a importância clínica da insistência do mesmo. Ele enfatiza que podemos ver claramente esse tipo de compulsão nas repetições transferenciais durante a análise. As reproduções das experiências infantis na transferência indicam a existência de uma tendência à repetição das experiências primitivas dos seres humanos. Destarte, no campo da vida cotidiana, temos novamente o exemplo da compulsão de destino, como vimos no texto de 1920. Trata-se de pessoas que repetem indefinidamente as mesmas reações prejudiciais à sua própria vida, configurando uma espécie de destino trágico. Elas possuem a ideia de que são passivas na construção de seus destinos, mas a psicanálise nos mostra que elas são ativas. Nesses casos de passividade em relação ao estado de sofrimento, Freud atribui o caráter “demoníaco” à compulsão à repetição.

Na conferência sobre a “Feminilidade” (1933), identifica-se uma importante pista sobre a amplitude da compulsão à repetição. Freud refere-se à possibilidade de a mulher, quando do primeiro filho, reviver a identificação com sua própria mãe. Antes de engravidar, muitas mulheres batalham contra os conflitos relacionados à sua mãe e à maternidade. Com a gravidez e o nascimento dos filhos, ela pode vir a investir libido nos aspectos de suas experiências primeiras com sua própria mãe. Nesse processo de reviver os elementos infantis, a mulher, sob o domínio da compulsão à repetição, pode trabalhar no sentido de reproduzir o mesmo tipo de relacionamento de suas figuras parentais. Como exemplo, Freud mostra-nos que a compulsão à repetição pode levar alguém a reproduzir o casamento infeliz dos pais. Como pensar no papel desse tipo de repetição na transmissão psíquica transgeracional? Quando Freud trata disso, mostra uma perspectiva sobre a implicação da compulsão à repetição na reprodução transgeracional de conflitos e modos de relação.

Em “Análise terminável e interminável” (1937), a compulsão à repetição aparece como força constitucional das pulsões. Entre os elementos que podem determinar o

fracasso da análise, temos a adesividade da libido, a alteração do Ego, a força do trauma e a excessiva intensidade das pulsões. Em última instância, esses fenômenos teriam tais efeitos em decorrência da ação das pulsões de morte no aparelho psíquico. Mesmo nesse momento tardio de sua construção clínica e teórica, Freud ainda não parece seguro em afirmar que a compulsão à repetição é uma forma de resistência do Id<sup>8</sup>. Ele chega a afirmar, novamente, que não acredita que não é correto referir-se a uma resistência do inconsciente.

Já no final de sua obra, em “Moisés e o monoteísmo” (1939), Freud aborda novamente o trauma. Ele afirma que os efeitos positivos desse último são tentativas de colocá-lo em movimento, com o objetivo de vivê-lo novamente para tentar integrá-lo psiquicamente, tornando possível a construção de sentido para a vivência que não pode ser recordada. Busca-se reviver o relacionamento afetivo com os objetos primários, relacionando-se com outras pessoas de maneira análoga ao relacionamento primitivo de outrora. Pode-se entender esse fenômeno como fixação no trauma e como uma compulsão para repetir. A meu ver, é a própria essência da transferência que pode ser vista nesse processo. Não é justamente por causa do fenômeno de deslocamento de representações e afetos que podemos realizar nossa prática clínica? De certa forma, a fixação e a compulsão à repetição dão um caráter quase inalterável ao Ego. Vemos que a compulsão à repetição é relacionada à formação do caráter, não se fixando apenas em sintomas mais específicos e circunscritos. Freud dá o exemplo de uma menina que, tendo sido seduzida na infância, busca de maneira constante provocar nos homens ataques semelhantes aos que ocorreram em seu relacionamento primitivo com o objeto. Nesse momento, compulsão à repetição atua onde a *Bindung* falhou. Trata-se de reproduções relacionadas aos elementos pulsionais não-ligados.

---

<sup>8</sup> No segundo capítulo, atendo-me mais detidamente às considerações de Freud em “Análise terminável e interminável”, no que diz respeito à compulsão à repetição como resistência do Id.

### 3.7. Dimensões da compulsão à repetição

*Em lugar de investigar como se realiza a cura pela psicanálise (uma questão que creio está suficientemente resolvida) a pergunta deveria referir-se a quais são os obstáculos que encontra no caminho de tal cura (Freud, 1937, p.3342).*

A compulsão à repetição é um conceito difícil de ser compreendido, pois engloba fenômenos que não parecem se relacionar de maneira muito harmoniosa. De certa maneira, trata-se de uma “(...) subjetividade em ação que ignora a si mesma, uma força, um querer (...)” (Green, p.147). Contudo, definir essa coerção à repetição é algo complexo. Nenhum conceito psicanalítico é tão desorientador (Monzani, 1989). Ora ela parece estar sob a égide do princípio de prazer, ora parece estar em total desarranjo e contradição a ele. No caso da brincadeira do *Fort/Da*, por exemplo, ela está em íntima concordância com o princípio de prazer, pois obter controle sobre uma determinada situação desagradável – no caso o abandono da mãe – é sentido pelo aparelho como prazer – já que satisfaz a exigência pulsional de controle. Já no caso da neurose traumática, o que se vê é a compulsão à repetição tendo a função de poder possibilitar o trabalho da *Bindung*, da ligação, numa tentativa de movimentar o evento traumático e propiciar a criação sentido para a experiência. Nos casos da repetição transferencial de situação dolorosas, o conceito aqui analisado parece estar em oposição ao princípio de prazer.

Como vimos, na obra de Freud, a compulsão à repetição, desde sua postulação em 1914, passa por ampliações importantes. Vejamos:

- a) *Situada em relação ao princípio de prazer e em vinculação com as pulsões de vida*

São repetições relacionadas à sexualidade e às vivências infantis. Estamos sob a égide do princípio de prazer. As atuações (*Agieren*) mostram-nos efetivamente o trabalho desse tipo de repetição: elas estão a serviço das resistências. Assim, o analisando reproduz o recalcado como ato, e não como recordação. “O *agieren* é uma fala agida (Minerbo, 2012, p.28)”; fala que promove a ação e representação de elementos transferenciais. A atuação, digamos, promove a transformação da sala de

análise numa espécie de teatro, no qual o analisando conclamará o analista para atuar nessa mesma peça ali encenada e vivida.

Como já vimos, em 1914, Freud coloca a atuação em oposição à rememoração. Não obstante, sabemos que a atuação faz parte e é elemento importante para o desenvolvimento do processo analítico. Ferenczi (1924) já havia nos mostrado a importância da repetição em nossa clínica. A repetição pela atuação nos dá a possibilidade de vivenciar, no calor dos afetos do aqui e agora, o recalcado com toda a sua força. Somente após conhecê-lo, podemos enfrentá-lo e submetê-lo à recordação, dando-lhe possibilidade de ser elaborado e integrado representacionalmente ao Ego. Trata-se de “(...) transformar elementos repetidos em lembrança atual” (p.246).

Em “Além”, vimos de que forma a compulsão à repetição passa a ser vista como uma característica do funcionamento pulsional. Nas atuações relacionadas ao retorno do recalcado sexual, temos a ação das pulsões de vida. Não se pode desconsiderar que o próprio desejo é uma tendência a repetir a satisfação obtida. Quando se desconsidera a insistência de Eros (Macedo, 2011), esquece-se de que o desejo é desejo de repetição. Se entendermos que a compulsão à repetição é característica de todo funcionamento psíquico e da pulsão, não podemos desconsiderar a insistência das pulsões de vida.

b) *Além do princípio de prazer e relacionada às pulsões de vida e às pulsões de morte*

Nesse ponto, a compulsão à repetição não está submetida ao princípio de prazer, atuando de forma independente dele. São repetições que estão relacionadas com o mais pulsional, com o caráter “demoníaco” das pulsões de morte em seu trabalho de desligamento. Trata-se das repetições do traumático em conexão com os elementos pulsionais não-ligados. Penso não somente no trauma relacionado a eventos e vivências, mas, sobretudo, no trauma originado pelo excesso da própria pulsão. Freud mostrou-nos que as pulsões precisam ser destinadas, pois, como elemento corporal/psíquico que exige constante trabalho, elas não desaparecem.

Nesse mesmo sentido, concordo com Cintra (2000) que a concepção da compulsão à repetição relacionada ao caráter repetitivo da própria pulsão mais se aproxima do pensamento de Freud, pois traz a ideia de uma repetição pulsional sem destino, repetindo-se pela própria necessidade de repetir-se. Cintra usa a ótima

expressão “intersubjetividade desejante”, para indicar a imprescindível função do objeto nesse trabalho de destinação das pulsões.

Toda pulsão estaria destinada antes de mais nada a repetir-se, como se estivesse se reapresentando até que pudesse surgir um aparelho psíquico capaz de metabolizá-la através de representações e caminhos de descarga. A marca desta “não-destinação” originária – repetir-se cegamente – estaria inscrita nela como a única alternativa possível nos casos em que um bebê não encontra a situação de *intersubjetividade desejante que permite a criação da fantasia e da função simbólica*. Não receber a marca de uma destinação seria então aquilo que há de mais impessoal na pulsão (p.70, grifos meus).

O trauma poderia ser ocasionado justamente quando a interação entre o bebê e o objeto foi insuficiente para que o recém-nascido pudesse lidar adequadamente com seu excesso pulsional. Assim, fica evidente a importância de os objetos primários poderem responder adequadamente às identificações projetivas do bebê. É nessa esteira de preocupações que Winnicott enfatiza a importância de uma mãe suficientemente boa, acentuando a função do objeto na “humanização” do bebê. Como também nos mostrou Bion (1962), a capacidade de *rêverie* da mãe é de fundamental importância para que o bebê possa vivenciar as experiências que não puderam ser digeridas adequadamente. A *rêverie* materna, portanto, seria uma espécie de decodificar (função alfa) das emoções e vivências do bebê. A mãe seria a transformadora de elementos beta (impensáveis e sem qualquer possibilidade de ter significado e incapazes de serem transformados em sonhos), projetados pelo bebê, em elementos alfa (significativos e passíveis de serem transformados em sonhos e pensamentos).

A compulsão à repetição relaciona-se diretamente ao trabalho autodestrutivo das pulsões de morte. Esse tipo de repetição do mesmo ocorre onde a *Bindung* não realizou seu trabalho. Sem dúvida, nessa repetição do mesmo, há um movimento narcísico pulsional: a pulsão se repetiria de acordo com sua natureza de fechamento em si mesma. Ora, esse não é justamente o seu caráter conservador narcísico? Esse tipo de repetição, assim, teria vinculação com uma espécie de narcisismo da própria pulsão. Nesse ponto, pode-se pensar na concepção de Green (1993) sobre o narcisismo de morte ou negativo, que visa à anulação das tensões, em um fechamento narcísico, comandado pelas pulsões de morte. Sendo assim, “na função desobjetalizante, posta a serviço do narcisismo negativo, é o desinvestimento que desfaz aquilo que o investimento tinha conseguido construir” (2008, p.271).

É de grande valor a contribuição de Figueiredo (2008) sobre o assunto. Primeiramente, esse autor não define o que é a compulsão à repetição, tampouco minimiza a amplitude do conceito. A meu ver, esse tipo de abordagem está plenamente de acordo com a complexidade desse fenômeno. Qualquer reducionismo seria, por natureza, a simplificação de um dos conceitos psicanalíticos mais difíceis.

A compulsão à repetição, comandada pela pulsão de morte (1) reflete não só a tendência à descarga e ao zero de tensão, pela via da destruição das diferenças e da dissolução de si e do outro, como, em vez disso, (2) uma afirmação e mesmo uma preservação *in extremis* do próprio; e não apenas isso, como, em vez disso, (3) uma reiterada procura do objeto primordial, uma procura que passa, justamente, pela destruição das diferenças e dissolução de si e do outro, e assim por diante...De sorte que o termo “pulsão de morte” acaba se revelando bem pouco adequado e muito restritivo para dar conta de tudo que está implicado – ainda que de forma contraditória – nos processos de repetição compulsiva (p.154).

O que Figueiredo nos propõe é pensarmos na compulsão à repetição relacionada às pulsões de morte sob três dimensões não excludentes: 1) como autodestruição, que ocorreria pelo processo de desligamento, sob aos auspícios da função desobjetalizante; 2) apesar de a repetição possuir esse caráter destrutivo, também mostra uma tentativa de preservação. Repete-se para promover a autoafirmação do mesmo – autoafirmação da pulsão? –, a despeito do fato de que o mesmo não admite o outro e a diferença, e, portanto, possui um elemento indiscutivelmente narcísico. É o próprio narcisismo de morte ou negativo em ação; e 3) mesmo nessas repetições pulsionais relacionadas às pulsões de morte, independentes do princípio de prazer, há uma insistência no sentido da busca pela vida. Quase que desesperadamente, buscam-se os bons objetos primordiais. Entrecruzam-se a vida e a morte; o Eu e o outro; o aqui e o lá; e o mesmo e o outro primordial.

Green (2007) propõe que a compulsão à repetição pode se manifestar não somente pela via da atuação, mas também pode se expressar como perda de significado da experiência. Isso ocorreria porque as pulsões de morte trabalhariam no sentido do desligamento. Esse autor entende que a descarga não significa atuação, mas, sim, o livramento do significado da experiência – o que pode ocorrer por meio da atuação ou pela anulação de sentidos significativos às experiências. Sendo assim, a descarga da compulsão à repetição ocorre pela própria repetição, sem que qualquer significado novo ou oculto possa surgir.

Mesmo sob o comando das pulsões de morte, a compulsão à repetição exprime a insistência da destruição e dos aspectos vitais do ser humano. Novamente vida e morte relacionam-se de uma maneira nem um pouco simples, como ocorreria se pensássemos num dualismo rígido, sem quaisquer interpretações e articulações entre elementos de cada polaridade.

c) *Como resistência do inconsciente*

Em meu entendimento, é aqui que a compulsão à repetição passa a ter um aspecto ainda mais autodestrutivo, pois ganha o estatuto de resistência da própria pulsão. Como se é possível analisar quando é a própria pulsão que resiste ao trabalho analítico? Trata-se de reconhecer o limite de nossa prática, identificando-o justamente na pulsão – inquestionavelmente uma das noções que fundamentam a psicanálise. Green (2008) acentua muito bem que o modelo clínico baseado na primeira tópica tem como conceitos fundamentais as representações, memória e consciência. O trabalho consistia em possibilitar que as representações, bloqueadas pelo recalque, pudessem avançar no sentido do pré-consciente e do consciente. Na segunda tópica, as representações dão espaço para as moções pulsionais relacionadas ao Id. Há uma modificação central: a passagem do movimento do desejo (satisfação alucinatória) para a descarga da pulsão. No processo analítico, analista e analisando também enfrentam a pulsão e sua resistência frente à elaboração e à integração dos conteúdos psíquicos.

Relacionados às resistências do Id, podemos verificar o sentimento inconsciente de culpa, a necessidade de punição e a reação terapêutica negativa. Esses fenômenos clínicos colocam à prova a nossa disciplina como processo terapêutico, pois evidenciam a cristalização de certos elementos psíquicos que não podem ser alterados em sua essência. Não é sem razão que tardiamente Freud publicou textos como “Análise terminável e interminável” e “Construções em análise”, nos quais a técnica e os limites da análise são questionados.

No próximo capítulo, veremos a relação específica entre a compulsão à repetição e as resistências, sobretudo no que concerne ao fenômeno da reação terapêutica negativa.



## CAPÍTULO II

# COMPULSÃO À REPETIÇÃO, RESISTÊNCIAS E REAÇÃO TERAPÊUTICA NEGATIVA

*Em vez de investigar como se realiza uma cura pela psicanálise (uma questão que, creio, foi suficientemente elucidada), a pergunta deveria referir-se a quais são os obstáculos que se colocam no caminho de tal cura (Freud, 1937, p.3342).*

No primeiro capítulo, vimos os usos que Freud faz da compulsão à repetição. Indiquei as dificuldades em definir esse conceito. Em certos momentos, ele está somente a serviço do princípio de prazer (1914); em outros, relaciona-se diretamente com o pulsional em estado bruto (desligado) e com as pulsões de morte (1920). Ademais, vemos como, em última instância, a compulsão à repetição passa a abranger todo o funcionamento pulsional: ela ganha o estatuto de qualidade da própria pulsão (Monzani, 1989; Green, 2008, 2010). Trata-se, portanto, de um conceito fundamental, situado no cerne da teoria das pulsões.

Até o final da obra freudiana, a superação das resistências continua sendo a tarefa fundamental da analista. Esse trabalho ocorreria por meio da interpretação e manejo da transferência. Em textos da década de 1910 (1912; 1914; 1915), a relação entre a transferência e a resistência é enfocada. Nesses momentos, as resistências originavam-se somente no Ego, instância também responsável pelo recalque. Era necessária uma compreensão da dinâmica interna dos sistemas consciente, pré-consciente e inconsciente. Já em 1926, com base na segunda teoria do aparelho psíquico, Freud levanta a hipótese de resistências ainda mais poderosas, oriundas do Superego e do Id. A primeira se manifestaria pela necessidade de punição, que, em casos mais extremos, configuraria uma reação terapêutica negativa (RTN<sup>9</sup>); enquanto a segunda seria identificada como compulsão à repetição. Juntamente com a adesividade da libido, esse último fenômeno seria o responsável por enrijecer os processos psíquicos, dando-lhes, até certo ponto, um caráter de imutabilidade (1937).

---

<sup>9</sup> A reação terapêutica negativa passará a ser designada simplesmente RTN. Com base em outros autores (Etchegoyen, 1987; Zimerman, 1999), utilizo essa sigla para evitar repetições excessivas do termo na íntegra – o que poderia prejudicar a leitura do texto.

Neste segundo capítulo, apresento a relação entre a compulsão à repetição e as resistências, destacando o papel da RTN. Para tanto, realizo o seguinte percurso: a) exposição da articulação entre compulsão à repetição e transferência como resistência; e b) exposição da natureza da RTN e sua relação com a compulsão à repetição. Devido ao caráter expositivo deste capítulo, utilizo-me de constantes citações diretas, pois ajudam a apresentar com maior clareza e rigor os argumentos dos autores.

#### 4.1. A importância da transferência

*Seria insensato querer fugir desse fenômeno. Sem a transferência, não há análise possível*  
(Freud, 1925, p.2781).

Da série de fenômenos que levou Freud a postular a existência de eventos psíquicos “além do princípio de prazer” (neurose traumática + *fort/da* + transferência de situações desprazerosas + compulsão de destino), a transferência do desprazer tem um destaque.

Ao levarmos em conta essas observações a respeito da transferência e a fatalidade presente no destino de tantos seres humanos, vemo-nos encorajados a assumir a hipótese de que realmente existe na vida psíquica uma compulsão à repetição [*Wiederholungszwang*] que ultrapassa o princípio de prazer (Freud, 1920, p.148).

Sem dúvida, é na e pela transferência – ou pela falta de indícios dela – que podemos pensar clinicamente na manifestação dessa espécie de automatismo de repetição (Fédida, 1988). Aliás, seja em sua forma amorosa (positiva) ou hostil (negativa), a transferência é um fenômeno derivado da compulsão (*Zwang*) que tende a repetir toda uma constelação psíquica originada na infância (Green, 2008).

Como sabemos, a transferência<sup>10</sup> passou por modificações importantes na obra de Freud. Apesar disso, esse conceito sempre manteve o caráter de deslocamento, maleabilidade e reversibilidade, interligação entre o passado e o presente, o longe e o perto (Hanns, 1996). Conforme expõe o citado autor, conotativamente, o termo *Übertragung* (transferência) possui aspectos que nos permitem ligá-lo à repetição (*Wiederholen*). Trata-se da ideia relativa a uma transposição, de um ir e vir, de um contexto para o outro, em uma espécie de transcrição e reimpressão. Verifica-se rigidez e fixação nos elementos deslocados temporal e espacialmente: mesmo sofrendo

<sup>10</sup> Para os interessados em uma revisão histórica sobre a transferência, indico Etchegoyen (1987) e Minerbo (2012).

influências de experiências atuais, os modelos permanecem vinculados ao modo infantil de funcionamento psíquico. Via de regra, observa-se que há uma reprodução/repetição que é transporta/deslocada para a situação analítica presente.

Com o abandono do método sugestivo, a postulação da teoria dos sonhos e da primeira tópica do aparelho psíquico, a interpretação e manejo da transferência tornam-se os principais instrumentos técnicos utilizados na clínica. Se nos “Estudos sobre a histeria” (Freud, 1895), as transferências – no plural – foram compreendidas como um falso enlace, um engodo emocional estabelecido na relação entre analista e analisando, após a publicação do caso Dora, a transferência – agora no singular – passou a ser o elemento central, tanto na teoria da clínica como na prática analítica. Nesse momento, ela é considerada uma reedição e uma reimpressão, ocorridas na relação estabelecida entre analista e analisando, de fantasias e/ou experiências infantis.

A transferência é apresentada como um instrumento de inimaginável valor clínico, mas, ao mesmo tempo, uma fonte de perigos para o desenvolvimento do trabalho analítico (Freud, 1938). É em sua forma negativa/hostil e/ou excessivamente amorosa/sexual que ela se torna ameaçadora ao estabelecimento e desenvolvimento do processo analítico. Em contrapartida, no caso de uma transferência positiva branda, sem excessos libidinais amorosos (1915), o analista encontra-se em condições de realizar as interpretações e manejos necessários para uma mudança na economia e organização psíquica do analisando. Se o analisando coloca o analista no papel de seus pais, concedendo-lhe o poder de exercer influência superegoica, haveria, assim, a possibilidade de corrigir erros, configurando uma espécie de pós-educação. Entretanto, isso não significa que o analista tenha que se tornar modelo ideal para o analisando.

Na transferência, o analisando vive, representa, ao invés de apenas nos falar sobre suas experiências. Assim, é tarefa do analista fazer o analisando perceber, no que ele vive, as raízes de seu passado. Para tanto, a interpretação e o manejo transferencial são essenciais. Se conseguirmos esclarecer a verdadeira natureza da transferência, teremos retirado essa arma do alcance da resistência. Assim procedendo, convertemos perigos em lucros, na expressão de Freud (1937).

Como veremos, a relação entre transferência e resistência sempre esteve na ordem do dia na psicanálise freudiana.

## 4.2. Transferência como resistência

Inquestionavelmente, a resistência<sup>11</sup> é um dos elementos centrais da metapsicologia e da clínica psicanalítica. É impossível pensarmos em uma psicanálise que desconsidere a resistência. No “Compêndio de Psicanálise” (1938), por exemplo, é destacada a importância de superá-las, por meio da interpretação e manejo da transferência. É conhecida a afirmação de Freud (1914b) de que a teoria psicanalítica – ele ainda não fala em metapsicologia – é uma tentativa de explicar dois fenômenos neuróticos: as resistências<sup>12</sup> e a transferência. Dessa maneira, três fatores principais diferenciariam a psicanálise do método catártico: 1) a teoria do recalque e da resistência; 2) a descoberta da importância da sexualidade infantil na constituição psíquica; e 3) o reconhecimento dos sonhos como fonte de pesquisa do sistema inconsciente.

Em “O método psicanalítico de Freud” (1904), a resistência é apresentada como o elemento fundamental de toda a estrutura da psicanálise. Aliás, pode-se ver como a própria técnica interpretativa foi desenvolvida como um instrumento para conseguir superar esse obstáculo à cura.

Quanto mais intensa é a resistência, tanto maior será essa deformação. Nessa relação das ocorrências não intencionais com o material psíquico recalcado, repousa o valor da técnica terapêutica. Se possuímos um procedimento que permite chegar ao recalcado, partindo-se das ocorrências, e deduzir das deformações o que foi distorcido, podemos tornar acessível à consciência (...) o que era inconsciente na vida anímica.

*Freud fundou, nessas bases, uma arte de interpretação que corresponde à função de extrair do minério, representado pelas ocorrências involuntárias, o metal das ideias recalçadas nele contidas (p.1004-1005, grifos meus).*

Em diversos textos da década de 1910, (1909b; 1910c; 1915; 1915b; 1919b) a técnica analítica resumia-se à análise (interpretações) das resistências. A intensidade dessas últimas indicava a própria força do recalque: quanto mais potente ele for, mais difícil será o trabalho de superação das resistências.

---

<sup>11</sup> Por ter me disponibilizado o programa de seu curso sobre as resistências, sou grato ao professor Dr. Luis Claudio Figueiredo.

<sup>12</sup> A resistência à psicanálise também foi tratada por Freud (1914b; 1926b), inclusive dando nome a um de seus artigos (1925b) – o que demonstra a importância do assunto para ele. Em decorrência de meu objetivo, não me aterei a esse ponto.

No caso Dora (1905d), Freud relaciona a resistência diretamente ao ganho secundário da neurose. Em um tom um pouco decepcionado, ele afirma: “Se *queremos curar* o doente, tropeçamos, então, para nossa máxima surpresa, em uma *grande resistência* (...)” (p.966, grifos meus). Somente a vontade consciente de se curar, conforme o analisando nos relata, não é suficiente para que ele possa operar uma modificação em sua economia e dinâmica psíquica. No caso de o “Homem dos ratos” (1909b), quando Lanzer<sup>13</sup> levanta-se assustado do divã, relatando seu medo de um cruel capitão tcheco, com quem lutara no front, Freud identifica o estabelecimento de um deslocamento transferencial. Lanzer pede que Freud não lhe faça mais perguntas, e esse último faz a seguinte intervenção.

Eu lhe assegurei que, de minha parte, não tinha nenhuma tendência para a crueldade, e que, desde logo, não queria atormentá-lo, mas que podia não conceder o que ele pedia, já que a superação da resistência era um mandato incontestável da cura. (No início daquela sessão, eu havia lhe explicado o conceito de *resistência*, quando ele me advertiu sobre o quanto teria que se esforçar para comunicar-me aquela vivência) (p.1446, grifos do autor).

No trecho acima, pode-se verificar como Freud, em sua clínica, dá importância à resistência. Inclusive, ele chega até mesmo a explicar ao analisando a natureza desse conceito.

Em 1912, Freud reconhece o caráter paradoxal da transferência: ao mesmo tempo em que o seu manejo e sua interpretação são os principais instrumentos técnicos do analista, ela pode servir à resistência, tornando-se sua potente aliada. Ao invés de recordar o amor ou a hostilidade em relação aos objetos parentais, o sujeito atualiza essa vivência: repete-se para não recordar. Há um desvio temporal (passado e presente) e objetal (os objetos da infância deslocados para a figura do analista). Atualmente, considera-se que a transferência ocorre sobre: a) a palavra: resultado da conversão dos acontecimentos psíquicos em discurso; e b) sobre os objetos: em toda palavra e discurso, há um objeto incluído (Green, 2008). O discurso sempre é um discurso a um outro. A transferência sobre o objeto indica que existem aspectos que não podem ser transmitidos pela palavra.

Na concepção de Racker (1982), em termos estritamente freudianos, são os seguintes fatores que determinam a dinâmica da transferência: 1) aquisição na infância

---

<sup>13</sup> Ernst Lanzer, paciente que ficou conhecido como o “Homem dos ratos”.

de determinado modo de funcionamento e economia psíquica, com acentuada tendência à repetição; 2) fixação libidinal; 3) o fato de a transferência servir de instrumento à resistência – sendo que essa última não cessa de utilizar a primeira para seus próprios fins. Esse ponto é central e faz que a transferência seja mais acentuada em um tratamento psicanalítico. Isso acontece porque, por meio de todo o trabalho do analista, as resistências vão sendo superadas, paulatinamente. Quando isso ocorre, os impulsos indesejáveis recalçados ficam cada vez mais próximos do sistema pré-consciente. Nesse momento, as resistências utilizam-se da transferência como meio de repetir uma determinada vivência no nível do processo primário, impedindo que o recalçado possa emergir como recordação (processo secundário).

Para Freud (1915), é nas transferências negativas ou demasiadamente amorosas que podemos claramente identificar o trabalho das resistências. Elas precisam ser superadas para que as lembranças possam continuar seguindo o fluxo associativo. Com efeito, trata-se de interpretar a transferência para eliminar as resistências. No que tange a transferência positiva branda, o enfoque poderia recair no benefício que a própria relação com o analista produziria no analisando. Assim, a vivência transferencial no presente seria decisiva para o sucesso terapêutico (Racker, 1982). De fato, em alguns momentos (1915; 1939), Freud afirma que, na transferência, o analista pode favorecer que o analisando realize mudanças e correções nas impressões do passado. Todavia, em diversas situações (1912; 1914; 1937; 1937b), ele deu maior ênfase à recordação, ao invés de ter focado na relação transferencial em si<sup>14</sup>.

Como vimos, em “Recordar, repetir e elaborar” (1914), a transferência é apresentada como uma parcela da compulsão à repetição. A atuação (*Agieren*) é uma forma de retorno do recalçado, por meio do ato. Aqui, a resistência também desempenha um papel fundamental, pois quanto mais intensa ela for, mais a atuação tomará o lugar da recordação.

As resistências acompanharam Freud por todo o extenso percurso de sua obra. Concordo com Roussillon (2005, p.119, grifos meus) que “(...) a história da técnica e da teoria psicanalítica é assim inseparável daquilo no qual ela tropeça: *a resistência*”. No longínquo ano de 1896, em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”,

---

<sup>14</sup> Ferenczi (1924; 1928) foi o analista da primeira geração que fundamentou e indicou a importância da relação transferencial no presente, dando ênfase ao papel da pessoa do analista. Assinalou, também, a indispensável necessidade clínica da proximidade e empatia (*Einführung*) do analista. Em sua esteira, vemos analistas da importância da Balint e Winnicott. Devido aos meus objetivos, não será possível estender-me no assunto. Para os interessados, indico o livro de Kupermann (2008), analista brasileiro representante da tradição ferencziana.

as expressões resistência do Ego e retorno do recaiado já eram utilizadas por Freud. A resistência ainda não era um conceito fundamental, mas ela já denotava uma das funções do Ego: impedir que as representações se tornassem conscientes. Muitos anos depois, nota-se que Freud (1937) luta arduamente contra as intensas forças das resistências do Superego (sentimento inconsciente de culpa/necessidade de punição) e do Id (compulsão à repetição). Quanto a essa última, se essa insistência do mesmo é uma característica de todo funcionamento pulsional – como Freud nos mostra em “Além” (1920) – então fica claro que se trata de uma resistência das próprias pulsões. Haveria resistência mais forte do que essa? Recordemo-nos de “Inibição, sintoma e angústia” (1926). Cito Freud:

Temos que pensar, com efeito, que, depois do abandono da resistência por parte do ego, está ainda por vencer o poder da compulsão à repetição, a atração dos protótipos inconscientes sobre o processo pulsional recaiado. Nada pode se opor em atribuir a esse fator o nome de *resistência do inconsciente* (p.2875, grifos do autor).

Como se isso já não bastasse para diminuir a “esperança” no poder de cura da psicanálise, surge a incômoda resistência do Superego: ela se manifesta, sobretudo, no sentimento inconsciente de culpa e na necessidade de punição.

A quinta – a do Superego – a última a ser descoberta, é a mais obscura, embora não sempre a mais fraca, e parece originar-se do *sentimento de culpa e da necessidade de punição*. Essa resistência desafia todo movimento no sentido do êxito, portanto, *à cura por meio da análise* (p.2875, grifos meus).

Com base nessas postulações freudianas, identificam-se duas linhas para a compreensão das resistências. No modelo da primeira tópica, todo fenômeno resistencial originava-se no Ego. Não importava tanto a localização topográfica, mas, isso sim, a dinâmica estabelecida entre os sistemas (consciente-pré-consciente-inconsciente) (Zimerman, 1999). Com a segunda tópica consagrada, Freud passou a ter elementos (instâncias) que lhe permitiram levantar hipóteses de longo alcance. Diante da força incansável das resistências, ele conjectura que elas não podem ter sua origem apenas no Ego, pois são extremamente violentas e erguem barreiras quase intransponíveis ao trabalho analítico. Além do mais, como imaginar, por exemplo, que todo o esforço feito pelo neurótico para continuar apegado à neurose advenha somente do ganho secundário que ela lhe proporciona? Nesse modelo estrutural, é de

fundamental importância compreender a qualidade das relações entre as instâncias (Ego, Id, Superego), e delas com o meio externo.

Em “A questão da análise leiga” (1926c), pode-se verificar a reafirmação do papel desempenhado pelas resistências do Id e do Superego.

A todas aquelas forças que se opõem a nosso trabalho terapêutico, damos-lhes o nome comum de “resistências” do paciente. O “ganho proveniente da doença” é fonte de uma dessas resistências; e o “sentimento de culpa” inconsciente representa a resistência do superego, sendo o fator mais poderoso e temido por nós. (...). Por último, é natural que surjam dificuldades quando se tenta desviar, por um caminho aberto pela análise, um processo pulsional que durante décadas segue determinada rota. Essa última resistência é a resistência do *id*. O combate contra todas essas resistências constitui nosso principal trabalho durante o processo analítico (...) (p.2936, grifo do autor).

A resistência do Id é apresentada como uma insistência do mesmo (compulsão à repetição). Por sua vez, a resistência do Superego é representada pelo sentimento inconsciente de culpa. Nesse trecho, chama a atenção como Freud utiliza as aspas justamente nos elementos centrais: “resistências”, “ganho proveniente da doença” e “sentimento de culpa”. Qual seria a razão desse uso? Será que podemos pensar na existência de um desconforto em utilizar esses elementos de maneira mais livre? Em relação ao sentimento inconsciente de culpa, podemos imaginar que Freud realmente não estava convencido de que o termo era correto, como ele mesmo já havia dito (1923). No entanto, o que dizer a respeito das resistências e do ganho secundário da neurose, consagrados há tempos na teoria e prática analítica? Podemos conjecturar que, nesse momento, em 1926, após mais de 30 anos de experiência com as psiconeuroses, Freud estava questionando-se sobre a natureza desses fenômenos?

Se até o momento as resistências do Id e do Superego são apresentadas como evidências clínicas, não significa que Freud não as tenha relativizado e, inclusive, posteriormente até questionado suas existências. Cito-o:

De que parte de sua vida anímica provém essa resistência inconsciente? O principiante em psicanálise responderá o seguinte: é uma resistência do inconsciente. Mas essa solução é tão equívoca quanto inútil. (...). O recalcado apresenta um impulso muito intenso para acender à consciência. A resistência não pode ser mais do que uma manifestação do ego, que originalmente realizou o recalque e quer agora mantê-lo (1933, p. 3139).



Vemos que as resistências voltam a se originarem exclusivamente no Ego. Como pensar, nesse contexto, em alguma resistência do Id, por exemplo? A meu ver, afirmar que o Id resiste não é o mesmo que dizer que o recaiado resiste. De fato, dizer que o recaiado efetua uma resistência mostra-se um erro metapsicológico. Ora, se houvesse uma força desse tipo, como poderiam surgir os lapsos, os atos falhos e os sintomas? Vale lembrar que só podemos realizar nosso trabalho a partir dos derivados do inconsciente – que insistem em se manifestar. Isso já foi bem assinalado (Freud, 1915c): só podemos conhecer o inconsciente depois que ele sofreu algum tipo de transformação, e, dessa forma, pode ser compreendido com base na interpretação de seus derivados. O Id não é formado exclusivamente pelo recaiado, pois ele também comporta toda a energia pulsional em estado bruto e todo o aparato hereditário (fantasias originárias e o todo o arcabouço transmitido filogeneticamente). Se o recaiado não resiste, o mesmo não pode ser dito das pulsões em seu estado originário de caos: a resistência do Id é a resistência das pulsões, e não do recaiado. Mais especificamente em relação às pulsões de morte, pode-se acentuar seu caráter conservador. Haveria, por assim dizer, uma tentativa de manutenção de um estado pulsional originário.

Posteriormente, com a verificação do esgotamento da plasticidade da libido e com a constatação de uma hesitação no sentido da mudança, Freud (1937) faz outra consideração sobre a resistência do Id. Como ele mesmo diz, a esse fenômeno, “(...) temos chamado, talvez não muito corretamente, de “resistência do id” (p. 3357). Apesar de considerar a existência desse tipo de resistência, ele novamente utiliza as aspas e, claramente, diz não saber se está correto designar o fenômeno em questão dessa forma. Há, ainda, o questionamento: o inconsciente pode efetuar algum tipo de resistência?

Nesse momento, Freud encontra um problema essencialmente clínico. Para compreendermos isso, basta verificar como ele se refere a determinados tipos de pacientes<sup>15</sup>. Vejamos: “Nas pessoas às quais me refiro, todos os processos mentais, as relações e as distribuições de forças são imodificáveis, fixas e rígidas” (p.3357). Afinal,

---

<sup>15</sup> Apesar de sabermos que Freud não atendeu pacientes psicóticos, sua contribuição para compreendermos essa estrutura é fundamental. No nosso atual estado da arte, por exemplo, é lícita toda a discussão sobre a organização psíquica de Serguei Pankejiff, mais conhecido como o homem dos lobos. Tratar-se-ia de um caso psicótico? Ou estaríamos próximos dos chamados estados-limite? Para Green (2008), no citado caso, vemos Freud se aproximar de intensas resistências, compulsão à repetição e da força de uma RTN.

de qual tipo de paciente está falando? Seriam casos de psiconeuroses, ou Freud estaria se aproximando de situações mais complexas, como os estados limites e às psicoses? Em seguida, ele nos remete a outro grupo de casos, sem mencionar especificamente quais. Neles, verifica-se que, além das conhecidas resistências do Ego, apresenta-se uma configuração psíquica enraizada profundamente nas pulsões. Esses fenômenos são indicações claras da existência “(...) de uma força a que chamamos pulsão de agressão ou de destruição, segundo seus fins, que remetemos à primitiva *pulsão de morte* da matéria viva” (p.3359, grifos meus). Ademais, Freud afirma que, com base na constatação dos fenômenos da RTN, dos masoquismos e do sentimento inconsciente de culpa, fica claro que os eventos mentais não são governados exclusivamente pelo princípio de prazer. Sem dúvidas, eles estão relacionados com o que está além do princípio de prazer. Não obstante, por que Freud não faz nenhuma alusão à transferência e à compulsão à repetição, já que elas constituíram a base para a postulação das pulsões de morte? Ora, se falamos de um tipo de configuração psíquica fincada nas pulsões em estado bruto, estamos falando também da força da compulsão à repetição.

Quanto à resistência do Superego (sentimento de culpa e necessidade de punição), Freud parece estar mais seguro, afirmando-a sem titubear. No que concerne à compulsão à repetição como resistência do Id, percebemos que há uma oscilação no valor que Freud lhe confere, inclusive chegando mesmo a parecer suspeitar de sua existência.

Como vemos, a relação entre compulsão à repetição e resistências, apesar de inequívoca, não é totalmente clara e sem problemas. Entre as diversas formas de resistência, é na RTN que a compulsão à repetição pode ser mais diretamente visualizada como fenômeno clínico (Green, 2010).

Para compreendermos melhor sua natureza e especificidade, avaliemos mais detidamente a RTN.

### 4.3. A natureza da reação terapêutica negativa (RTN)

*Canibais de nós mesmos, antes que a terra nos coma.  
Por que a gente é assim?(Barão Vermelho).*

*A psicanálise é, realmente, uma terapia como as demais.  
Tem seus triunfos e suas derrotas, suas dificuldades, suas  
limitações e suas indicações (Freud 1933, p.3187).*

Como entender que, apesar de todos os esforços terapêuticos, o sujeito escolha continuar apegado à sua neurose? Dito de outro modo, qual seria o próprio limite de transformação humana? Ademais, qual seria o limite da prática psicanalítica? Sem dúvida, são questões desse tipo que animam um texto da importância de “Análise terminável e interminável” (1937), por exemplo. Se as resistências estão presentes em toda a obra freudiana, pode-se sugerir que foi somente após a postulação da compulsão à repetição, das pulsões de morte e da RTN que Freud se aproximou das mais intensas e recalcitrantes manifestações resistenciais.

Com Green (2008), entendo que a RTN pode ser considerada um dos fenômenos mais inquietantes da experiência clínica: o que sustentaria esse apego excessivo a um determinado modo de funcionamento psíquico? Tratar-se-ia de uma luta permanente de manutenção um modo específico e exclusivo de gozo? Ou uma forma de manutenção da própria identidade e existência?

Uma questão sempre enigmática é a *reação terapêutica negativa*, com seu cortejo de *repetições sem fim*, sua impossibilidade de terminar um trabalho de luto, seus sentimentos incuráveis de solidão, de desespero, de vingança. É nesses casos que o passado parece bloqueado e o paciente, petrificado em suas reivindicações. Aqui o analista algumas vezes tem o sentimento de que o objetivo inconsciente do paciente é estancar a marcha do tempo, repetindo perpetuamente uma relação natimorta (p.220, grifos meus).

Dentre suas possíveis definições, Laplanche & Pontalis (1995) compreendem a RTN como:

Fenômeno encontrado em certos tratamentos psicanalíticos *como tipo de resistência à cura especialmente difícil de superar*: cada vez que se poderia esperar uma melhoria do progresso da análise, produz-se um agravamento, como se certos sujeitos preferissem o sofrimento à cura. *Freud liga este fenômeno a um sentimento de culpa inconsciente inerente a certas estruturas masoquistas* (p. 424, grifos meus).

Nesse verbete, os autores enfatizam a força da resistência, o apego excessivo à neurose, o sentimento inconsciente de culpa e sua relação com os masoquismos.

No “Dicionário internacional da Psicanálise”, organizado por Alain de Mijolla, no verbete escrito de Rabain (2005), temos a seguinte definição<sup>16</sup>.

Fenômeno de *resistência à cura*, a reação terapêutica negativa surge em certos tratamentos psicanalíticos, em particular nos casos-limites. O estado do paciente, ao invés de melhorar, parece agravar-se ou então o paciente se aferra à doença. Freud ligou esse fenômeno ao *sentimento inconsciente de culpa, ao masoquismo primário e, em última instância, à pulsão de morte* (p.1551, grifos meus).

O autor destaca os seguintes aspectos da RTN: resistência à cura, apego excessivo à neurose, o sentimento inconsciente de culpa, o masoquismo e as pulsões de morte. Nota-se, também, que esse tipo de resistência ocorre particularmente nos casos-limite.

Segundo Zimerman (2001), a RTN relaciona-se com o masoquismo moral, o sentimento de culpa e com a necessidade de punição. O êxito no trabalho analítico poderia representar, para o analisando, a realização do relacionamento edípico incestuoso. Sendo assim, o sucesso terapêutico nunca poderá ser completamente alcançado. Ademais, em 1937, as pulsões de morte e a compulsão à repetição também são vinculadas à RTN. Além da concepção de Freud sobre o assunto, o autor também destaca as contribuições de Riviere, que verificou a relação entre a RTN e um complexo sistema de defesas maníacas, atuando contra um possível estado depressivo; e Klein que, como veremos a seguir, acentuou o preponderante papel da inveja na RTN.

No clássico artigo “Inveja e gratidão” (1957), Klein tece considerações importantes sobre o tema. Em sua concepção, no estágio mais inicial do desenvolvimento do bebê, se o bom objeto e o alimento não puderem ser aceitos e assimilados por ele, isso se repetirá na situação transferencial. Como a inveja prejudica a construção e assimilação de bons objetos, conseqüentemente haverá dificuldades em receber e assimilar o que o analista oferece. Para ela, esse prejuízo em assimilar os bons

---

<sup>16</sup> Já no conhecido “Dicionário de Psicanálise”, de Roudinesco e Plon (1998), não há um verbete específico para a RTN – o que, covenhamos, é problemático para quem tem a pretensão de realizar um trabalho dessa envergadura. Trata-se, a meu ver, de um grave equívoco na escolha dos termos que configurariam o dicionário. Sem dúvida, Freud deu um grande valor a esse fenômeno. Para constatarmos isso, basta a leitura de textos fundamentais como “O Ego e o Id” (1923), “O problema econômico do masoquismo” (1924) e “Análise terminável e interminável” (1937).

objetos, bem como a própria incapacidade de receber algo com gratidão, está nas raízes da RTN.

Etchegoyen (1987) também acentua a relação entre a RTN, o sentimento inconsciente de culpa e o masoquismo moral. Para o autor, o analista deve estar atento às manifestações desse indesejado fenômeno, interpretando-o na relação transferencial/contratransferencial. Além disso, é necessário analisar o papel desempenhado pelas pulsões de morte, pela inveja, assim como pela necessidade premente de controlar o objeto e efetuar reparações a ele.

Para Gerez-Ambertin (2009), a RTN é uma manifestação clínica da presença de um Superego cruel e mortífero. Há uma resistência à resistência de transferência. A RTN apresentar-se-ia como uma força impeditiva da manutenção da neurose de transferência.

Na RTN, há uma articulação entre as pulsões de morte e o sentimento inconsciente de culpa, advindo do Superego (Costa, 2008). Clinicamente, verifica-se um excessivo apego a uma determinada economia psíquica (Mecozzi, 2001). Qualquer intervenção ameaça esse equilíbrio da organização psíquica do sujeito. Essas pessoas possuem um medo de que qualquer mudança possa conduzi-las ao pior. Por conseguinte, não é sem razão que o analisando deseje manter seu *status quo* psíquico.

Outros importantes analistas (Riviere, 1936; Pontalis, 1988; Roussillon, 2005; Green, 2010) enfatizaram a necessidade de se diferenciar a RTN dos possíveis fracassos das análises. De fato, a RTN é uma forma específica de impasse no processo analítico, mas nem todos os impasses podem ser considerados manifestações da RTN. Infelizmente, a RTN pode ser utilizada como um instrumento para responsabilizar o analisando dos fracassos terapêuticos – o que, sem dúvida, é um equívoco. Deve-se refutar, por exemplo, discursos do tipo: “O trabalho foi bem feito, minhas interpretações estavam corretas, mas o paciente iniciou um processo de RTN impossível de ser analisado”. Para o desenvolvimento da psicanálise, é imprescindível a compreensão de nossos limites técnicos e da necessidade de modificação analítica específica para trabalharmos com pessoas que tenham estados psíquicos mais fragilizados, quase refratários ao processo considerado clássico (determinado número de sessões, postura neutra, princípio de abstinência, enquadre clássico e análise restrita da transferência). Sem dúvida, foi Ferenczi (1928) quem primeiramente sublinhou a imprescindível necessidade de atuarmos de forma flexível, por meio de uma elasticidade técnica – e, arrisco-me a dizer, até mesmo elasticidade ética. Devemos nos adequar às necessidades

de cada caso, e não utilizarmos nossas teorias como mecanismos fechados e onipotentes. Sobre isso, faço minhas as felizes e extremamente sensatas palavras de Uchitel (2003): “A psicanálise deve estar a serviço do paciente, e não o inverso, sob a pena de correr o risco de lamentar: *a operação foi um sucesso, mas o paciente faleceu*” (p.129, grifos da autora).

Em relação a um impasse ou a um fracasso, o analista pode encontrar dois caminhos de explicação, ambos equivocados (Green, 2010). Por um lado, coloca ênfase no analisando, ao afirmar que se trata de um tipo impossível de ser tratado analiticamente; por outro, sem dúvida, corre-se o risco de superestimar o analista, creditando a ele todo o fracasso terapêutico, em recorrentes acusações superegoicas de má qualidade pessoal e profissional. Essas duas estratégias explicativas centralizam-se, demasiadamente, em apenas um dos elementos da análise. Não há analista sem um analisando; não existe um analisando sem um analista.

Diante do fracasso – do psicanalista ou da psicanálise? – no tratamento, o argumento de uma suposta RTN pode ser utilizado como um nítido mecanismo de racionalização (Pontalis, 1988). A teoria, como muitas vezes acontece, pode constituir resistências e defesas em relação às dificuldades técnicas e indisponibilidade interna do analista de manter contato afetivo com o analisando. De tanto ser evocada (defensivamente) para nomear múltiplas situações, a RTN acabou esvaziando-se de sentido e perdendo sua própria função de aludir a um determinado fenômeno. Afinal, o que seria essa tal de RTN? A RTN está relacionada diretamente com a resistência, disso sabemos. Pontalis retoma a definição freudiana de resistência: é tudo aquilo que “(...) faz com que o doente se agarre a sua doença e, com isso, lute contra seu restabelecimento” (p. 61). Freud não se utiliza desses mesmos termos para se referir à RTN? Ora, se isso é verdadeiro, por que ele criou essa última noção, já que poderia utilizar todo o seu conhecimento sobre as resistências para explicar os fenômenos clínicos em questão? Pontalis sugere:

Apliquemos à teoria a regra áurea do método: é ali onde há um obstáculo, uma contradição ou um esquecimento, ali onde há uma “experiência negativa”, que se sinaliza... o quê? Digamo-lo globalmente, por ora: o que foi mantido a distância, o que, não tendo sido realmente inserido no “envoltório teórico”, retorna então maciçamente no corpo da análise. Com a reação terapêutica negativa, tanto na teoria quanto no tratamento, as resistências compõem uma massa (p.61).

A RTN é realmente um tema novo? Ou Freud estaria somente retomando mais atentamente toda a problemática das resistências em análise? Seria, portanto, a RTN uma espécie de retorno do recaiado? Essa é a hipótese sustentada por Pontalis. Considerando-a, resta uma pergunta: por que, nesse momento, houve esse retorno do recaiado? E, talvez, a questão mais importante: por que somente agora esse mesmo retorno obrigou Freud a postular a existência da RTN?

Voltemos a Freud. No artigo “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico” (1916b), ele debruça-se sobre as pessoas que são arruinadas pelo êxito, tornando-se neuróticos quando realizam seus desejos mais estimados. Aparentemente, essas pessoas não podem suportar a própria felicidade – representada pelo êxito alcançado –, pois é inquestionável a relação entre tornar-se doente e a realização de seus desejos. Esse tipo de caráter, como Freud o chama, não contradiz a teoria de que as neuroses são resultados de frustrações. Para que se construam as neuroses, a frustração interna é o principal elemento. Nesses casos de pessoas doentes em decorrência do êxito, a frustração interna tem efeitos quando uma possível frustração externa foi substituída pela realização do desejo. O Ego, instância frustradora, tolera a fantasia de realização do desejo, mas não sua realização efetiva. Não obstante, quando, por meio de uma modificação da realidade externa, o desejo pode ser realizado, o Ego defende-se dele, rechaçando-o violentamente. As forças do Ego “(...) estão intimamente relacionadas ao complexo de Édipo, (...) como talvez, em geral, se ache nosso *sentimento de culpa*” (p.2426, grifos meus). Nesses casos, em decorrência de uma acentuada culpa, essas pessoas não poderiam suportar alcançar êxito e realizarem seus desejos. Seu destino, invariavelmente, seria continuar fantasiando o sucesso e viver longe de poder alcançá-lo. Deve-se diferenciar a RTN, como uma reação ao desenvolvimento e efeitos da análise, da organização psíquica encontrada nos casos dos sujeitos arruinados pelo êxito (Gerez-Ambertin, 2009). Nesse último caso, Freud estaria no registro dos tipos de caráter – o que configura um campo muito distinto da RTN. Não obstante, é nítido como esse questionamento sobre os fracassados pelo êxito marca uma clara linha de desenvolvimento da noção de RTN (Rosenfeld, 1988).

A primeira aparição do termo “reação negativa” ocorreu no caso clínico de o “Homem dos Lobos”. Essa ocorrência não foi meramente ocasional, pois talvez seja esse o caso clássico que mais exemplifica o fracasso do processo analítico. Nele, vemos a incidência da RTN e da compulsão à repetição (Green, 2008) – elementos que são desorganizados do processo analítico e indicadores de mau prognóstico terapêutico.

Freud compreendeu que esse tipo de reação negativa indicava um modo característico de seu analisando: diante de uma proibição, ele, antes de acatá-la, continuava, por algum tempo, realizando a atividade que fora repreendida. Assim, promovia uma tentativa de ser ativo na situação: só pararia com sua atividade ao seu próprio tempo, não acatando a autoridade de outrem. Observa-se, pois, uma semelhança com o processo já conhecido na brincadeira do *Fort/da*: não foi a mãe do bebê que o abandonou, mas, sim, ele que a mandou embora. É importante salientar um dado cronológico desse caso. Apesar de sua história clínica ter sido publicada apenas em 1918, Serguei Pankejiff foi atendido por Freud entre 1910 e 1914 – indicando que esse último já havia se deparado com essa reação negativa bem antes do que se poderia imaginar.

Quando o tutor o desencorajou de fazer crueldades com os animaizinhos, ele, de fato, pôs fim às suas malvadezas; mas não sem antes levar a cabo, conscientemente, sua última matança (...). Todavia, no tratamento psicanalítico se conduziu assim, desenvolvendo sempre uma “*reação negativa*” passageira. Depois de cada solução encontrada, tentava contradizer o efeito por algum tempo, agravando o sintoma que havia sido elucidado. Sabemos que as crianças lidam com as proibições dessa mesma forma. Quando são repreendidas por algo, por exemplo, por estarem fazendo um barulho insuportável, repetem-no uma vez mais depois da proibição, antes de parar. Dessa maneira, conseguem, ao mesmo tempo, parar aparentemente por vontade própria e desobedece a proibição (Freud, 1918, p.1978, grifos meus).

Nesse caso, a “*reação negativa*” – as aspas indicariam um receio em utilizar o termo de maneira mais livre e segura? – diz respeito ao agravamento dos sintomas, quando eles pareciam ter sido efetivamente elucidados e integrados ao Ego do analisando. Na opinião de Pontalis (1988), as aspas podem mostrar como essa expressão não foi retirada do vocabulário costumeiro de Freud. Ele interpreta um retorno, uma espécie de regressão do psicanalista ao “médico”: “por que o doente reage negativamente a um tratamento prescrito com exatidão e corretamente conduzido” (p.58). Estaríamos, com a RTN, retornando a um modelo médico, no qual o tratamento adequado deveria levar, necessariamente, se fosse bem realizada, à cura do paciente? Como veremos, essa não é a interpretação de Pontalis. A meu ver, não se trata de um conceito baseado em um suposto modelo biomédico. Trata-se, isso sim, de uma tentativa de identificar, nomear e teorizar sobre os limites de nossa prática, bem como os limites da própria possibilidade de reorganização psíquica humana.



Somente em 1923, em “O Ego e o Id”, a RTN passará a ser utilizada de maneira mais livre, como um fenômeno inerente a certos tipos de tratamentos. Nesse momento, Freud encontra-se às voltas com as manifestações da RTN no trabalho analítico (Roussillon, 2005). Essa é a primeira aparição da RTN – até então, Freud tratou apenas das “reações negativas”.

Existem pessoas que se conduzem muito singularmente no tratamento psicanalítico. Quando lhes damos esperanças e nos mostramos satisfeitos pelo desenvolvimento do tratamento, mostram-se descontentes e nitidamente pioram. No princípio, atribuímos esse fenômeno à rebeldia contra o analista e um desejo de mostrar-lhe superioridade, mas logo chegamos a uma interpretação mais justa. Descobrimos, com efeito, que essas pessoas reagem em um sentido inverso ao da cura. Cada uma das soluções parciais, que deveriam trazer consigo um alívio ou a suspensão temporária dos sintomas, provoca, ao contrário, uma intensificação momentânea de sua enfermidade. Essas pessoas, durante o tratamento, pioram ou invés de melhorarem. Mostram, pois, a chamada *reação terapêutica negativa* (p.2722, grifos do autor).

Como vemos, essas pessoas preferem, por algum motivo obscuro, permanecer apegadas às suas neuroses ao invés de se livrarem delas: há uma necessidade de continuar sofrendo. Antes de postular a RTN, Freud também já havia enunciado outras formas intensas de resistência. A rivalidade com o analista e o ganho secundário da neurose são duas dessas resistências mais poderosas. Ele não as descarta. Pelo contrário: só se pode falar em RTN quando o fenômeno clínico em questão não pode ser explicado por essas primeiras formas de resistências.

Nesse momento, a RTN configura-se como o maior obstáculo à cura, mais poderoso do que o ganho secundário da neurose, o fechamento narcísico e a atitude transferencial de rivalidade com o analista. Além disso, o sentimento inconsciente de culpa desempenha um papel central. O analisando, imerso nesse sentimento, não pode se restabelecer, permanecendo fixado à neurose. Como se trata de um fenômeno inconsciente, ele não se sente culpado; mas, ao invés disso, permanece apegado e fixado à sua organização e economia psíquica neurótica.

Em uma importante nota de rodapé – por que esse trecho não foi exposto no texto integral, visto sua importância? – Freud faz importantes esclarecimentos. Ele adverte-nos de que a única forma de enfrentamento do sentimento inconsciente de culpa é, por meio de uma laboriosa análise, descobrir suas raízes, transformando-o em sentimento consciente de culpa. Em casos nos quais esse sentimento inconsciente foi

introjetado de um determinado objeto, em um modelo parecido com o que temos na melancolia, deve-se analisar essa relação objetal arcaica. Roussillon (2005) acentua que, nesse processo, vemos a presença de um resto, de sinais de uma antiga relação amorosa com os objetos primordiais. A culpabilidade indicaria uma determinada maneira de relação de objeto. Cabe ao analista conseguir remontar esse trajeto e ajudar que o analisando reconstrua essa relação. Segundo Freud, caso não se encontrem indícios desse processo identificatório, o resultado terapêutico dependerá, sobretudo, da intensidade do sentimento inconsciente de culpa – o que torna incerto qualquer tipo de sucesso.

Segundo Roussillon (2005), ao postular as pulsões de vida e as pulsões de morte, Freud não pôde demonstrar a existência clínica dessas últimas, já que elas atuam silenciosamente. Em 1923, com a RTN e sua relação com o Superego, Freud teria conseguido encontrar um fenômeno clínico que daria uma forma às pulsões de morte. Assim, “(...) a reação terapêutica negativa vai permitir a Freud problematizar a questão da pulsão de morte através da noção de “superego cruel e severo”. (p.120). O autor tem razão: a RTN realmente traz uma forma para a pulsão de morte; mas não é a única. Penso que esse autor desconsidera o papel da compulsão à repetição do desprazer como elemento fundamental para a postulação das pulsões de morte, como o próprio Freud mostrou em “Além” (1920). É do lado da compulsão à repetição, da RTN e do masoquismo que as pulsões de morte ganham alguma forma clínica (Freud, 1937).

Em “O problema econômico do masoquismo” (Freud, 1924), a RTN também está relacionada com o sentimento inconsciente de culpa. Como sabemos, o masoquismo erógeno está na base das outras formas de masoquismo. Estamos diante do sofrimento como modo de satisfação. Apesar de indicar como esse sentimento de culpa também está presente no masoquismo feminino, como necessidade de ser castigado em decorrência dos desejos edípicos, Freud relaciona a RTN mais especificamente com os casos de masoquismo moral. Trata-se, aliás, de dizer que essa forma de masoquismo se expressa justamente por esse sentimento de culpa, e que esse último poderá ser visualizado pela necessidade de punição. Em termos práticos, é dessa necessidade de que se pode inferir a existência de um sentimento inconsciente de culpa atuante na vida psíquica. Independentemente de quem faz o sujeito sofrer, o que interessa é sofrer e continuar sofrendo. Remetendo-nos ao artigo “O Ego e o Id”, Freud expõe como certos casos de pessoas mostram um acentuado grau desse sentimento inconsciente de culpa.

Neste mesmo trabalho, indicamos que nos é possível reconhecer em tais pessoas (“a reação terapêutica negativa”), e não ocultamos, tampouco, que a energia desses impulsos constitui uma das mais graves resistências do sujeito e o máximo de perigo para o bom resultado de nossos propósitos (...) (p.2756).

A satisfação masoquista desse sentimento é um fator decisivo para que o sujeito continue apegado à sua neurose. Haveria, nesse caso, uma satisfação masoquista, encontrada nessa necessidade de se manter no sofrimento. Em casos extremos, a despeito de uma possível melhora no tratamento, o sujeito busca o sofrimento em situações externas que lhe darão continuidade em sua satisfação masoquista. Naquela famosa expressão, tratar-se-ia de uma espécie de crônica de uma tragédia anunciada, mas, mesmo assim, desejada como meio de manter certo grau de sofrimento. Sabe-se que determinada escolha ou comportamento trará sofrimento, e é justamente por essa razão que o sujeito continua determinado a avançar nesse sentido do masoquismo. Sem dúvida, a RTN dava a Freud uma forma clara da existência do masoquismo moral (Rosenberg, 2003).

Em “Mal-estar na civilização” (1930), o sentimento inconsciente de culpa, em sua relação com o Superego, é destacado. Caso o sujeito identifique em si o desejo de realizar determinado ato, pode se sentir culpado sem tê-lo realizado. Já em 1916, nos casos que fracassam diante do êxito, Freud já mencionara esse ponto. Temos duas fontes do sentimento inconsciente de culpa: 1) o medo da autoridade externa, que resultará em uma renúncia às satisfações pulsionais; e 2) o medo do Superego, como autoridade internalizada. Além de também exigir renúncias pulsionais, o Superego também pune severamente. Pelo medo de perder o amor dos objetos, realiza-se uma renúncia à satisfação das pulsões. Ao realizarmos essa renúncia, estaríamos em acordo com a exigência externa, e, portanto, não deveria haver nenhum sentimento de culpa. No entanto, no caso do Superego, isso ocorre de maneira distinta: a renúncia não basta, pois o desejo persiste e não pode ser escondido dessa instância – que é, ao mesmo tempo, crítica e ideal.

No centro da discussão sobre a constituição do Superego e do sentimento inconsciente de culpa, encontramos-nos diante de toda consideração sobre a dimensão filogenética da espécie humana. Com efeito, não podemos nos esquecer de que a origem primordial desse sentimento de culpa está no complexo de Édipo e na mítica morte do pai da horda. No conflito edípico, a criança pode desejar e fantasiar a morte do pai, e sentir-se culpada por isso. Em última instância, em termos de filogênese, todos os seres

humanos cometeram esse tipo de ato assassino. Antes de nascermos, já somos culpados. Com a ambivalência em relação ao pai, temos o sentimento de remorso, pois, além do ódio, também lhe tínhamos amor. Por conseguinte, estamos fadados a sentir culpa. Ela é a expressão da nossa ambivalência, bem como da eterna batalha entre as pulsões de vida e as pulsões de morte. Como bem nos diz Freud, esse sentimento de culpa é o mais importante problema para o desenvolvimento da civilização.

Do ponto de vista da prática analítica, a maioria dos pacientes não acredita nesse suposto sentimento inconsciente de culpa – nada mais óbvio, tratando-se de um fenômeno inconsciente. Assim, Freud prefere falar-lhes em necessidade de punição – meio pelo qual esse sentimento de culpa se expressa. Essa necessidade teria como fonte a parcela de destrutividade internalizada pelo Superego. Como sabemos, uma parcela da agressividade continua atuando no Superego, de forma ligada, enquanto outro fragmento permanece exercendo sua função de maneira silenciosa, desligada. Trata-se de uma forma de manifestação das pulsões de morte (1930; 1937). Quando da origem do Superego, sabe-se que a parte da agressividade infantil dirigida contra os pais, que foi impossível externalizar, continua atuando internamente. A severidade do Superego, assim, não condiz exatamente com a severidade dos pais, pois, em última instância, essa severidade diz mais respeito às pulsões e à própria agressividade da criança. Lembremos-nos, contudo, de que não se trata de desconsiderar a experiência externa e a própria relação da criança com seus pais. As experiências e as interdições parentais também são fontes para a constituição do Superego. Em suma, a etiologia dessa instância está relacionada tanto com o caráter inato das pulsões, quanto com as influências ambientais e interdições dos pais, assim como com os ideais narcísicos (Ideal do Ego). Trata-se, sem dúvida, de uma dupla formação<sup>17</sup>.

Essa necessidade de punição está articulada com o masoquismo moral e a com RTN. Posteriormente, em 1933, ela torna-se a pior inimiga do trabalho terapêutico. Como já vimos, ela obtém satisfação no sofrimento oriundo da neurose, e, por isso, apega-se tanto a ela – o que pode levar o sujeito a vivenciar uma RTN.

---

<sup>17</sup> Para os interessados na formação do Superego e em uma discussão aprofundada do sentimento de culpa, remeto o leitor ao livro de Cardoso (2002).

A meu ver, é aqui que Freud melhor exemplifica a RTN – agora já sem as aspas.

Naquelas pessoas em que o sentimento inconsciente de culpa é excessivamente intenso, manifesta-se na análise a reação terapêutica negativa, de tão ingrato prognóstico. Quando lhe comunicamos a solução de um sintoma, que logo deveria desaparecer, pelo menos temporariamente, observamos, ao contrário, uma intensificação do sintoma e da doença. Às vezes, basta elogiar sua conduta, ou lhes dizer palavras de esperança sobre o progresso da análise, para provocar uma piora de sua enfermidade (p.3163).

No primeiro tempo da RTN, temos a solução de um sintoma, um elogio ou a comunicação da esperança na boa condução da análise. No segundo tempo, há uma reação: ao invés de continuar no caminho de sua melhora, o analisando adocece e acentua sua condição neurótica. Assim, “(...) os analistas veem nesta conduta uma manifestação do sentimento inconsciente de culpa, o qual é satisfeito pela enfermidade e suas dores e sentimentos” (p.3163).

Roussillon (2005) ressalta que esse processo é mais complexo do que vemos à primeira vista. Temos uma sequência de eventos: 1) quando a análise é bem conduzida, o analista comunica ao analisando sua satisfação com o desenvolvimento terapêutico; 2) e é nesse momento que ocorre um agravamento do quadro clínico. Mesmo com o analista realizando algumas das possíveis interpretações (rivalidade edípica, onipotência e/ou ganho secundário da neurose), o agravamento neurótico persiste. A natureza particular da RTN está no par melhora/agravamento. Somente um agravamento não constituiria uma reação desse tipo, pois, em suma, ela poderia ser apenas mais uma atualização de um determinado ponto de conflito. De um ponto de vista intersubjetivo, o agravamento da RTN seria uma espécie de reação a um convite incestuoso do analista. Ocorreria uma “(...) experiência de sedução efetiva (objetal ou narcísica) que – estaria aí a particularidade da reação terapêutica negativa – não poderia chegar a ser posta em representação, a ser posta em cena” (130-131). Não se trata, portanto, apenas de uma piora e aumento da intensidade dos sintomas, mas, isso sim, de uma resposta (reação) a uma melhora e a uma comunicação dessa mesma melhora. Se pensarmos no Superego severo, podemos imaginar o sentimento de culpa como um imperativo: você não pode melhorar, pois seu crime (morte do pai primevo) é extremamente grave e intolerável. Quando há o reconhecimento da boa evolução terapêutica, esse imperativo entra em cena e promove um retorno ao estado neurótico de outrora, só que ainda mais acentuado.

Seguindo as considerações de Pontalis (1995), devemos nos lembrar de que a palavra reação, sem dúvida, está carregada de sentido de uma resposta (re-agir) a um agir. Ação, portanto, seria anterior a uma reação. A reação do analisando seria uma resposta a um agir do analista? Qual agir? Quais ações estariam expressas aqui? Muitas vezes, colocamo-nos como agentes de uma ação, de um agir, no qual o analisando esboçou uma reação. O que isso nos diz? Que, mesmo sem perceber, agimos muito mais do que poderíamos pensar. Quando expressamos, por exemplo, – o que é muito comum – que o paciente reagiu de tal modo à interpretação ou intervenção, colocamo-nos no lugar de agente da ação: ora, ele só reagiu em decorrência de um agir anterior.

(...) isso é indício de que o analista é percebido ou se percebe como agente, que sua função de interprete, de suporte da transferência, vai-se apagando, ou inversamente, que o analisando está, à parte das palavras que consegue dizer, inteiramente ocupado em exercer uma força ativa sobre – geralmente, contra – *o analista como pessoa* (p. 62, grifos meus).

São os analisandos refratários à análise os que mais investem e percebem o analista como pessoa, em sua dimensão corporal, e a situação como uma realidade concretamente construída. Nesses casos, em que há uma história pobre de lembranças, observa-se a insistência da palavra materna sufocantes. As palavras proferidas pela mãe tornaram-se lei, mandato, destituindo o sujeito de poder utilizar-se de sua própria palavra. Como forma de protesto, esses pacientes acabam tendo somente uma reação. Não há espaço para o seu discurso, pois o discurso do outro se transformou em mandato. Não é sem razão que há uma proeminência de atuações e somatizações. Assim, o par ação-reação trabalha a todo vapor. Só há uma reação em caso de uma ação anterior. Reação que indicaria uma resposta à ação de destituir o analisando de uma parte de sua própria identidade: sua neurose, de certa maneira, é-lhe uma parte central, de investimento narcísico, de reconhecimento e de sua própria existência<sup>18</sup>.

Joan Riviere<sup>19</sup> (1936), tradutora de Freud e uma das fundadoras da Sociedade Britânica de Psicanálise (Haudenschild, 2010), foi outra analista que trouxe importantes contribuições para compreendermos a natureza da RTN. Em sua concepção baseada na apreensão do mundo dos objetos internos, nesses casos extremos, devemos ficar atentos

<sup>18</sup> Penso, por exemplo, em casos em que percebemos que os sintomas são parte da própria possibilidade de reconhecimento da existência da pessoa. Ora, como querer retirar – curar? – um elemento tão importante de alguém, essa parte sustentadora do Ego e da existência?

<sup>19</sup> Pela feliz indicação e por ter me disponibilizado esse artigo, agradeço a Dr<sup>a</sup> Elisa Maria Ulhoa Cintra.

à depressão e na utilização maciça de defesas maníacas. O elemento central dessas defesas é a onipotência e a recusa da realidade psíquica, em uma tentativa de exercer controle e dominação. Haveria uma inacessibilidade, que seria expressa por meio de recusa e de negação a qualquer coisa que lhe for dita. Ao invés de estarem disponíveis à análise, essas pessoas tentam, a qualquer custo, controlá-la. Esse tipo de controle pode ser compreendido como uma defesa contra a angústia de submissão ao analista.

Qual é a relação específica entre esse tipo de defesa maníaca e a RTN? O desejo de não melhorar estaria relacionado com a manutenção do *status quo* psíquico. Em termos freudianos, tratar-se-ia da manutenção de certo modo de organização e de dinâmica econômica. Nesse sentido, o analisando encontrou um equilíbrio vital, por meio de suas formações de compromisso, e não abandonará esse estado facilmente. Caso ocorra alguma mudança, o analisando sentirá que está perdendo seu controle: seu *status quo* corre perigo. Ele precisará agir para restabelecer a condição anterior e retomar o controle. Mas, afinal, qual é o tipo de vivência que o analisando evita, por meio de seu controle e defesas onipotentes? Trata-se de uma fuga do perigo que a posição depressiva representa a esse tipo de analisando. Para ele, a passagem para essa posição não traria nada de bom; pelo contrário, só realizaria um desastre para todos os envolvidos. No fundo, teme-se a própria loucura e/ou suicídio, que poderiam ocorrer caso suas angústias depressivas viessem à tona. Por conseguinte, esse mecanismo onipotente de controle seria uma forma defensiva contra a própria insanidade: continua-se mal para não ficar pior.

Nessas situações, as resistências narcísicas e onipotentes estariam encobrendo a posição depressiva desse paciente. Como bem sabemos, todos resistem a conhecer profundamente suas próprias motivações inconscientes – não é justamente aí que podemos ver o trabalho das resistências? Todavia, nesse tipo de analisando, há uma resistência maior, pois sua realidade inconsciente é ainda mais insuportável e horripilante<sup>20</sup>. Para eles, uma mudança representaria entrar em contato com seus

---

<sup>20</sup> Mesmo tendo como base fenômenos e situações distintas, pode-se realizar uma aproximação entre a argumentação de Riviere e o que Winnicott (1963) denominou medo do colapso (*Breakdown*). Grosso modo, colapso pode ser descrito como o fracasso de uma determinada organização psíquica. A tese principal de Winnicott consiste em compreender que o medo do colapso refere-se a uma experiência de um colapso que já fora vivido, mas, em decorrência de um Ego ainda imaturo, não pode ser registrado e experienciado. Ora, como esquecer de algo que, a despeito de seus efeitos psíquicos, ainda não vivido pelo Ego? Winnicott diz: “O paciente precisa “lembrar” isso, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e essa coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela acontecesse. A única maneira de “lembrar”, nesse caso, é o paciente experienciar essa coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência” (p.74).

sentimentos de fracasso, incapacidade e desespero. Com efeito, a análise passaria a ter somente o significado de desmascaramento e de concretização de seus piores medos – o que pode, inclusive, significar a própria morte para o sujeito.

Além da constatação das defesas maníacas em ação na RTN, a principal contribuição de Riviere está em sua análise da dinâmica das relações de objetos internos nesse tipo de analisando. Quando busca uma análise, do ponto de vista da vida consciente, o paciente tem o objetivo de melhorar. Todavia, inconscientemente isso é secundário. Nesse último registro, os objetivos do analisando são: a) evitar uma morte iminente e a desintegração; e, b) principalmente, curar e poder tornar saudáveis os objetos internos amados e odiados. É esse último objetivo o essencial. Cito Riviere:

Na sua mente cada um desses atos e pensamento de egoísmo e injúria que já fez contra eles em pensamentos ou em atos surgiram de seu “egoísmo”, de ser muito ganancioso, muito invejoso, não ser suficientemente generoso e disposto a permitir que eles tivessem acesso ao prazer (...). Na sua mente cada um desses atos e pensamentos de egoísmo e injúria aos outros tem que ser revertido e transformado em algo bom, através de sacrifícios de sua parte, antes que ele possa ter certeza de que sua própria vida está em segurança – e ainda muito menos que possa começar a se preocupar em ficar bem e feliz ele próprio (p.131).

A oferta de mudança proporcionada pela análise é vista como uma forma de sedução. Significaria, para ele, um abandono de sua tarefa de curar e cuidar dos outros antes e acima de qualquer coisa – inclusive dele mesmo. Com efeito, a análise configuraria uma espécie de traição a esses objetos internos que precisam ser tratados primeiramente. Em termos práticos, nossa esperança deveria focar-se em uma inversão: trata-se de ajudá-lo a curar-se para curar aos outros. É por esse fio tênue, nos termos de Riviere, que uma análise desse tipo pode ser sustentada.

É muito interessante como a proposta de Riviere (1936) coincide com o que Freud expôs na nota de rodapé de “O Ego e o Id”, no que diz respeito ao melhor prognóstico terapêutico nos casos em que o sentimento de culpa foi introjetado. A culpa, portanto, estaria diretamente relacionada com as primeiras relações de objetos nas quais ocorreu todo o processo de identificação e introjeção, e não somente no passado filogenético e no conflito edípico. A própria autora sublinha essa proximidade entre as duas concepções. Para ela, deve-se procurar encontrar, encoberto na culpa, o amor pelo objeto internalizado. Do ponto de vista terapêutico, esse tipo de concepção



pode mostrar a importância de se identificar um objeto para a culpa – ou melhor, um objeto do qual se internalizou a culpa.

Pontalis (1998) considera importante a compreensão de que, na RTN, pode-se encontrar sujeitos com a premente necessidade de efetuarem reparações em seus objetos internos. Isso configuraria uma tentativa inconsciente de cuidar do analista. Assim, o que “constitui a mola da reação terapêutica negativa é a paixão desvairada de mudar, de curar a mãe enlouquecida no interior de si mesmo” (p.64). Diante do outro intrusivo, de uma mãe excessiva, só haveria uma resposta para o sujeito: agir como maneira de cuidá-la. Por conseguinte, a reação seria um agir frente a essa intromissão. Além da recusa à cura, pode-se pensar na RTN como uma forma de defesa, diante desse outro/materno excessivamente traumático e louco. Busca-se manter e sustentar a própria existência. É “(...) como se esse *mal* fosse seu *bem* próprio” (p.55, grifos do autor).

Eu proporia, num prolongamento das concepções de Joan Riviere, que a reação terapêutica negativa nunca é tão manifesta quanto nos sujeitos em que a categoria do *therapeuin* – cuidar, tratar, curar, três termos que conviria diferenciar – é pregnante, tendo como corolário um recalçamento maciço da sexualidade. No fundo, talvez esses sujeitos nos peçam para curá-los da sexualidade, ineducável e incurável, de uma sexualidade que é, para eles, como na perversão, carregada de inveja e violência. (...). Mais do que se baterem com a loucura de Eros, eles optam pelo combate antecipadamente perdido com Tanatos. Curar-se da sexualidade, curar-se do excesso de mãe, não querer se curar, é tudo a mesma coisa (p.66-67).

Não seria, desse modo, a RTN uma re-afirmação narcísica, mesmo que às avessas?

#### **4.4. Resistências maciças: a articulação entre a compulsão à repetição e a reação terapêutica negativa (RTN)**

Como vimos, a compulsão à repetição e as resistências estão intimamente ligadas. É, sobretudo, na RTN que se pode verificar essa repetição relacionada diretamente com a necessidade de punição advinda do Superego (Green, 2010). Mesmo correndo o risco de ser repetitivo, não custa lembrar o papel da força constitucional das pulsões, das alterações do Ego e da adesividade da libido nos fracassos e nas análises intermináveis (Freud, 1937). Quando Freud menciona a força constitucional das pulsões, refere-se à massa pulsional em estado bruto, atuando de acordo com as leis do processo primário e da compulsão à repetição. Além disso, em última instância, as

pulsões de morte estariam por trás tanto desse pulsar desligado, quanto da necessidade de punição encontrada na RTN.

De acordo com Green (2008), por exemplo, todo suposto desenvolvimento tranquilo de um tratamento analítico – com começo, meio e fim bem estabelecidos – foi eliminado após a postulação de duas das mais importantes resistências à mudança: a compulsão à repetição e a RTN. Segundo o autor, é no caso do “Homem dos lobos” que podemos ver os efeitos dessas resistências e da insistência da reprodução do mesmo, comandada pela compulsão à repetição. No relato publicado desse caso, Freud não mostra consciência desses problemas. No entanto, ele não passou incólume a eles: as consequências de sua reflexão sobre essa experiência pode ser encontradas em textos como “Além” (1920), “Análise terminável e interminável” (1937) e “Construções em análise” (1937b).

Considerando o texto de 1937, verifica-se como a articulação entre as resistências do Id e as resistências do Superego pode determinar o fracasso no processo analítico. Recordemos que Freud trata de determinados pacientes, nos quais esses elementos indicariam uma quase imutabilidade. Apesar de não mencionar a natureza desses casos, pode-se sugerir que Freud se refere às organizações não estritamente neuróticas. Estaria ele se referindo às psicoses e aos masoquismos de uma maneira geral? É com essas pessoas que o analista estaria fadado a escrever na água, para utilizar a expressão de Freud? Em última instância, seria neles que encontraríamos a “resistência do Id” (p.3357) – aqui utilizada por Freud entre aspas –, cujos efeitos constituiriam uma imutabilidade, fixação e rigidez extrema, caracterizando uma espécie de entropia psíquica?

Cito Freud:

Durante o trabalho analítico, não se obtém outra impressão sobre a resistência, senão a de que é uma força que se defende com todos os meios possíveis contra a cura e que se apega completamente à doença e ao sofrimento. Uma parte dessa força havia sido reconhecida por nós, sem dúvida com justiça, como o sentimento de culpa e a necessidade de punição, e temos a localizado na relação entre o *Ego* e o *Superego*. No entanto, essa é apenas uma parte dela, que está ligada ao *Superego*, sendo assim reconhecível; outra parcela dessa mesma força, ligada ou livre, pode atuar em outros lugares não especificados (p.3357, grifos do autor).

Como se pode verificar, além do sentimento de culpa e da necessidade de punição, outra parcela dessa força resistencial encontra-se em lugares não bem especificados. Quais seriam esses lugares? Sem dúvida, um deles está localizado no Id, mas especificamente no conflito interno entre as pulsões de vida e pulsões de morte, em decorrência do trabalho dessa última. Levando em consideração os masoquismos, a RTN e o sentimento de culpa – por que ele continua usando esse termo, já que considera (1923; 1924) a necessidade de punição a nomenclatura mais adequada para o fenômeno em questão? – Freud afirma que “(...), não podemos continuar aderidos à crença que os eventos psíquicos são governados exclusivamente pelo *desejo de prazer*” (p.3357, grifos meus). Note: ele diz desejo de prazer, e não princípio de prazer. A meu ver, isso indica como estamos aqui situados no terreno da necessidade da repetição do desprazer, relacionada à dinâmica e ao excesso do pulsional em estado bruto (compulsão à repetição), e da necessidade do sofrimento, comandado por um Superego cruel e implacável. Concordo com Green (2008) quanto à predominância do aspecto destrutivo da compulsão à repetição. Apesar do evidente gozo obtido nas infundáveis repetições do desprazer de caráter masoquista, sobressai-se o fechamento narcísico de reprodução do mesmo, vinculado diretamente às pulsões de morte. Além disso, em casos muitos regredidos de pacientes não neuróticos, a compulsão à repetição desempenharia um papel indiferenciado e central na manutenção do mesmo e impedimento de qualquer criação do novo. Na opinião desse autor, quanto mais estamos lidando com organizações neuróticas, mais flexibilidade veremos.

Green (2008) também aproxima a compulsão à repetição do Superego e da RTN. Em sua concepção, as patologias do Superego podem ser encontradas nos intensos sentimentos de culpa e na angústia de culpabilidade. Para ele, há uma mudança importante no pensamento de Freud, no que tange a culpa. Se, no início da obra freudiana, ela estava vinculada diretamente à sexualidade e a todo conflito edípico, após a postulação da pulsão de morte, a culpa se aproximará cada vez mais das pulsões de morte e da destrutividade.

Para Gerez-Ambertin (2003), Freud já havia encontrado o problema da culpa em 1893. Inicialmente, ele teria falado em autopunição; posteriormente, no caso do “Homem dos lobos”, refere-se às ditas “reações negativas”; em seguida, em 1920, o autopunitivo receberá o nome de compulsão à repetição. A autora também se lembra da estreita relação entre a compulsão à repetição e a compulsão de destino. Existiria uma força violenta que coage o sujeito a um determinado posicionamento subjetivo – tratar-

se-ia de uma articulação entre a compulsão à repetição e a necessidade de punição? Há um caráter fatalista e implacável nessa espécie de destino maligno. O sujeito não teria condições nem recursos para lutar contra esse estranho conhecido que habita em sua morada.

Baseada nas proposições de Lacan, Gerez-Ambertin (2003) trata dessa relação entre compulsão à repetição, que ela prefere traduzir como coação de repetição, e Superego. Para ela, Lacan introduz uma diferença crucial entre um automatismo de repetição, vinculado à insistência do significante e ao princípio de prazer, enquanto a coação à repetição estaria vinculada ao Real, ao mais além do princípio de prazer. Clinicamente, a coação à repetição está relacionada diretamente com a culpabilidade. Em seu modo de ver, uma acompanha a outra. Ela traça a seguinte relação entre a coação (compulsão) de repetição e a culpabilidade.

A partir da primeira, o sujeito vive como vítima das desgraças que lhe acontecem; a partir da outra, se envolve no sofrimento de uma culpabilidade de que algo o acusa (e lhe re-morde a consciência), mas da qual desconhece a causa, já que a culpa está a serviço da paixão de ignorância, *e é nesse lugar que a repetição alimenta a culpa e a culpa a repetição*. Talvez, tímida e sussurrantemente pudéssemos enunciar: coação de culpabilidade? Tropeços e faltas que se repetem até o fastio, e dos quais o sujeito se acusa, por não poder extirpar “esse mal” de si (p.197, grifos meus).

A partir desses autores, pode-se conjecturar essa vinculação entre a necessidade de punição e a ação da compulsão à repetição vinculada às pulsões de morte. Em meu entendimento, seríamos fiéis ao espírito freudiano se levarmos em consideração essa relação mortífera entre repetição do mesmo e necessidade de continuar vivendo no sofrimento. Além da RTN, lembremo-nos de que foi da transferência das vivências dolorosas e das compulsões de destino, sobretudo, que Freud (1920) pôde levantar a hipótese da existência de fenômenos psíquicos atuando além e aquém do princípio de prazer.

Até o momento, vimos as diferentes concepções de Freud sobre a compulsão à repetição, e a relação dela com as resistências, sobretudo no fenômeno da RTN. No próximo capítulo, analiso a incidência da compulsão à repetição no quadro psicopatológico da toxicomania.

### CAPÍTULO III

## COMPULSÃO À REPETIÇÃO NA CLÍNICA: A TOXICOMANIA

*Mais uma dose? É claro! É claro que eu tô a fim.  
A noite nunca tem fim. Por que a gente é assim?  
Agora fica comigo, e não desgruda de mim.  
Vê se ao menos me engole. Não me mastigue assim*  
(Barão vermelho).

*Se Leonardo dá vinte, por que é que eu não posso dar  
dois? Mesmo apertando na encolha, malandro, pinta  
sujeira depois.*  
(Bezerra da Silva)

*Fui num samba lá no morro. Nunca vi tanta limpeza: era  
proibido cafungar, fumar bagulho e beber cerveja. O  
responsável assim dizia: na minha festa não tem  
bebedeira, porque aqui no meu barraco, só tem Coca aí  
na geladeira. Tem Coca aí na geladeira.*  
(Bezerra da Silva)

*Não há estabilidade possível na clínica do toxicômano...*  
(Olievenstein, 1985, p.51)

Como vimos nos capítulos anteriores, a compulsão à repetição é um conceito importantíssimo para a compreensão da insistência de certos padrões psíquicos. Em um primeiro momento, apresentei os diferentes usos que Freud fez desse conceito. Destaquei a dificuldade de defini-lo rigorosa e precisamente, em virtude de sua multiplicidade de significados e interpretações. Ademais, também apontei, panoramicamente, suas relações com as resistências. Dentre essas últimas, enfoquei a RTN, como manifestação suprema das forças resistenciais.

Em maior ou em menor grau, todo analista irá se deparar com a compulsão à repetição atuante em seus analisandos. No entanto, sua incidência pode ser mais efetiva em organizações psíquicas mais fragilizadas do que as neuroses (Green, 2008). Desde Ferenczi (1924), sabemos que esse tipo de insistência do mesmo tende a ser vista, mais decisivamente, em quadros não-neuróticos. Ferenczi dá à repetição um papel clínico fundamental. Com a constatação de que o analisando repetirá, com o analista, elementos de sua história, precisamos estimular que esse tipo de repetição ocorra, desde que saibamos dominá-la. Apenas assim o material mais importante poderá ser revivido e

liquidado: já que o recalado não pode emergir como recordação, somente poderá ser analisada por meio da interpretação e manejo das reiteradas repetições. Assim, na técnica analítica, “(...) *o papel principal* parece, portanto, *caber à repetição e não à rememoração*” (p.246, grifos do autor). Por conseguinte, trata-se “(...) de apreciar em seu valor a importância primordial da *compulsão à repetição*, mesmo nas neuroses, tal como neste meio-tempo foi estabelecido por Freud” (p.246, grifos do autor). Vemos como Ferenczi nos dá uma pista de que a compulsão à repetição, que desempenha um papel fundamental nas psiconeuroses, pode ser mais intensa e decisiva em outras formas de organizações psíquicas (Figueiredo; Cintra, 2004).

Outro pioneiro de nossa disciplina, Karl Abraham (1924), em seu clássico texto “Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais”, aproxima a compulsão à repetição do estado maníaco-depressivo. Além disso, o sofrimento melancólico também indicaria a insistência dessa tendência à repetição. Os constantes ataques contra o próprio Ego, recorrentes nos melancólicos, são exemplos disso.

Atualmente, com a ampliação do alcance de nosso trabalho analítico, entendemos, cada vez mais, que a compulsão à repetição torna-se acentuada, sobretudo, em casos nos quais houve algum tipo de trauma precoce ou falha parental no trabalho de auxiliar o bebê a dar um destino adequado, mais ou menos saudável, às exigências pulsionais. Onde o trabalho da *Bindung* não pôde ser realizado, encontraremos a compulsão à repetição. Dessa forma, aproximamo-nos do tema relativo às falhas ambientais precoces, ao trauma e ao excesso pulsional em estado bruto.

A psicanálise possibilita-nos compreender a toxicomania<sup>21</sup> como um dos tipos de ações e condutas impulsivas irrefreáveis (Gurfinkel, 1996). De fato, é no uso repetitivo, compulsivo e impulsivo da droga que o toxicômano se constitui. Usar uma determinada substância psicotrópica não produz uma toxicomania. Existem inúmeras pessoas que bebem álcool, fumam maconha, cheiram cocaína e usam benzodiazepínicos abusivamente, mas, mesmo assim, não podem ser consideradas toxicômanas. O que, afinal, configuraria a toxicomania? Trata-se, sem dúvida, de uma pergunta central e de difícil resposta.

Na literatura psicanalítica, a relação entre a compulsão à repetição e a toxicomania já foi discutida (Bergeret, 1983; Gurfinkel, 2011). Segundo esse último

---

<sup>21</sup> Agradeço a Décio Gurfinkel pelas supervisões e conversas sobre o tema. Ajudaram-me muito na construção deste estudo e em meu desenvolvimento profissional.

autor, “*a compulsão à repetição é uma evidência em si mesma, e a adicção talvez seja a sua manifestação clínica mais clara*” (p.37-38, grifos do autor). Qual é a natureza específica dessa relação? Como podemos compreender a incidência desse fenômeno na vida psíquica dos toxicômanos?

Neste capítulo, meu objetivo é acentuar e discutir a manifestação da compulsão à repetição na toxicomania. Para tanto, é necessário realizar um recorte preciso, pois, sem dúvida, trata-se de um tema amplo e complexo. Por essa razão, centralizo-me nos dois aspectos principais da compulsão à repetição: a) como manifestação de uma necessidade de ligação (*Bindung*); e b) como manifestação de uma pulsionalidade em estado bruto. São dois elementos distintos, mas que, concomitantemente, fazem parte desse mesmo fenômeno.

Com o objetivo de ilustrar as concepções expostas no estudo, apresento, sucintamente, excertos de casos clínicos<sup>22</sup> atendidos por mim. Essa exposição visa, sobretudo, à abertura para um diálogo sobre as inquietações encontradas em uma clínica da toxicomania. Minha experiência ocorreu em um âmbito clínico-institucional.

### **5.1. Considerações sobre a toxicomania**

É fato que o abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas é amplo e complexo, pois envolve dimensões políticas, psíquicas, sócio-históricas, biológicas, culturais, antropológicas e econômicas. Esse tipo de relação com um determinado objeto é uma das características mais enigmáticas da atividade humana (Gurfinkel, 2011). Sem dúvida, o uso e o abuso de drogas – sobretudo com relação ao crack –, configuram um assunto polêmico. Para verificarmos isso, basta apenas uma leitura panorâmica de todas as recentes discussões sobre as internações involuntárias e/ou compulsórias dos dependentes. Há como negar que as chamadas “crackolândias” são temas dos mais debatidos na mídia brasileira? Além de todo o apelo midiático, a toxicomania, de fato, tornou-se, há muito tempo, um problema político e de saúde pública. Discutir e promover melhorias nos tratamentos, no trabalho de prevenção e nas intervenções psicossociais deve estar na pauta do dia dos governos e de instituições de saúde.

---

<sup>22</sup> Para preservar o sigilo, não expus quaisquer informações que pudessem facilitar o reconhecimento das pessoas envolvidas. Não apresento nomes ou dados detalhados dos casos. Os fragmentos clínicos foram utilizados apenas para ilustrar as discussões apresentadas no estudo. Por conseguinte, não tenho o objetivo de analisá-los detalhadamente.

Para a análise adequada do fenômeno da toxicomania, é imprescindível reconhecer que se trata de um tema que precisa ser pensado na relação entre o sujeito, a cultura e a droga. Ademais, toda a questão da legalidade de determinado tipo de droga concerne diretamente ao contexto sócio-cultural e econômico de uma dada época. Pensemos, por exemplo, na utilização médica da cocaína como remédio, ocorrida no final do século XIX e no início do XX (Mansur; Carlini, 1989). Mesmo Freud (1894; 1896) escreveu sobre os efeitos terapêuticos da cocaína.

Melman (2000), importante analista lacaniano, destaca a dimensão social da toxicomania. Em sua concepção, essa última é um sintoma social, fruto de um determinado período sócio-histórico. Assim, “(...) pode-se falar de sintoma social a partir do momento em que a toxicomania é de certo modo inscrita (...) no discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época” (p.66). De fato, esse é um elemento importante da relação entre a toxicomania e sociedade de consumo. Com o crescimento da indústria farmacêutica, e de suas “pílulas” que curam, cada vez mais se propaga o discurso das curas rápidas e “milagrosas”. Melman vê “(...) a toxicomania como o estofo desta sociedade de consumo, como sua verdade” (p.95). Concordo com esse autor quanto à importância das dimensões históricas, sociais e econômicas da toxicomania. Não obstante, penso que o autor esqueceu-se de citar um ponto fundamental: o tema do excesso, do *pathos* humano. A meu ver, a toxicomania tem três aspectos essenciais: a desmesura, a violência e o prazer. Entendo-a com base na Psicopatologia Fundamental. Cito Berlinck (2008):

A Psicopatologia Fundamental está interessada num sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade. Este sujeito, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, encontra sua mais sublime representação na tragédia grega. O que se figura na tragédia é *pathos*, sofrimento, paixão, passividade que, no sentido clássico, quer dizer tudo o que se faz ou que acontece de novo, do ponto de vista daquele ao qual acontece. Nesse sentido, quando *pathos* acontecer, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator (p. 18).

Independentemente se o analista trabalha em seu consultório particular ou em instituições públicas de saúde, o tratamento de toxicômanos é um desafio (Gurfinkel, 2011). É preciso se perguntar: o dispositivo analítico pode atender às demandas dessas pessoas, sem que promova um discurso moralizante – quase sempre encontrado nos grupos de ajuda – ou genético fatalista, presente em algumas vertentes biologistas?



(Nogueira Filho, 1999). Além disso, faz-se premente a discussão sobre as modificações e ampliações técnicas necessárias para o tratamento psicanalítico da toxicomania.

Há uma vasta gama de termos utilizados para designar a relação problemática do sujeito com as substâncias psicotrópicas. Gurfinkel (2011) realiza uma discussão sobre essas várias terminologias. Entre as expressões mais utilizadas, pode-se destacar:

- a) *Adicção*: remete à escravização do sujeito em relação à droga. Esse é o termo que Gurfinkel tem utilizado em seus recentes estudos (2008b; 2011). Para ele, essa expressão tem a vantagem de não estar atrelada diretamente ao objeto-droga, como no caso da palavra toxicomania. Com isso, enfatiza-se a qualidade da relação estabelecida com o objeto. “A adicção é uma forma de escravização; o viciado perdeu a sua liberdade de escolha, pois é incapaz de escolher entre usar ou não usar o objeto” (2011, p.50). A utilização desse vocábulo traz o benefício de destacar essa relação de quase aprisionamento do sujeito com um determinado objeto, nesse caso a droga;
- b) *Dependência*: alude ao fator dinâmico da relação do sujeito com o objeto. Com esse termo, destaca-se a perda de autonomia e independência;
- c) *Farmacodependência*: apresenta o benefício de indicar a natureza da relação dependência em questão, ou seja, entre sujeito e fármaco. Somente o termo dependência seria impreciso, pois não especifica de qual objeto o sujeito depende;
- d) *Vício*: diz respeito ao caráter mórbido que o ciclo repetitivo do uso da droga pode assumir (Gurfinkel, 2011). Na opinião desse autor, esse termo tem o benefício de ser mais inteligível para a maioria das pessoas, o que, sem dúvida, facilita a comunicação com o público mais amplo;
- e) *Toxicomania*: termo utilizado tanto na psicanálise quanto na psiquiatria. O vocábulo é composto pela junção de dois elementos: tóxico e mania. Alguns analistas (Abraham, 1908, Ferenczi, 1911b; Rado, 1933; Rosenfeld, 1968), além do próprio Freud (1930), acentuaram a relação entre o estado de mania e as intoxicações por substâncias psicotrópicas. A toxicomania seria um estado maníaco desencadeado pelo uso das drogas? Para Berlinck (2012), a

toxicomania pode ser entendida como uma dependência do veneno (tóxico), numa espécie de envenenar-se constantemente. Opto por utilizar esse termo por: 1) entender que alude tanto ao estado maníaco decorrente do uso da droga, quanto ao efeito tóxico da substância psicotrópica no corpo psicossomático; 2) poder indicar claramente que se trata de uma relação com o objeto-droga. Se o termo adicção tem a vantagem de expressar um modo de funcionamento mais amplo, perde a clareza por não especificar a natureza do objeto ao qual o sujeito está “apaixonado”; e 3) por já ser consagrada na literatura.

Concordo com Gurfinkel (2011) que a diversidade dos termos reflete toda a complexidade do fenômeno. Com efeito, definir esse último é uma tarefa difícil. Sendo assim, cada autor faz uma opção, de acordo com as suas tradições linguísticas e teóricas. Via de regra, “(...) não devemos nos esquecer de que, no fundo, cada qual parece se referir a uma parte do mesmo elefante que temos diante de nós...” (p.79).

Apesar de termos estudos sendo realizados desde os pioneiros de nossa disciplina (Abraham, 1908; Ferenczi, 1911; 1911b), ainda não possuímos tanto conhecimento sobre esse aspecto da natureza humana. Em um periódico de psicanálise de grande alcance e importância, como a revista *Percurso*<sup>23</sup>, em sete anos (2005-2012), apenas um artigo (Saviotto, 2012) abordou diretamente a toxicomania. Estaríamos diante de fenômeno inabordável? De modo algum, pois, apesar de ainda não termos uma extensa bibliografia sobre o assunto, os estudos psicanalíticos sobre a toxicomania têm ajudado os analistas na compreensão e no tratamento de pessoas envolvidas nesse tipo de problemática.

O interesse nos efeitos das drogas remete-nos a Freud. Em “Sobre a cocaína” (1896b), em um estilo bem característico de seu método de pesquisa, ele descreve os efeitos da cocaína em seu próprio corpo. A droga produzia um efeito de otimismo e fazia desaparecer qualquer tipo de fadiga. Terapeuticamente, a cocaína era indicada no tratamento de transtornos estomacais e contra a asma; também constituía um remédio estimulante e afrodisíaco. Uma das indicações mais interessantes diz respeito à cocaína

---

<sup>23</sup> Reconhecido periódico psicanalítico de grande importância no cenário brasileiro, publicado pelo Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, localizado em São Paulo.

para o tratamento do alcoolismo e da morfinomania<sup>24</sup>. Esses pacientes deixavam sua dependência de álcool e morfina, obtendo em troca poucas quantidades de cocaína. Ademais, como um remédio para a fadiga e bem-estar, a droga deveria ser ingerida após três ou cinco horas, para que seus efeitos pudessem continuar a serem sentidos. Caso não se ingerisse a substância novamente, tanto o mal-estar quanto o cansaço retornariam.

Abraham foi um dos primeiros analistas a discutir aspectos clínicos sobre o uso de drogas. Já em 1908, em “As relações psicológicas entre a sexualidade e o alcoolismo”, o autor apresentou interessantes contribuições ao tema. Fatores externos (sociais, educacionais e hereditários) possuem importância no desencadeamento do alcoolismo, mas, sem dúvida, o fator psíquico é elementar nesse processo. Após constatar que o homem possui uma maior tendência ao alcoolismo do que a mulher, Abraham apresenta-nos a hipótese de que essa distinção ocorreria como consequência das diferenças entre os sexos. Sua argumentação tem como base a constatação de que as defesas perdem a força quando a pessoa encontra-se sob os efeitos do álcool. O que o Ego lutou para recalcar, sem grandes esforços, o álcool desfaz. Segundo o autor, nos casos de homens, que estão acostumados a beberem com outros do mesmo sexo, a diminuição das defesas faria com que houvesse uma liberação de elementos homossexuais latentes. Até mesmo a defesa contra o incesto seria amenizada, podendo o homem ser levado ao ato incestuoso.

Com efeito, o álcool também atuaria como um estímulo para o que Abraham designava de “complexo de masculinidade”. Mesmo na mitologia, a bebida está relacionada com o sêmen e com a virilidade. Muitos homens, com problemas de potência sexual, começariam a beber, na busca de reencontrar sua virilidade. Os homens, assim, possuiriam uma tendência ao álcool, pois procurariam nele um estimulante sexual relacionado à virilidade.

---

<sup>24</sup> Atualmente, a morfinomania pode ser comparada à dependência de benzodiazepínicos, como o diazepam e o clonazepam, por exemplo. Em muitos casos, principalmente em decorrência da conduta inadequada de alguns médicos despreparados, temos uma grande quantidade de dependentes desse tipo de droga. Ora, a contradição torna-se evidente: a droga-remédio, amplamente utilizada com sucesso no controle da síndrome de abstinência alcoólica (SAA), transforma-se em mais uma substância psicotrópica para o toxicomaniaco. Aliás, inclusive, não é incomum ouvirmos histórias de pessoas que vendem benzodiazepínicos ilegalmente. Constrói-se uma espécie de mercado de venda ilegal e/ou de tráfico desse tipo de medicação. Como diz Gurfinkel (2011), o feitiço vira-se contra o feiticeiro: os profissionais da saúde, sobretudo os médicos psiquiatras, precisam cuidar e tratar os dependentes dessa droga-remédio, prescritas por colegas de profissão.

Além disso, Abraham também aproximou o alcoolismo das perversões. Com o álcool agindo como excitante sexual, a capacidade de atividade sexual genital fica prejudicada. O bebedor, nesse caso, tem seu prazer sexual obtido em sua relação com a bebida.

Ferenczi também trouxe contribuições para a compreensão do uso de drogas. Logo em seus primeiros escritos, apresentou dois artigos importantes sobre o assunto. Em “O papel da homossexualidade na patogênese da paranoia” (1911), o eminente psicanalista húngaro analisa o caso de um sujeito que sofria de alcoolismo crônico, com graves delírios de ordem paranoica. Esse pobre homem, em decorrência de seu homossexualismo latente, era incapaz de se relacionar sexualmente com a mulher. Ao invés de desejá-la, tinha-lhe repugnância. O álcool, curiosamente chamado por Ferenczi de “veneno da censura moral e intelectual”, diminuiu o recalque e a sublimação desse homem: seu desejo homossexual latente configurava-se como paranoia e ciúmes com relação à esposa. A droga funcionaria como uma espécie de destruidora dos recalques e das sublimações. Em virtude de sua forte tendência homossexual, utilizava o álcool como uma forma de trazer à tona seus desejos. Não obstante, em uma estratégia defensiva, o Ego realizava uma projeção, que acarretava no delírio paranoico de ciúmes: “não sou eu que desejo um homem, mas, sim, minha mulher”.

Posteriormente, no pequeno texto “O álcool e as neuroses” (1911b), Ferenczi tece outras importantes considerações. Há uma profunda relação entre a intoxicação de álcool e os estados maníacos. O bebedor, em sua fixação ao álcool, tenta reproduzir, artificialmente, a euforia interior que lhe está fazendo falta. A intoxicação, portanto, seria uma espécie de mecanismo maníaco-depressivo. Ademais, a principal tese de Ferenczi, a meu ver, diz respeito à sua hipótese de que “(...) o alcoolismo ameaça mais particularmente os indivíduos obrigados por causas psíquicas a recorrer com maior assiduidade às fontes de prazer exteriores” (p.202). Astutamente, ele identifica que, nos dependentes de álcool, existe uma tendência a encontrar nos objetos externos as satisfações de seus desejos.

De acordo com Radó (1933), o que torna alguém toxicomaniaco não é determinado tipo de droga, mas, isso sim, o impulso irrefreável de utilizá-la. Deve-se destacar, também, a importância dos impulsos orais e da homossexualidade latente. Além disso, o autor reconhece um paralelo direto entre a toxicomania e os estado maníaco-depressivo. A droga funcionaria como uma espécie de substância mágica, capaz de retirar o sujeito de sua depressão, transportando-o diretamente para o estado

maníaco. Para melhor expressar sua postulação sobre o assunto, ele propõe e utiliza o termo farmacotimia. Essa última nomenclatura evidencia a problemática referente ao humor – que é destacado pelo uso do sufixo – *timia* (Gurfinkel, 2011).

De um ponto de vista kleiniano, Rosenfeld (1968) também indica essa relação entre a toxicomania e os estado maníaco-depressivo. Com um Ego precário de forças internas para lidar com a depressão, o sujeito tenderia a transformar seu humor, alterando-o para a vivência de mania. Contudo, com sua fragilidade interna, ele não tem forças suficientes para realizar essa transformação. Por essa razão, o sujeito recorrerá ao objeto externo (a droga) para conseguir alcançá-la. Haveria a utilização maciça de idealizações, identificações com um objeto ideal e necessidade de controle onipotente dos objetos. A substância psicotrópica auxiliaria no enfrentamento das fantasias paranoides e das situações de frustrações. Além dessa função de apaziguamento das ansiedades e da frustração, a droga possui um elemento sádico importante: ela é incorporada como uma substância destrutiva, identificada com os maus objetos.

Em seu comentário sobre a toxicomania, Balint (1968) enfoca os aspectos psicodinâmicos. Para ele, sobretudo no que diz respeito aos alcoolistas crônicos, pode-se verificar uma regressão da relação objetal adulta para um estado narcísico. As relações objetais tornam-se frágeis e vacilantes. Constantemente, os toxicômanos podem se desequilibrar, como consequência de sua baixa tolerância à frustração. O choque com as frustrações externas pode levá-los a uma regressão profunda ao estado narcísico, que ocorre como consequência da incapacidade interna de encontrar outra solução para o conflito entre os desejos do Id e as restrições do mundo externo. Assim, “(...) nada mais interessa, apenas seu narcisismo; por um lado sentem-se como o centro de toda a atenção, tanto amistosa quanto hostil e, por outro, completamente miseráveis e desamparadas” (p.50).

Do ponto de vista da psiquiatria psicodinâmica, influenciada pela psicanálise, Gabbard (2006) assinala que os elementos defensivos e adaptativos sempre devem ser considerados em sua relação com as substâncias psicotrópicas. Além dos aspectos relacionados ao prazer e à destruição, os clínicos precisam compreender a incapacidade de toxicômano de cuidar de si mesmo. Esse prejuízo no autocuidado decorre de distúrbios precoces no desenvolvimento da identificação e internalização dos objetos primordiais.

Em seu levantamento bibliográfico sobre a abordagem psicanalítica da toxicomania, Waks (1998) encontrou dois grupos de autores, divididos de acordo com a

classificação nosográfica realizada. Temos: a) autores que consideram a toxicomania uma manifestação psicopatológica, relacionada com determinada estrutura psíquica; e b) analistas que a consideram um estado independente de qualquer estrutura específica.

Em termos etiológicos, haveria o consenso quanto à importância dos fatores orais, da homossexualidade latente, da predominância do auto-erotismo, de uma fragilidade egoica e da impulsividade. O autor destaca, com base nas postulações freudianas, a incidência de certos elementos na clínica da toxicomania, como, por exemplo, o papel preponderante exercido pela masturbação – considerada por Freud o nosso primeiro vício – e pela auto-punição.

A meu ver, a toxicomania não configura uma estrutura psíquica específica. Aliás, é comum vermos, em uma mesma pessoa, a flutuação e alternância entre elementos mais perversos e psicóticos, e, em outros momentos, a predominância de aspectos claramente obsessivos (Bergeret, 1983; Olievenstein, 1985).

De fato, existem toxicômanos psicóticos, neuróticos perversos e *borderlines*. Entretanto, pode-se identificar elementos comuns nesse quadro psicopatológico (Bergeret, 1983), independentemente da estrutura psíquica: constantes atuações (*Agieren*), impulsividade, baixa tolerância à frustração, compulsão ao uso da droga, automatismo, prejuízo no processo criativo e onírico, utilização de recorrentes descargas como meio de destinar as exigências pulsionais, predominância de vivências comandadas pelo processo primário e apego ao objeto-droga como única forma de obter algum tipo de prazer.

Para Gurfinkel (2011), é na clínica das adicções – na qual a toxicomania é uma de suas modalidades – que podemos presenciar e identificar com maior clareza a existência de uma compulsão à repetição atuando na vida psíquica. “Podemos, aliás, *definir a adicção como uma das formas mais características de compulsão à repetição!*” (p.62, grifos do autor). Em outro momento, ele afirma:

O fato é que enfrentamos, nessa clínica, uma das dimensões mais sombrias da natureza humana (...). É indubitável que há na vida psíquica humana uma *compulsão à repetição*, que pode ser mais ou menos dominante em cada caso. Esta descoberta foi, em si mesma, revolucionária. Freud concluiu que tal compulsão é a expressão de uma suposta pulsão de morte, ou melhor ela resulta do fato de esta pulsão ficar à solta, agindo por si só, ao se romper o estado de fusão em que geralmente se encontra com as pulsões eróticas. Eros, ao neutralizar o poder destruidor de Tânatos, seria o guardião da vida, e a esperança para se amenizar a força arrasadora da compulsão à repetição (...) (p37-38).

Bergeret (1983) também sublinha o papel da compulsão à repetição na toxicomania. Seria por meio desse fenômeno repetitivo que se poderia verificar o trabalho das pulsões de morte nos toxicômanos. Haveria, portanto, envolto ao prazer, um elemento destrutivo predominante. Freud (1920) já havia acentuado a quase impossibilidade de haver fenômenos desvinculados de algum tipo de prazer. Por trás da compulsão à repetição do desprazer, encontraríamos, também, alguma satisfação prazerosa. A meu ver, isso pode ser sugerido no caso toxicômano: o prazer do efeito da droga relaciona-se com o desprazer e com a autodestruição, comandados pelas pulsões de morte. Aliás, em diversos casos, o sujeito chega mesmo a morrer. Em algumas situações, a autodestruição é encoberta por uma “overdose acidental”. Entretanto, pode-se conjecturar que, muitas vezes, essa superdose não foi tão acidental, quanto se poderia pensar à primeira vista.

Como vimos, uma das principais características da clínica da toxicomania é a tendência à atuação (*Agieren*) e uma acentuada impulsividade dos pacientes. Em alguns momentos, o analista, inclusive, pode chegar a questionar se é possível analisar quando as resistências – estaríamos no âmbito das resistências do Id (compulsão à repetição) e do Superego (necessidade de punição)? – e as atuações constituem uma força compacta, quase indestrutível. Para que as interpretações tenham efeitos, é necessário que os analisandos tenham adquirido a capacidade de conseguir pensar sobre suas vivências e estabelecer relações entre os eventos vividos. Dito de outra maneira, trata-se da capacidade de submeter os impulsos ao processo secundário, para que, assim, possa haver a possibilidade do estabelecimento de sentido para as experiências vividas.

Nessa clínica, a compulsão à repetição e a atuação excessiva são características elementares. Nela, via de regra, vemos a selvageria da pulsão em seu estado de repetição sem objetivo. Assim, repete-se simplesmente porque não se pode utilizar outra forma para a manifestação do excesso pulsional. Esse excesso não pode passar pela via da elaboração. A predominante utilização de atuações, assim como a fragilidade na capacidade do pensamento e da elaboração, caracterizaria o que Gurfinkel (2008) denomina clínica do agir. No trabalho com esses analisandos, identifica-se um prejuízo na área onírica e de criação. Ao invés do espaço onírico e criativo, encontramos descargas e repetições do mesmo.

Em termos freudianos, pode-se afirmar a necessidade do trabalho de ligação (*Bindung*), para que o processo secundário possa desenvolver-se. Nesses casos, estamos lidando com processos mentais primitivos, relacionados com os primeiros anos ou

meses de vida da criança. Fica evidente a importância de os objetos primários poderem responder adequadamente às identificações projetivas e conflitos do bebê. Como também nos mostrou Bion (1966), a capacidade de *rêverie* da mãe é de fundamental importância para que o bebê possa vivenciar as experiências que não puderam ser digeridas adequadamente. A mãe seria a receptora e transformadora dos elementos beta projetados pelo bebê (impensáveis, sem qualquer possibilidade de ter significado, e incapazes de serem transformados em sonhos), em elementos alfa (significativos e passíveis de serem transformados em sonhos e pensamentos). Cito Bion:

A função-alfa atua sobre as impressões sensoriais, quaisquer que sejam, e sobre as emoções que o paciente percebe, quaisquer que sejam. Na medida em que a função-alfa tem êxito, produzem-se elementos-alfa suscetíveis de serem armazenados e de corresponderem aos requisitos de pensamentos oníricos. Se a função-alfa se perturba, e, por conseguinte, não atua, as impressões sensoriais que o paciente percebe, e as emoções que experimenta, permanecem inalteradas (p.22).

Além da acentuada tendência à repetição, outra característica da clínica da toxicomania diz respeito às dificuldades dos sujeitos em relação à capacidade de viver a não-presença e a falta do objeto. Trata-se, pois, de um tipo de falha no processo de simbolização e pensamento. De alguma maneira, parece-nos que, em certos casos, há uma falha nesse processo de satisfação alucinatória do desejo. Alucinar, na tentativa de reencontrar o objeto, é um processo importante para a construção da capacidade de suportar a não-presença do objeto amado. É fato que, se o bebê somente ficasse alucinando o objeto, sem ter nenhuma ação para conseguir o seu retorno, não obteria a satisfação real, oriunda desse esperado reencontro. Todavia, a satisfação alucinatória é importante para a construção da capacidade de imaginação e criatividade. Torna-se imprescindível reconhecer que duas posturas subjetivas são importantes para que a satisfação alucinatória do desejo ocorra integralmente: 1) *proximidade do objeto*: ao perceber que a alucinação do seio não lhe deu efetivamente o alimento que precisa para sobreviver, o bebê chora, e deve conseguir mobilizar o ambiente para sua necessidade de alimentação; e 2) *distanciamento do objeto*: se a proximidade é necessária, um certo distanciamento também é imprescindível para o bebê poder alucinar e criar. Basta pensarmos que a alucinação ocorre na ausência do objeto: uma demasiada proximidade poderia impedir que esse importante fenômeno acontecesse integralmente. Para designar



a falha no processo criativo e onírico, Gurfinkel (2008) utiliza a expressão “colapso do sonhar”.

Com efeito, em certos casos, pode-se conjecturar, no toxicômano, uma necessidade de punição, comandada pelo Superego (Waks, 1999). Como já vimos, o sentimento de culpa e a necessidade de punição podem vincular-se à compulsão à repetição. Trata-se, pois, da articulação entre as resistências do Id e do Superego (Freud, 1926; 1937). Além disso, essas duas instâncias podem construir um bloco resistencial com as outras resistências. Nessa repetição, encontraríamos uma manifestação tanto da própria pulsão em seu estado bruto, quanto da necessidade masoquista de continuar sofrendo. Estamos próximos da compulsão de destino e dos arruinados pelo êxito. Haveria, portanto, certo trabalho da repetição do mesmo e a manutenção de uma punição eterna. Lembremo-nos do imperativo do Superego: “Não deves”. Aqui, pode-se modificá-lo: “Não deves mudar, seu destino é esse. Precisas continuar repetindo sempre o mesmo, independentemente de qualquer sofrimento, pois és digno de uma punição eterna”.

## **5.2. Prazer na repetição ou repetição do prazer?**

No famoso trecho inicial de “Mal-estar na civilização” (1930), Freud mostra-nos como lançamos mão de procedimentos para atenuarmos o sofrimento decorrente de nosso estado de desamparo. Dentre eles, a intoxicação por drogas possui um papel essencial. Trata-se do método mais grosseiro, mas talvez o mais eficaz. De fato, a droga possui um acentuado poder de modificar o estado psíquico das pessoas. Ademais, não é de se desconsiderar que as próprias substâncias corporais possam promover uma alteração psíquica, similar aos estados que encontramos nos intoxicados. Vide o exemplo da mania. Para atenuar uma depressão insuportável, o sujeito ingere a droga. Como consequência, ocorre uma transformação: vai de uma vivência de depressão para um estado maníaco do intoxicado. Passados os efeitos da substância, retorna-se à depressão de base. Ocorreria, portanto, uma alternância entre a experiência depressiva (estado de consciência inalterado) e maníaca (estado de consciência alterado).

A droga, quase uma poção mágica (Rado, 1933), seria ingerida como uma espécie de remédio para aliviar o sofrimento do existir humano. Freud (1930) afirma:

O mais cru, mas o mais efetivo, dos métodos destinados a produzir tais modificações, é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém tenha compreendido seu mecanismo, mas é evidente que existem certas substâncias estranhas ao organismo, cuja presença no sangue e nos tecidos, proporciona, diretamente, sensações prazerosas, modificando as condições de nossa sensibilidade, de tal maneira que nos impedem de perceber estímulos desagradáveis. Ambos os efeitos não só são simultâneos, mas também parecem estar intimamente vinculados (p.3026).

O produto tóxico seria capaz de afastar o sujeito das desgraças que o mundo exterior pode lhe proporcionar. Podemos pensar que o toxicômano está viciado nesse tipo de distanciamento das mazelas humanas, oriundas do exterior? Ou, diferentemente, ele procura modificar seu estado psíquico em decorrência de sua dificuldade de lidar com seus conflitos e angústias? A droga, nesse sentido, poderia ser pensada como uma panaceia momentânea para o sofrimento? Com a droga, poderíamos ter dois efeitos simultâneos: a produção rápida de prazer e o afastamento de qualquer realidade causadora de desprazer e sofrimento.

Atribui-se tal caráter benéfico à ação dos intoxicantes na luta pela felicidade e na prevenção da miséria, que os indivíduos, como os povos, têm reservado um lugar permanente em sua economia libidinal. Não só se lhes deve o prazer imediato, mas, também, uma desejada independência do mundo exterior. Os homens sabem que, com esse “amortecedor”, sempre podem escapar do peso da realidade, refugiando-se em um mundo próprio que ofereça melhores condições para sua sensibilidade. Também se sabe que é precisamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e nocividade (p.3026).

Via de regra, esse aspecto de produtor de prazer e amortecedor do desprazer, frente à dura realidade que se impõe, é uma das dimensões da toxicomania. De fato, em diversas situações, o sujeito encontrará prazer apenas em seu reencontro com a droga. Contando-me sobre sua necessidade incontrolável de beber pinga e fumar crack, um paciente afirmava:

*Eu não me lembrava mais de nada: só pensava em beber cachaça e fumar crack. Quando eu estava sem a droga, nada me dava prazer. Nem mesmo trepar eu queria. Dormia doidão; acordava com uma barrigudinha<sup>25</sup> de pinga na mão; e logo saía*

---

<sup>25</sup> Barrigudinha é uma referência ao formato da garrafa de pinga.

*para buscar uma pedra para fumar. Era só acender meu cachimbo e pronto: minha vida se resumia àquele momento de prazer.*

*(...)*

*Você me pergunta sobre esse prazer, sobre que tipo de prazer que eu busco na pinga e no crack. Cara, eu não sei responder; não sei mesmo. É uma coisa muito louca. Acho que sou louco mesmo, não sei. Acho que só sendo loucão para usar essa porcaria.*

Continua relatando como deixava de realizar qualquer outra atividade, que não fosse exclusivamente consumir a droga.

*Acho que não tem uma razão para a droga. É uma das coisas mais gostosas que já senti. Você esquece tudo: de mãe, de pai, de filhos, e de você mesmo. Ficava vários dias sem dormir; várias dias sem escovar os dentes. Não ligava para nada disso: só queria o prazer da droga. Quando alguém fala que droga é ruim, que droga é uma droga, está sendo hipócrita e esquece de dizer o prazer que a droga traz. Essa merda dá muito prazer. Como alguma coisa desse tipo pode fazer com que a gente deixe de olhar e de gostar da gente mesmo? Como alguém pode esquecer de comer? Quando eu uso, principalmente o crack, esqueço até mesmo de me alimentar. Não como porra nenhuma. Só fico mesmo é querendo fumar e beber. Acho que sou muito doente mesmo (risos). É uma vida dura e triste, só quem passa na pele, e vive esse sofrimento todos os dias, sabe do que eu estou falando.*

A exclusividade da droga, na obtenção de prazer, é um indicador de instalação de uma toxicomania. Na constituição desse quadro psicopatológico, é comum observamos como as pessoas vão abandonando suas atividades diárias, concentrando-se apenas em sua relação com a substância psicotrópica. Deixa-se de estudar, trabalhar, sair com os amigos, conversar com os familiares, ter relações sexuais, participar de

atividades culturais e de lazer. Com efeito, parece que nenhum prazer pode alcançar o que se obteve com a droga. Haveria, assim, uma construção e busca de manutenção de uma espécie de espaço de prazer inesgotável. “Careta”, sem a droga, alguns toxicômanos trabalham, incansavelmente, para reencontrar esse estado de prazer. No sofrido processo de manter-se vivo sem a droga, alguns a colocam em uma espécie de altar saudosista. Como exemplo, penso em outro paciente, que relembra com muito carinho e saudade sua experiência com as substâncias de prazer.

*Eu agora estou limpo, careta, mas eu me lembro muito bem de tudo o que já usei. Porra, eu tenho uma paixão louca pelas drogas. Eu já usei de tudo mesmo, menos o maldito crack. Já bebi, cheirei, fumei maconha, tomei baque na veia, tomei um monte de remédio como droga, um monte de rebite para ficar acordado. Já tomei chá de cogumelo, chá de fita, essas porras todas. Eu tenho paixão por isso. Tenho paixão pelas drogas. Uso desde muito moleque; acho que desde os 16 anos, sei lá. Porra, tá muito foda ficar sem nada, sem nenhum tipo de droga. Parece que eu vou ter que reencontrar um novo jeito de aprender a viver, aprender a ficar sem nenhum tipo de barato. A pinga é demais: ela é macia, gostosa, traz um prazer da porra. Sinto até água na boca quando falo disso. Sinto uma vontade de sair e tomar, mas sei que não posso fazer isso, já que vou ter uma recaída com o álcool. Ela (a pinga) é maravilhosa! Tem um gosto doce. Não gosto muito de cerveja, prefiro uma branquinha mesmo. Ficar sem algum barato tá foda! Por isso que, ainda bem, estou tomando meus Diazepans todos dos dias. São só dois comprimidos, mas eles me dão um baratinho que me faz ficar mais tranquilo [riso]. Está sendo muito difícil, pois as drogas são uma paixão mesmo. A pinga sempre foi minha companheira de vida. Está sendo difícil continuar com esse divórcio.*

Para esse homem, a vida precisará ser novamente percebida e aprendida, agora sem os efeitos das drogas. Com o abandono de sua “companheira de vida”, será preciso

realizar um trabalho de luto (Berlinck, 2012; Gurfinkel, 2011). Sendo assim, cabe ao profissional compreender e promover uma qualidade e aprofundamento desse importante processo. Concordo com Olievenstein (1985) que o sujeito desintoxicado sofre em decorrência da falta de dependência a um objeto externo. Esse sujeito, que agora não depende mais de nada, “(...) teme a causa desta ausência. Exatamente ao contrário da exigência de qualquer terapeuta, que quer que seja pessoa, ele, face ao vazio e ao despedaçamento, só poder querer-se objeto” (p.155). Trata-se de um problema clínico que tem como base os fenômenos de ausência e presença; de tudo ou nada; de aqui e agora. Concordo com Rezende (1994) quanto à idealização da droga e de um estado psíquico ideal. Nas palavras desse autor, “é o demônio da perfeição e do paraíso idealizado que nos atenta, forçando-nos no superdimensionamento da “*falta*” e subdimensionamento da “*presença*” (p.123, grifos do autor).

Na toxicomania, há uma fixação a essa forma de obtenção de prazer imediato e inatingível por outros meios. Esse aspecto remete-nos a uma tendência de funcionamento no regime do processo primário. Nele, a realização do desejo não pode ser adiada. Tratar-se-ia de uma espécie de caminho mais curto na busca do prazer (Gurfinkel, 1996). Seria uma maneira de obtê-lo o mais rápido possível, sem as mediações impostas pelo princípio de realidade e do mundo externo. O processo secundário estaria prejudicado em suas funções de pensamento. Como Gurfinkel bem acentua:

As aquisições próprias da introdução do princípio da realidade são justamente as funções psíquicas que são deficientes no toxicômano. Na literatura, encontram-se, repetidamente, descrições sobre a intolerância e a incapacidade de espera do toxicômano. É esta incapacidade para a frustração que impede o desenvolvimento da função pensamento (secundário) como conhecemos. O desenvolvimento psíquico parece ter parado na metade do caminho, e quando se desencadeia a espiral da intoxicação – processo muitas vezes compulsivo e vertiginoso – potencializa-se o processo regressivo até a anulação temporária destas funções. Será que o projeto secreto do toxicômano essa anulação? (p.79).

Além dessa fixação a um quase exclusivo modo de obtenção de prazer<sup>26</sup>, é preciso entender que existem diversas ramificações a serem estudadas na toxicomania.

---

<sup>26</sup> Devido ao meu objetivo, não me atei detalhadamente ao processo de obtenção de prazer, afastamento e criação de realidades. Sem dúvidas, são temas de grande importância para o estudo da toxicomania. Para os interessados, indico o livro “A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania”, de Gurfinkel (1996).

Destaco a importância de compreendermos as relações familiares<sup>27</sup>, sobretudo com os objetos primários, a agressividade, a impulsividade, as repetições, a compulsão, a dificuldade de tolerar as frustrações, a destrutividade, as fixações, o trabalho das pulsões, as resistências e as defesas, bem como todo o estudo do contexto social, histórico, econômico e cultural no qual o sujeito está inserido.

Diante da amplitude e complexidade do tema, realizar recortes é uma tarefa imprescindível. Uma das características mais destacadas no toxicômano é a compulsão que o leva a buscar, custe o que custar, reencontrar os efeitos obtidos por meio da substância psicotrópica. O que caracteriza essa compulsão? Qual é a natureza desse tipo de repetição? Por que o sujeito se fixa nesse modo de obtenção de prazer compulsivo? Trata-se de um fenômeno relacionado com o princípio de prazer? Se assim for, qual é a especificidade desse prazer? Qual é o papel da destrutividade no processo do toxicômano?

Vejamos como, na toxicomania, a incidência da compulsão à repetição pode ser compreendida.

### **5.3. A incidência da compulsão à repetição na toxicomania**

A compulsão à repetição possui três dimensões essenciais na obra de Freud: 1) como tentativa de promover o trabalho de ligação (*Bindung*) do excesso traumático. Nessa acepção, ela evidencia o trabalho psíquico para destinar adequadamente os elementos pulsionais desligados. Por não poder ser transformado e elaborado, o trauma continua atuando no aparelho psíquico como um morto sem sepultura, parafraseando o título de uma das peças de Sartre; 2) como expressão da qualidade repetitiva das pulsões, em seu estado bruto de repetir-se sem finalidade. A repetição seria, assim como o deslocamento e a condensação, característica do funcionamento dos processos psíquicos inconscientes; e 3) como forma de resistência do Id. Haveria, por assim dizer, uma resistência inerente às próprias pulsões, como se pode constatar em “Inibição, sintoma e angústia” (1926). Como pensarmos e entendermos a manifestação da compulsão à repetição na toxicomania, diante dessas diferentes dimensões? Estaríamos

---

<sup>27</sup> Para os interessados na compreensão e na análise das relações familiares do toxicômano, remeto-os ao estudo de Rezende (1994), publicado no livro “Curto-circuito familiar e drogas: análise das relações familiares e suas implicações na farmacodependência”.

diante apenas de repetições do desprazeroso? E todo o prazer que os toxicômanos buscam no reencontro com a substância psicotrópica?

Vale ressaltar que, apesar de realizar a distinção entre os diferentes aspectos da compulsão à repetição, na clínica sabemos que os fenômenos não podem ser circunscritos dessa maneira estanque. Em minha opinião, apesar de podermos levantar hipóteses sobre a natureza dessas repetições, não é possível realizar uma clara distinção entre essas dimensões de um mesmo fenômeno.

Na toxicomania, fica claro o uso compulsivo que o sujeito faz da droga. Sem algum tipo de compulsão em usá-la novamente, não teríamos a instalação de um quadro toxicômano. Com efeito, esse é um dos critérios para diferenciarmos o uso de drogas de uma toxicomania. Haveria uma espécie de imposição subjetiva, na qual o sujeito pouco poderia resistir. Sendo assim, traduzir a *Wiederholungszwang* como coação à repetição seria mais adequado, pois expressaria esse elemento coercitivo interno, identificado pelo sujeito como uma força que o impele a realizar determinada ação, independentemente de seu posicionamento consciente (Gerez-Ambertin, 2009). Seria essa a força demoníaca tão sublinhada por Freud? Lembro-me de um paciente que sempre dizia:

*Depois da primeira, eu só quero usar outra pedra. Depois, eu sei, só vou parar de fumar quando não conseguir mais ficar de pé. Passo dias e noites fumando, sem parar, não tem jeito mesmo. Parece que alguma coisa toma conta de mim. Vem uma coisa forte, entende? Quando dou conta de mim, já usei muita pedra mesmo, sem dó. Sempre tem alguém para me atentar. Se não vem ninguém de fora, vem alguma coisa de dentro de mim. Parece que o inimigo está sempre prestes a colocar você à prova. O grande problema é quando o inimigo está dentro de você. Aí fica muito mais difícil de fazer alguma coisa mudar. É uma luta diária. Ou melhor: é uma luta com cada minuto de nossas vidas. Não é fácil ser assim. Vem uma força de dentro da gente, sabe? É muito esquisito. Eu queria conseguir ser normal, como um monte de pessoas por aí. Não queria ser assim. E o pior é que a família da gente não entende nosso sofrimento, nossa dor. E, infelizmente, isso não acontece só na família, sabe. Nós, dependentes químicos, sofremos muito preconceito*

*em toda a sociedade. Todos pensam que somos vagabundos. Sou uma pessoa boa. Às vezes, fico pensando que isso só pode ser coisa espiritual mesmo. Parece que vem o inimigo, quando vê que você está bem, vem trazer a desgraça para sua vida.*

Aqui, é interessante vermos a presença de pessoas que encarnam o papel de um outro provocador. Seria essa sedução externa uma projeção de elementos provocadores internos? Entre as expressões mais utilizadas para designar esse outro sedutor, temos inimigo, arrastador e traíra. Nas palavras de jovem toxicômano:

*Para dar um prato de comida, não aparece ninguém; mas, para atentar, oferecer a droga, aparece um monte gente.*

Muitas vezes, o papel de provocador/sedutor passa a ser atribuído ao diabo, como imagem de um elemento externo, capaz de “atentar” as pessoas. Sem dúvida, o elemento religioso pode vir a ter um papel central nessa discussão. Com Rezende (2000), penso que a excessiva ligação do toxicômano com a religião deva ser estudada, sem preconceitos e pré-concepções sobre o tema.

Outra pessoa, dependente de cocaína, veementemente, afirmava:

*É só dar um tiro, que, quando vou ver, já deixei tudo para trás e só quero ficar na rua cheirando tudo. É como se existisse um monstro dentro de mim, adormecido, só esperando para acordar. Quando acorda, toma conta de mim. Não consigo mais decidir nada: só vou querer cheirar, dar uns tiros, e cheirar a farinha, de qualquer jeito que for. Pensei que conseguiria me livrar dessa sensação o mais rápido possível, mas não é assim. Não posso acordar o monstro. Mas ele pode acordar de uma hora para a outra. Eu já fiquei seis anos sem usar nada. Não foram seis horas, nem seis dias ou seis meses. Foram seis anos da minha vida limpa. Eu pensava que estava curada dessa maldita doença. Mas não foi bem assim. Ela é muito mais forte do que eu mesma imaginava. Em um belo dia, sem ter nenhum problema em minha cabeça, resolvi tomar uma cerveja sozinha.*



*Fui ao bar, que sempre costumava ir, e acabei pedindo uma gelada. Acho que foi só a primeira gota que me transformou nisso novamente. Depois de tomar umas três garrafas, sozinha, deu aquela vontade de cheirar. Antes de ir buscar a farinha, acabei tomando mais umas duas ou três cervejas. Aí criei coragem e fui até a biqueira comprar um pino. Eu pensei: não tem problema, só vou cheirar um pininho mesmo. Só que isso é uma forma de me enganar: depois do primeiro pino, me esbaldei mais e mais. Por isso estou aqui de novo, no fundo do poço. Tudo porque o monstro dentro de mim acordou só com uma gota de álcool.*

Nas falas dessas pessoas, pode-se notar a existência do espanto quanto à própria condição subjetiva. Para utilizar uma expressão de Freud, estaríamos diante de uma manifestação do “demoníaco”, de uma entidade capaz de dominar o sujeito.

Um homem de quarenta anos, dependente de cocaína e álcool, também se mostra surpreso com sua incapacidade de controlar o seu “gigante adormecido”.

*Ontem, entendeu, me atentaram, trazendo pó para mim. Ficaram me oferecendo. Eu estava bebendo muito, mas nunca mais tinha cheirado cocaína. Isso já não acontecia há mais de oito meses. Mas, ontem, parece que o inimigo, o diabo, veio me atentar. Acabei cheirando um pino. Se o gigante acordar dentro de mim, não vou conseguir me controlar. O gigante não pode ser acordado. Isso não pode acontecer. Doutor, o senhor entende? Eu tenho um gigante adormecido dentro de mim, um gigante que me controla, e não me deixa em paz quando é acordado. Eu tenho que lutar muito, mas muito mesmo, para que ele continue em seu sono. Mas o problema é que não sei quando ele vai acordar. Viver com esse medo é muito ruim. Eu vivo com esse medo.*

Esse elemento compulsivo relaciona-se justamente com a necessidade de reencontrar os efeitos da droga. Pode-se compreender essa repetição com o modelo do

desejo proposto por Freud (1900). Nele, o desejo é desejo de reencontro com o objeto perdido. Sua base está na alucinação, como maneira de realizá-lo. Nesse sentido, o desejo de ingerir a droga evidenciaria a procura por satisfação de uma exigência pulsional. A repetição, nesse caso específico, seria uma reedição de uma necessidade de reencontro com a droga. Nesse momento, esse fenômeno está em total acordo com o princípio de prazer. Vemos sua incidência justamente na busca de um prazer momentâneo e rápido, vindo com a primeira baforada, o primeiro gole ou a primeira cheirada.

Não obstante, como explicarmos a relação entre a compulsão à repetição, na toxicomania, e o trabalho das pulsões de morte? Cabe uma pergunta: na toxicomania, a repetição estaria somente a serviço do princípio de prazer? De maneira alguma. A meu ver, é justamente na condição do toxicômano que se pode compreender a complexidade desse fenômeno. Se, por um lado, ele está relacionado com a busca de um prazer intenso; por outro, mostra uma proximidade com a regressão e com a destrutividade. Penso que há uma mistura clara de prazer e desprazer; de excitação e de uma busca de estado de eliminação das tensões e conflitos – estaríamos falando em princípio de Nirvana?

Certa vez, uma paciente contava-me:

*É assim mesmo: eu, naquele momento, só quero usar e usar, sem pensar em mais nada. Depois, vem um estado que eu preferia morrer. Uma sensação de mal-estar, sabe? Uma coisa ruim no peito, uma culpa, uma angústia muito grande. Dá vontade de morrer mesmo. Já pensei várias vezes em me matar, e isso acontece bem depois que o efeito da droga passa. Nossa, é um sofrimento sem fim. Dói, dói muito. Você pode até pensar como é, mas, se nunca passou por isso, nunca saberá exatamente como a gente se sente. O suicídio parece ser a única solução naquele momento. A depressão bate forte; bate muito, muito forte. É muito difícil. Não desejo isso nem para o meu pior inimigo. Aí, nessa condição, não tem jeito mesmo. A gente se pega pensando em usar a droga de novo. Aí entra aquele ciclo novamente: uso a droga, fico mal; uso a droga para passar a depressão; depois fico mal quando acaba o efeito da*

*droga em mim. Dá vontade de morrer. Parece que não tem mais jeito mesmo.*

Nesses casos, sabemos que é comum essa oscilação entre a mania e a depressão. Há um estado de excitação que caracteriza um “tudo ou nada”, “agora ou nunca” (Olivenstein, 1985). Pode-se verificar como, em alguns casos, o momento pós-intoxicação é visto como o mais doloroso e difícil de ser vivenciado. Se na intoxicação, aparentemente, parte do aspecto coercitivo do Superego pode ser atenuada, ele voltará a desempenhar seu trabalho de forma intensa, quando a pessoa retornar ao seu estado de consciência normal. Culpa, necessidade de punição, vergonha, medo, angústias, ideias e tentativas de suicídio são algumas das vivências que a pessoa pode experimentar sem a droga. Quando seus efeitos acabam, os aspectos destrutivos podem emergir. A fala de um jovem de 20 anos, dependente de maconha, cocaína e álcool, é um exemplo disso.

*Tem vezes que a recaída vem do nada; vem naqueles dias que está tudo bem, sem nenhum problema. De repente, aparece uma coisa dentro de mim, sem mais nem menos, e me domina. Quando vou ver, já gastei mais de R\$600,00 na biqueira, fumando e cheirando. Quando tudo isso passa, só vem o desespero, a culpa, a vergonha e a angústia. Aí é que dá mais vontade de usar de novo. Já até pensei em me matar várias vezes. Acho que só não fiz porque não tenho coragem, sou medroso demais. Mas já pensei muitas vezes nisso. Já cheguei até a planejar, só que, na hora, acabo desistindo; ainda bem.*

Vemos uma oscilação entre o prazer e o desprazer. Pode-se argumentar que o desprazer e a dor surgem com a falta da droga. Contudo, não se pode esquecer que a falta é o segundo tempo de um mesmo fenômeno. Nesse sentido, Gurfinkel (1996) destaca o trabalho das pulsões de morte, atuando no momento da falta da droga.

No primeiro tempo, o encontro com a droga é a explosão do prazer, enquanto que o “tempo do pavor” surge com o domínio da compulsão repetitiva; e se a pulsão de morte realiza o seu trabalho silenciosamente, é na falta da droga que o toxicômano pode vislumbrar os seus efeitos: agora é o pavor. Quando a toxicomania se instala, toda a busca de drogas passa a ser motivada pela tentativa de afastar este pavor – ou o “horrível” – que a sua falta provoca; a busca positiva de prazer acaba sendo secundária diante de uma busca, agora urgente e compulsiva, de caráter negativo (p.211).

Penso que é indispensável a compreensão que a compulsão à repetição atua, tanto no nível do princípio do prazer, quanto relacionada com as pulsões de morte e com os fenômenos aquém desse princípio. A meu ver, qualquer tentativa de acentuar apenas uma das pulsões é superficial.

Como vimos, a compulsão à repetição seria uma manifestação do desejo impulsivo de reencontrar o objeto de prazer: a droga e seus efeitos psicossomáticos. Nesse momento, essa repetição está em total acordo com o princípio de prazer.

Recordemos Freud no final de “Além” (1920).

Nós já havíamos constatado que uma das mais antigas e importantes funções do aparelho psíquico é a de “capturar e atar” [*binden*] as moções pulsionais que chegam a ele, de modo a poder substituir o processo primário que prevalece nessas moções pelo processo secundário e transformar a energia livre e móvel das cargas de investimento em energia que esteja predominantemente em estado de repouso (tônico). Durante essa transformação, ocorre um aumento de desprazer, o qual não é, e não pode ser, levado em conta pelo aparelho psíquico; contudo, isso não significa que o princípio de prazer seja suspenso nesses momentos. Ao contrário, essa transformação está muito mais a serviço do princípio de prazer; na verdade, a captura e enlaçamento [*Bindung*] das moções se constituem como um ato preparatório que introduz e assegura a soberania do princípio de prazer (p.180).

Como vemos, a *Bindung* é o ato preparatório para a dominância do princípio de prazer. Nas experiências traumáticas, nas quais as vivências excessivas não podem ser integradas adequadamente a toda malha de representações, haveria uma espécie de congelamento psíquico. O desenvolvimento da vida ficaria paralisado até que a vivência traumática possa ser destinada e vivida adequadamente. Toda economia psíquica se voltaria para esse estado de sofrimento constante que o trauma proporciona. Com a experiência do trauma, essa preparação, anterior ao predomínio do princípio de prazer, novamente voltaria a ser imprescindível, já que a tarefa seria ligar/atar as energias livres. Nesse sentido, a compulsão à repetição pode ser pensada como um princípio de

ligação (Gurfinkel, 1996). Temos, aqui, o modelo baseado na neurose traumática: repete-se para conseguir o controle de uma situação excessiva, em energia e intensidade. A repetição, portanto, seria uma maneira desesperada de procurar alguma saída para o obscuro labirinto da vivência traumática. A necessidade de ligar a excitação e dominá-la aparece sob a forma da compulsão à repetição. Sua qualidade compulsiva deriva justamente da necessidade premente de domar o excesso de excitação. A própria palavra *Wiederholen* significa pedir novamente; seria um re-petir ou re-pedir (Hanns, 1996). Como bem salienta Gurfinkel, se o objetivo da compulsão à repetição é efetuar ligações e possibilitar que o princípio de prazer vigore, nesse caso, ela está atuando a favor das pulsões de vida.

Se nessa situação a compulsão à repetição está relacionada com as pulsões de vida, como pensarmos em sua relação com os mais diversos estados toxicomânicos? Seria a droga, assim, uma espécie de objeto que conduziria a uma necessidade de efetuar a ligação do traumático? Haveria uma espécie de tentativa de defesa contra um excesso pulsional traumático e traumatizante, anterior ao uso da droga? A questão importante seria: a droga poderia efetuar a função de atualizar um trauma precoce, sendo uma espécie de elemento de pseudo-ligação, que tem como instrumento de trabalho a intoxicação? Caso fosse assim, teríamos uma situação traumática anterior ao uso da droga? Além disso, pode-se levantar outra questão: seria a utilização da droga o desencadeador de uma situação traumática, a despeito de todo o prazer que ela proporciona?

Recordo-me, por exemplo, de um paciente que só conseguia realizar, satisfatoriamente, suas atividades diárias sob o efeito de grandes quantidades de álcool. Em diversos momentos, verificava-se a predominância de aspectos obsessivos, com um acentuado grau de controle e manipulação dos objetos e a presença de um Superego severo; em outros, notava-se a predominância de sintomas psicóticos<sup>28</sup>, tais como

---

<sup>28</sup> Aqui não cabe a discussão sobre a existência ou não de psicoses induzidas por drogas psicotrópicas. De fato, em momentos de abstinência, algumas pessoas podem ter uma visível modificação em sua organização psíquica. Em certos casos, passada a síndrome de abstinência, há um retorno para um estado psíquico mais ou menos estruturado. A meu ver, em conjunto com Olievenstein (1985), é mais proveitoso pensarmos em termos de sintomas psicóticos, perversos e neuróticos, não nos enfocando em classificações estruturais. Em diversas situações, há uma flutuação de sintomas, discursos e disposição subjetiva que impede uma caracterização rígida em termos de estruturas. Trata-se, pois, de uma clínica centrada na instabilidade dos sujeitos e de suas organizações psíquicas. Deve-se compreender, contudo, que encontramos toxicômanos com estruturas bem definidas. Na neurose, na perversão, na psicose e nos estados *borderlines* vemos pessoas que se tornam dependentes de alguma substância psicotrópica. Concordo com Gurfinkel (1996) que “(...) o caminho mais prudente é poder compreender as relações

alucinação e delírios paranoicos. Sua própria existência lhe era dolorida e angustiante. Mesmo com sua família, não havia nenhum tipo de relacionamento afetivo que pudesse ajudá-lo a sair desse estado psíquico de amortecimento existencial. O álcool transformou-se em uma espécie de remédio<sup>29</sup> para a dor da alma, do existir. Só conseguia dormir depois de ter ingerido várias doses de álcool.

*Eu não sei mais o que fazer: só consigo dormir depois de beber uma boa quantidade de álcool. Eu fico ouvindo um monte coisa em minha cabeça: barulhos, vozes. Eu tenho uma angústia no peito que não para nunca.*

Em sua história, houve vivências extremamente difíceis, tais como situações de abandono precoce e violência. Após diversas tentativas frustradas de ficar abstinente, esse senhor chegou à conclusão de que sua vida era melhor com o álcool, pois, intoxicado ainda podia vivê-la, mesmo que angustiado. Ruim com a pinga, muito pior sem ela. Para ele, a substância psicotrópica dava-lhe a possibilidade de aguentar o fardo da existência. De certa forma, sua compulsão em ingerir álcool seria uma espécie de impulso para continuar vivendo, a despeito de todos seus graves problemas de saúde e prejuízos sociais, como abandono do trabalho e vínculo familiar frágil e hostil. O álcool transformou-se em seu remédio de todos os dias.

*Poxa, eu estou chegando à conclusão de que minha vida vai ser muito pior sem o álcool. Eu estou tentando ficar sem beber, mas não consigo dormir e fico pensando em um monte de bobagens. Me sinto mal, sem nenhuma motivação para continuar vivendo. Eu não consigo nem ficar bem comigo mesmo, nem com os meus familiares e amigos. Não suporto ninguém do meu ex- trabalho, e o relacionamento com minha mulher é infernal. Não aguento mais nenhum tipo de reclamação da parte dela. Eu já fico agressivo, não com ela, mas comigo. Para eu não fazer algum*

---

respectivas das toxicomanias com os mecanismos psíquicos encontrados nas diversas estruturas psicopatológicas, respeitando a diversidade de formas de uso de drogas” (p.249).

<sup>29</sup> São interessantes as palavras utilizadas pelos jovens para designar o local de venda das drogas: “boca”, “biqueira”, “lojinha” e “farmácia”. Essa última indica claramente como, em diversas situações, as drogas podem ser utilizadas como remédios para o sofrimento psíquico.

*tipo de besteira, acabo saindo para a rua e bebendo mesmo. Não sei que vou conseguir parar. E, sabe o que é pior? Não sei se eu quero mesmo viver sem o álcool. Apesar de ele me fazer mal, tanto que estou com o corpo todo dolorido, cheio de dores por todos os lados, me faz bem também. Acho que consigo viver melhor com a bebida.*

Além da dimensão do prazer e da busca de manutenção da vida, a compulsão à repetição está, em sua raiz, relacionada com as pulsões de morte e com o desprazer. Ora, em certos casos, além do prazer extremo que podem alcançar, alguns sujeitos, efetivamente, chegam a morrer. Como já vimos, em muitas situações, pode-se conjecturar, inclusive, que certas overdoses possam ter raiz no conflito econômico inconsciente e em um trabalho intenso das pulsões de morte (Bergeret, 1983).

Outro ponto importante é a compulsão de destino. Em “Além” (1920), ela configura um posicionamento subjetivo que molda a vida da pessoa, colocando-a em um determinado caminho, sempre igual. Constrói-se, assim, uma repetição dos mesmos desfechos e situações da vida do sujeito. Nessas vivências de inúmeras repetições de situações desprazerosas, configura-se uma espécie de destino demoníaco. Esse elemento mostra como o sujeito sente-se quase como um autômato, dominado por uma força interior estanha a ele. Laplanche e Pontalis (1995) definem-na da seguinte maneira:

*Designa uma forma de existências caracterizada pelo retorno periódico de encadeamentos idênticos de acontecimentos, geralmente infelizes, encadeamentos a que o sujeito parece estar submetido como a uma fatalidade exterior, ao passo que, segundo a psicanálise, convém procurar as suas causas no inconsciente, e especificamente na compulsão à repetição (p.306, grifos meus).*

Um homem de 45 anos, usuário de álcool e crack, tem um histórico de repetir sempre determinadas situações: prometer, mentir e provocar raiva às pessoas ao seu redor. Esse tipo de repetição ocorria somente com pessoas que, de alguma forma, ocupavam o papel de objeto cuidador. Em sua biografia, esse tipo de evento era recorrente. Sem perceber, ele buscava ser hostilizado. Após diversas brigas e problemas familiares, resolveu sair de casa e morar na rua. Na instituição de tratamento, como era de se esperar, não foi diferente: após uma calorosa acolhida e entusiasmo com o desenvolvimento de seu tratamento, ele começou a infringir as regras e a mentir para a

equipe. O ápice dessa postura ocorreu quando trouxe álcool escondido e bebeu pelos corredores e banheiros do prédio. Ele sabia que uma das possíveis consequências desse comportamento inadequado seria a revisão de seu projeto de tratamento e uma possível punição. Em um determinado dia, uma profissional o flagra bebendo pinga em uma garrafa de refrigerante. Ela intervém e conversa sobre seu ato. Ele, provocando-a, vai embora e diz que ela podia fazer o que quisesse, pois não “ligaria para nada”. Quando ela comunica a equipe sobre o ocorrido, um sentimento de raiva toma conta de todos. De alguma maneira, contratransferencialmente, fomos envolvidos e acabamos, sem perceber, ocupando esse papel de objeto cuidador que deve ser atacado. No dia posterior, ele retorna e diz à mesma profissional: “*Você ficou com raiva de mim?*”.

Em outra paciente, usuária de cocaína, cujos sintomas e discurso indicavam um quadro *bordeline*, repetia uma relação violentamente passional com os homens. Desde a adolescência, sentia-se, antes de começar a ingerir a droga, atraída por homens violentos. Dizia que nunca fora acolhida pelos pais. Apesar de amar os filhos, que considerava sua razão de existir, sentia-se vazia, sem objetivos. Vivia com altas doses de cocaína e remédios, sobretudo de estabilizadores de humor e de benzodiazepínicos. Em sua vida, o “pó”, como ela dizia, entrou como um elemento produtor de intenso prazer, diante da instabilidade e da fragilidade de seus vínculos com as pessoas e da inexistência de objetos internos bons, suficientemente capazes de ajudá-la a suportar sua angústia e tendência masoquista. Observava-se um apego excessivo aos maus objetos, que, ao mesmo tempo, proporcionavam-lhe prazer e sofrimento intensos. Havia uma mistura de paixão, fúria, sofrimento e gozo em todas as suas relações. Para ela, ou se tinha um amor completo e incondicional em todos os momentos da vida, ou qualquer gesto tornava-se uma expressão de ódio. Era o tudo ou nada e o agora ou nunca, tão bem característico dos toxicômanos (Olievenstein, 1985). A mínima frustração era sentida como desprezo.

A relação transferencial/contratransferencial fora vivida intensamente, com esse colorido passional. Ora eu era o objeto bom gratificador, “o único que a entendia”; ora o mau profissional, “insensível e incapaz” de entendê-la. Essas mudanças ocorriam rapidamente, desencadeadas por quaisquer intervenções que ela sentia como um ataque ou desconsideração sobre seu sofrimento. Sua impulsividade e agressividade eram manifestas. Em diversas situações, chegava a agredir seus parceiros – o que, no fundo, era só uma estratégia para conseguir ser violentamente agredida, já que esse era sempre o resultado final desse seu ato. Levando em consideração sua história, sua organização



*borderline* estava bem cristalizada, sendo que o uso da cocaína adveio somente em um segundo momento, na adolescência. Aliás, é muito comum que pacientes com esse tipo de configuração psíquica ingiram altas doses de substância psicoativa, podendo tornar-se toxicômanos (Cruz, 2012; Hegenberg, 2013).

Além de sua dependência de cocaína, também acentuava o que ela chamava de “minha doença”. Ora enfatizava seu vício em cocaína, ora centrava-se na “depressão”, que a acompanhava desde a infância. Afirmava que fora uma menina feliz. Entretanto, desde pequena, sentia que seus pais gostavam mais de seus irmãos – o que sempre a chateou muito. Perguntava-me: será que os efeitos da cocaína relacionam-se com essa chamada “depressão”?

Dizia que sempre procurou ajuda de psicólogos e médicos, mas, segunda ela, “eles nunca conseguiram ajudar muito”. Isso poderia demonstrar falta de confiança no cuidado que o outro pode lhe oferecer? Os objetos primordiais foram falhos no cuidado necessário para o desenvolvimento adequado da criança?

*Sempre vou precisar de psicólogo e psiquiatra, eu sei disso. Eu sou doente; sempre fui depressiva mesmo. E, também, não tenho conseguido ficar sem usar drogas. Cheiro cocaína todos os dias.*

Se, ao mesmo tempo há um descrédito em relação à capacidade cuidadosa e curativa dos objetos, também vemos a necessidade de “sempre” precisar do outro, capaz de apaziguar, mesmo que momentaneamente – como uma droga? –, os efeitos de sua profunda tristeza.

Sua história fora marcada por uma série de sofrimentos. Filha mais nova de seis irmãos, sentia-se incompreendida pela família. Desde pequena, seus pais não lhe davam a devida atenção. Recorda que o pai era agressivo com a mãe. Após a separação dos pais, continuou morando com ela. O objeto paterno foi introjetado como alguém indiferente ao sofrimento da filha, incapaz de ajudá-la. Esse seria o papel que me fora designado na transferência?

Identificava-se como a “ovelha negra da família”. Todos os seus irmãos constituíram família e tinham destaque em suas atividades profissionais.

*Ah, ela [a mãe] sempre achou eles [irmãos] melhores do que eu. Ainda mais depois que eu comecei a usar drogas. Todos*

*eles, todos, só falam mal de mim. Por isso não quero a ajuda deles para nada”.*

Intervenho e digo a ela que, por alguma razão, estava fixada ao papel de ovelha negra da família. Talvez, no fundo, ela entendesse que esse seria o único modo ser reconhecida em sua singularidade existencial: ser “porra louca e problemática”. Sua agressividade e baixa tolerância à frustração constituíam uma espécie de demanda para o olhar dos objetos primordiais, que só reconheceram a filha como um problema, dona de incansáveis e infundáveis demandas de amor? Será que ela só poderia existir como uma pessoa “ruim”, “difícil” e agressiva? Sendo a ovelha negra da família, será que ela estaria fadada a procurar e manter relações violentas com os homens, como uma forma de punição masoquista? Os homens violentos estariam relacionados com a imagem de um pai insensível e agressivo?

Na adolescência, começou a consumir maconha e cocaína. Com aproximadamente 16 anos, saiu de casa e foi morar com algumas amigas. Seu namorado, nessa época, agredia-a muito. Após meses de namoro, ele a convidou para trabalhar para os traficantes da “boca de fumo”. Como não queria voltar para a casa da mãe, aceitou o convite. Após anos “nessa vida de loucura”, e depois de ser agredida muitas vezes pelo companheiro, resolveu fugir da cidade.

*Não sei por que resolvi escolher essa vida. Não foi por dificuldades financeiras. Apesar de nunca ter sido rica, e realmente ter passado algumas dificuldades de dinheiro, tínhamos uma condição financeira que não me obrigava a fazer essas coisas que eu já fiz, tipo trabalhar no tráfico.*

Nesse tempo, teve relações afetivas com vários homens. Como numa espécie de compulsão de destino, todos seus companheiros, após meses de relacionamento, tornaram-se extremamente violentos, chegando a agredi-la em diversas situações. Numa dessas agressões, ela teve ossos quebrados. Sem perceber, buscava homens que a agrediam e a violentavam.

As agressões repetiam-se constantemente, dia após dia. Ela estava marcada psiquicamente por esse demanda de ser espancada: as marcas pelo corpo indicavam isso. Tratava-se de uma fantasia de espancamento posta em ato, mais ou menos como as

que vemos em “Bate-se em uma criança” (Freud, 1919), com um forte acento do sentimento de culpa relacionado ao conflito edípico?

Havia uma necessidade de estabelecer relações perigosas, permeadas por violência e cocaína. Perguntada sobre esse modo de viver perigosamente, respondeu-me: “*Desde pequena, nunca fui atraída pelos bons*”.

Questionava-me: qual é a necessidade de conduzir-se na vida de tal forma que o resultado acaba sendo sempre o mesmo? Qual é a razão desse vínculo mortífero com os objetos maus?

Suas relações sempre seguiram um mesmo percurso:

- a) Desejo por um homem atraente. Relações sexuais constantes e intensas.
- ↓
- b) Descoberta de que seu companheiro estava envolvido com o tráfico ou era usuário de múltiplas drogas. Relações sexuais constantes e intensas
- ↓
- c) Percebe que o companheiro é violento. No entanto, nesse momento, ainda não ocorre nenhum tipo de agressão física. Relações sexuais constantes e intensas.
- ↓
- d) Início de muitas brigas e constante troca de insultos e xingamentos. Não há nenhuma agressão física.
- ↓
- e) As brigas e os insultos aumentam. Início da agressão. Ela se deixa agredir constantemente. Em diversas situações, provoca a briga até que seja agredida novamente. Tentativa de agredir o companheiro. Ameaças de morte. Relações sexuais constantes e intensas.
- ↓
- f) Separação, após anos de convívio com o companheiro. O término dos relacionamentos ocorre de maneira conturbada, na qual sempre acaba sendo ameaçada.
- ↓
- g) Logo após a separação, já encontra outro companheiro.
- ↓
- h) Inicia um novo relacionamento com esse homem, com o qual passará por todas as etapas precedentes.

Destino desprazeroso, repleto de sofrimentos e repetições do mesmo; fixação na relação com os maus objetos e dificuldade em reconhecer o trabalho dos bons objetos. Essa insistência do mesmo mostra a existência de uma compulsão de destino que leva o sujeito a atuar de maneira que possa, ativamente, produzir determinado efeito. Esse tipo de compulsão não tem natureza diferente da “(...) compulsão à repetição [Wiederholungswang] encontrada nos neuróticos, ainda que essas pessoas nunca tenham apresentado sinais de um conflito neurótico (...)” (Freud, 1920, p.147). Essas pessoas sentem-se como se fossem vítimas de um destino maligno e cruel; implacável e doloroso. Não reconhecem seu trabalho e sua implicação na construção e manutenção de determinados aspectos de sua história. Ao olhar dos outros, e ao seu próprio, parecem realmente sofrer de uma espécie de maldição, como se fossem vítimas de feitiços malignos. Entretanto, a investigação psicanalítica nos ajuda a compreender que essas pessoas são ativas na criação e sustentação desse “destino cruel”. Esse último, sem dúvida, é formado pela própria pessoa, com base em suas experiências sexuais infantis.

Concordo com Joseph (1959) que um dos aspectos centrais no reconhecimento da compulsão à repetição é a identificação de um posicionamento passivo em relação às repetições. A pessoa não consegue relacionar essa repetição do mesmo, quase sempre desprazeroso, com sua história de vida. Ademais, apresenta uma sensação de ser comandada pelos desejos do destino. Ela destaca os seguintes aspectos relacionados à compulsão à repetição: repetição cega, impulsiva, compulsiva e vivenciada como se fosse alheia ao analisando – o que de fato acentua a construção de uma espécie de destino.

Parece que essa passividade deve-se ao fato de que o indivíduo emprega contra suas principais ansiedades uma combinação de defesas que é tão poderosa e imediata que ele próprio não parece estar envolvido ativamente em seu próprio destino, mas que está apenas constantemente reexperimentado-o nas mãos das pessoas para dentro das quais projetou as partes indesejadas de seu *self* (...). Assim, pode-se ver que a chamada *compulsão à repetição passiva* é parte do quadro maior do fenômeno de *compulsão à repetição* e que consiste de uma combinação particular de mecanismos de defesa muito arcaicos e de caráter extremamente rígido, combinação essa que tem probabilidade de se repetir sempre que os problemas em torno da dependência são reativados (1959, p. 46, grifos meus).

Do último fragmento clínico apresentado, emergem algumas questões centrais:

a) havia um trauma precoce, no qual a compulsão à repetição buscava possibilitar o

trabalho da *Bindung*?; b) as substâncias psicotrópicas foram incorporadas como uma necessidade preponderante de prazer, ou havia uma tendência a utilizá-las com fins masoquistas, já que, na maioria das vezes em que fora agredida, estava sob o efeito do álcool e da cocaína?; c) as drogas representavam, de alguma maneira, a manutenção constante do vínculo com os maus objetos, ao mesmo tempo produtor de prazer e de sofrimento? A meu ver, anteriormente ao uso da droga, havia o estabelecimento de um quadro *borderline*, com tom acentuado de elementos histéricos.

Em seu clássico artigo “As origens da transferência” (1952), Klein afirma que um dos principais fatores que levam a esse tipo de compulsão à repetição é a pressão efetuada pelas primeiras vivências de ansiedade do bebê, sobretudo de natureza persecutória. Essa última ocorre devido ao trabalho interno das pulsões de morte. Quando as ansiedades e a culpa diminuem, há menos possibilidade de repetições de experiências fundamentais, assim como também diminuem a reprodução de padrões defensivos. As modificações que podemos realizar nesses padrões psíquicos só podem ser realizadas com a análise sistemática da transferência. Com efeito, poderíamos rever com profundo alcance as primeiras relações objetais do analisando, verificando como esse processo de revisão trará efeitos na relação analítica. Sem dúvida, a análise da natureza dos primeiros vínculos com os objetos é de extrema importância para a compreensão e intervenção nesse tipo de repetição. Trata-se de um trabalho fundamental e extremamente complexo.

Via de regra, a compulsão à repetição pode emergir sob as diversas formas que não são estanques. Ora predomina sua função de buscar o trabalho da *Bindung*, ora a força dos elementos pulsionais em estado bruto. Na toxicomania, esses dois elementos encontram-se interligados. Como já afirmei, penso ser impossível distinguir claramente e objetivamente essas diferentes dimensões da compulsão à repetição.

#### **5.4. Hipótese sobre as dimensões da compulsão à repetição na toxicomania**

Entre as distintas dimensões da compulsão à repetição na toxicomania, destaco:

- 1) *Tendência a utilizar a atuação (Agieren) como meio de efetuar a descarga do excesso pulsional*: verifica-se a predominância do ato de descarga, em detrimento da utilização dos elementos vinculados com o processo secundário, como a memória, o planejamento e os pensamentos. Nesse caso,

essas repetições atuam tanto na dimensão do princípio de prazer, quanto em relação aos elementos vinculados às pulsões de morte. Trata-se, pois, da atuação como retorno do recalcado (Freud, 1914) e como descarga comandada pela compulsão à repetição e pelas pulsões de morte (Freud, 1920). Mesmo após a constatação da compulsão à repetição e da incapacidade de recordação dos eventos primitivos vividos na mais remota infância, Freud (1937) considerava a lembrança um elemento primordial. O analista deveria, então, trabalhar para que o analisando recordasse suas experiências do passado, e não as atuasse. Como vimos, Ferenczi (1924) sublinhou a importância da repetição em si mesma. Para ele, as atuações seriam imprescindíveis para que o analista efetuasse seu trabalho, pois somente na relação terapêutica que essas repetições poderiam ser interpretadas e modificadas. Do ponto de vista da clínica da toxicomania, as intervenções em relação às atuações são de grande valor terapêutico, já que possibilitam uma nova possibilidade de construção de um significado às experiências economicamente excessivas. Em alguns casos, a droga também constituiu um elemento externo relacionado à atuação. Não é incomum, por exemplo, que algumas pessoas utilizem a droga como forma de atacar os familiares e os profissionais. Em determinada circunstância, um paciente, após ser frustrado quanto à impossibilidade de manipular os horários das entrevistas, afirmou não ser compreendido. Em seguida, ingeriu diversos pinos de cocaína, bebeu muita pinga e fumou algumas pedras de crack. Noutro dia, apresentando-se em um estado quase miserável, fez questão de me dizer que tinha feito tudo isso por minha causa. Em um primeiro momento, contratransferencialmente, senti-me culpado. Em seguida, compreendi o que poderia estar se passando entre nós e lhe disse que ele usou todas as drogas que quis, sem que ninguém tivesse lhe colocado no nariz. Falei-lhe sobre sua tendência a tentar culpar seus familiares e os profissionais da instituição, enfatizando que sempre usava a droga por causa deles. Ouviu minha intervenção com um sorriso irônico – talvez motivado pelo fato de ter me sentido culpado. Segundo Gurfinkel (2008), a clínica da adicção às drogas tem como base o agir. É importante diferenciar as repetições de transferência, nas quais sempre encontramos alguma parcela de

atuação, de um agir de pura descarga, ocorrido em decorrência da falta de recursos internos para lidar com o excesso pulsional;

- 2) *Incidência do trabalho das pulsões de morte*: na relação com a droga, o toxicômano estabelece um vínculo prazeroso, chegando, em certos casos, a constituir a ilusão de alcançar um estado de total “brisa” e “viagem”. Se, por um lado, observa-se o prazer de reencontrar o objeto de desejo; por outro, se identifica um elemento inegavelmente destrutivo. Aqui, teríamos uma espécie de prazer comandado pelas pulsões de morte, que agiriam encobertas por esse estado extremamente prazeroso de êxtase. Certa vez, uma mulher jovem contava para todos que, apesar de estar em tratamento, nunca abandonaria o maior prazer de sua vida: usar crack. Para ela, não houve nenhuma experiência mais prazerosa do que a estar sob o efeito da “pedra”. Astutamente, ela dizia que estava morrendo de prazer. Sabia que a morte poderia ser o seu destino. Entretanto, sem dúvida, seria um desfecho prazeroso. Lembremos que a compulsão à repetição sempre vem acompanhada de algum tipo de prazer (Freud, 1920). A meu ver, seria nesse tipo de fenômeno repetitivo, comandado pelas pulsões de morte, que poderíamos encontrar a resistência mais fundamental à mudança. Resistências que, como vimos, podem vir a configurar uma RTN;
- 3) *Coação a repetir o uso da droga*: nota-se um forte impulso que leva o sujeito a repetir sua experiência com a droga (Gurfinkel, 2011). Especificamente no caso da toxicomania, traduzir a *Wiederholungszwang* como coação à repetição (Gerez-Ambertin, 2003), ou mesmo automatismo de repetição, refletiria mais adequadamente a natureza da relação do toxicômano com a sua droga. Trata-se, sem dúvida, de uma força interna que coage o sujeito. Esse tipo de coerção é um dos elementos que indicam a existência de um quadro de toxicomania. Alguns autores (Melman, 2000; Olievenstein, 1985; Rezende, 1994) acentuam a dificuldade de o toxicômano lidar com a falta, com a não-presença, com o vazio, e com a negatividade, de uma maneira geral. É na falta da droga que podemos identificar o desejo e a tolerância do sujeito diante da não-experiência de prazer da droga;

- 4) *Impulsividade*: tendência a comportar-se de acordo com seus impulsos em estado bruto, sem qualquer codificação pelo processo secundário. É nítida sua relação com a compulsão à repetição. Reich (2009), por exemplo, chega a utilizar a expressão caráter impulsivo para designar a “(...) personalidade que é dominada por ações e padrões comportamentais com respeito ao mundo externo que são ditados pela *compulsão à repetição*” (p. 6, grifos meus). De fato, o uso recorrente de substâncias psicotrópicas modifica todo o funcionamento psicossomático do sujeito. Nos momentos de abstinência da droga, é comum a constituição de um quadro de alteração psíquica que leva a um estado de impulsividade, irritação, agressividade e baixíssima tolerância à frustração. Passado esse período, essas características podem ser incorporadas à vida psíquica das pessoas. Essa impulsividade pode ter como base o prejuízo no trabalho realizado no processo secundário, e a consequente tendência a utilizar o agir como forma de efetuar descargas. O agir é uma expressão mais primitiva do que o pensamento e a ação planejada. Lembremo-nos do final de Totem e Tabu (1913): “Os primitivos não conhecem entraves à ação. Suas ideias transformam-se, imediatamente, em atos (...). Assim, pois, (...) podemos arriscar a seguinte proposição: “no principio era a ação” (p.1850);
- 5) *Compulsão à repetição como tentativa de promover o trabalho da Bindung*: na utilização da droga como uma espécie de remédio para o sofrimento, pode-se conjecturar que, no processo de se drogar, alguns sujeitos busquem um estado alternativo para sua vida psíquica repleta de caos e pulsionalidade em estado bruto. Estaríamos diante de uma tentativa de realizar o trabalho de ligação (*Bindung*)? A meu ver, em casos nos quais temos acentuados efeitos de um trauma, bem como a predominância de estados psíquicos de extrema angústia, há maior probabilidade de os sujeitos tornarem-se toxicômanos. Para isso ocorrer, deve haver uma relação entre o sujeito, seu meio e seu encontro com a droga. De fato, nem todos os toxicômanos foram traumatizados ou possuem um estrutura psíquica fragilizada. Além disso, também é verdade que nem todos que sofrem com esse tipo de vivência traumática vão recorrer à solução toxicômana. No entanto, caso haja um encontro desses sujeitos com a droga, realizado em circunstâncias



favoráveis, eles podem constituir, mais facilmente, um vínculo de dependência com o tóxico. Nessas situações, poderíamos conjeturar que a compulsão à repetição acentuada já poderia ser parte predominante na vida psíquica do sujeito, em sua busca por ligações. Dessa forma, a droga poderia efetivar-se como um elemento externo que é incorporado nessa série de repetições na procura da *Bindung*. Aqui, refiro-me a todos os tipos de estruturas psíquicas. Como já afirmei, em conjunto com outros autores (Gurfinkel, 1996; 2011; Olivenstein, 1985) não entendo que haja uma estrutura toxicômana específica. Com Bergeret (1983), penso que existem elementos comuns na relação do sujeito com a droga, que podem ser identificados em todas as estruturas. Não custa lembrar que existem toxicômanos neuróticos, perversos, psicóticos e *borderlines* – o que, a meu ver, indica a inconsistência da hipótese de uma estrutura do toxicômano.

Ressalto que esses aspectos não são excludentes e não podem ser verificados em todos os toxicômanos. No entanto, são elementos que, em graus diferentes, podem comumente ser encontrados nesses casos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é fruto da tentativa de compreensão e análise de alguns aspectos clínicos da compulsão à repetição. Entre os diversos recortes que poderiam ter sido realizados, optei por estudar a relação desse fenômeno com as resistências, bem como sua incidência no quadro psicopatológico da toxicomania. Opção feita com base na centralidade das resistências, na prática clínica; e na toxicomania, como um estado psíquico no qual podemos conjecturar, mais claramente, o trabalho dessa compulsão. Nesses casos, haveria uma necessidade de repetição e uma repetição da necessidade de usar a droga. Sem dúvida, o objeto-droga (Gurfinkel, 1996) passa a possuir o estatuto de necessidade de sobrevivência. Como já assinali anteriormente, penso que o termo coação à repetição (Gerez-Ambertin, 2003) expressa mais adequadamente a experiência subjetiva do toxicômano. De fato, há uma força interna que impele e coage o sujeito a manter uma determinada relação de dependências com as drogas.

Em diversos momentos, assinali as dificuldades e a complexidade em abordar a compulsão à repetição. Entendo que se trata de um conceito complexo e pouco circunscrito; e de um fenômeno clínico enigmático e desafiador. São comuns as discussões sobre as dificuldades de apreensão conceitual e clínica das pulsões de morte; mas, inexplicavelmente, esquece-se dos problemas envolvidos no estudo e análise da compulsão à repetição – ora, não foi justamente dela que Freud partiu, para conjecturar a existência das pulsões de morte na vida psíquica? Além disso, é preciso reconhecer que suas relações com as pulsões de vida, com o princípio de prazer, com os masoquismos e com o princípio de Nirvana não são claras e precisas.

Apesar das diversas considerações de Freud sobre o assunto, não temos uma conceituação unívoca do conceito. Como indiquei no primeiro capítulo, entendo que, na obra freudiana, existem três momentos centrais de análise da compulsão à repetição: 1) postulação, em 1914. Estava circunscrita ao princípio de prazer e à tendência a atuação; 2) situado “Além do princípio de prazer” (1920). Esse fenômeno fundamental para a postulação das pulsões de morte; e 3) como resistência do Id (1926). Posteriormente, as considerações de Freud (1937) sobre a adesividade da libido, de certa maneira, representam um desdobramento das discussões em torno da repetição e da impossibilidade de cura total e/ou modificação extensa da vida psíquica. Nos três tempos citados, Freud está lidando, diretamente, com o problema da cura analítica, do

trabalho das resistências, do limite da capacidade de recordação e representação. Em última instância, estamos diante de uma reflexão sobre a possibilidade ou impossibilidade de transformamos nossas primeiras identificações, relações de objetos e economia psíquica, dando um destino adequado às exigências pulsionais. Nesse sentido, penso, com Green (2008), que não é mais possível realizamos a distinção entre uma teoria pulsional e uma concepção baseada nas relações de objeto. Ele nos adverte para a necessidade de entendermos o par pulsão-objeto. A pulsão é originária, mas só pode ser compreendida em sua relação com os objetos. Assim, os elementos intrapsíquicos e intersubjetivo devem ser analisados conjuntamente. Trata-se de uma articulação entre “(...) os pontos de vista intrapsíquicos (onde o componente pulsional do psiquismo está em primeiro plano) e a perspectiva intersubjetivista (onde os fundamentos remontam à teoria de relações de objeto)” (p.74).

Considerando-se as indicações de Freud em “Inibição, sintoma e angústia” (1926), pode-se compreender que a compulsão à repetição, como resistência do Id, vincula-se com a necessidade de punição, originada no Superego, formando uma espécie de bloco resistencial quase intransponível. Nele, todas as resistências oriundas do Ego (transferência, ganho secundário da neurose e recalque) também são mobilizadas para a manutenção e repetição do mesmo. Há uma fixação em determinada forma de relacionamento com os objetos – adesividade da libido? –, bem como uma preservação de um tipo específico de economia psíquica.

É na RTN que podemos visualizar o trabalho dessa espécie de frente de batalha das resistências. Dito de outro modo, a RTN indicaria que, ao invés da cura, prefere-se a manutenção do mesmo e a preservação de uma mesma relação com os objetos primários. Lembremo-nos os dois tempos desse fenômeno: 1) o analista comunica, ao paciente, os progressos analíticos e sua esperança no desenvolvimento da análise; 2) o paciente, inesperadamente, piora seu estado clínico, como se fosse uma resposta à intervenção do analista. Como se ele/a falassem: *“Ei, apesar de eu estar sofrendo, esse aí sou eu. Sou assim. Não quero mudar tanto assim. Preciso de um tanto de minha dor para continuar sendo eu. Não tente me tirar desse lugar que ocupo. Prefiro continuar sofrendo; mas, por isso mesmo, continuar existindo dessa maneira que consegui”*.

Quanto ao quadro psicopatológico da toxicomania, a acentuada incidência da compulsão à repetição estaria relacionada com o excesso de impulsos em estado bruto, não ligados, e uma tendência a descarregá-lo por meio de constantes atuações. Haveria, no uso constante das substâncias tóxicas, um processo de regressão, no qual as ligações

poderiam ser desfeitas? Essa é uma questão fundamental, pois diz respeito à modificação que a droga pode realizar em todo o aparato psicossomático. Com Green (2008), penso que se trata de um problema na relação entre os processos primários e secundários. Para definir a função do processo psíquico responsável por efetuar relações, ele utiliza a expressão processo terciário. A droga, nesse caso, incidiria sobre o trabalho de articulação entre os processos psíquicos, produzindo desligamentos.

O prazer encontrado na droga, encobriria, em última instância, o trabalho silencioso das pulsões de morte. Assim, a compulsão à repetição indicaria a reprodução do mesmo, sem finalidade, como elemento próprio das pulsões. Não podemos nos esquecer de uma das grandes lições de Freud: o excesso econômico nunca pode ser totalmente transformado. Em Freud, o ser humano não pode ser pensado sem essa dimensão econômica.

A meu ver, na toxicomania, devemos pensar na incidência da compulsão à repetição e no trabalho das pulsões de morte. Tratam-se, pois, de elementos fundamentais para a análise desse quadro psicopatológico. Nesses casos, entendo que sempre há uma dimensão destrutiva, repetitiva e coercitiva em ação. Em minha opinião, desconsiderar esse lado “demoníaco” – utilizando a expressão de Freud (1920) – traria consequências para a compreensão desse fenômeno.

Haveria uma relação estranha entre prazer e desprazer; ausência e presença. Se, por um lado, é importante não esquecermos a repetição do mesmo e os efeitos destrutivos da droga; por outro, é necessário nos lembrarmos de como a droga pode ser utilizada como uma espécie de medicação, para o enfrentamento dos sofrimentos da vida. Por conseguinte, estamos diante de uma relação intrincada entre vida e morte.

Qualquer tentativa simplista de análise, não respeita a natureza, a amplitude e a complexidade da toxicomania. Quem vivenciou o trabalho com toxicômanos, seja na clínica particular ou em instituições, sabe das dificuldades; das resistências; das reiteradas repetições; dos prazeres; das verdades; das mentiras; das compulsões; das atuações; das depressões; das manias; da violência; da paixão; da morte; da impulsividade; das fantasias; do desejo; da esperança; da destrutividade e da vida. Sem dúvida, é uma clínica do excesso e do desmedido.

Apesar do crescente interesse dos psicanalistas por essa clínica, penso que ainda não encontramos uma base sólida para nossa prática. A produção psicanalítica sobre o assunto é consistente, mas ainda pequena. Seria isso um sintoma? Ou estaríamos diante

de uma espécie de afastamento do excesso de compulsão à repetição, quase em estado bruto, como vemos em muitos pacientes toxicômanos?

Finalizo com a famosa citação de Freud (1920), no final de “Além”.

Também é importante estarmos sempre preparados para abandonar um caminho que perseguimos por algum tempo, se este afinal não mais se mostrar adequado. Somente os crédulos, os que exigem da ciência um substituto para o catecismo abandonado, repreenderão o pesquisador por este desenvolver, ou mesmo reformular, seus pontos de vista. De resto, deixemos que um poeta (...) nos console a respeito do lento avanço de nosso conhecimento científico: “aquilo a que não podemos chegar voando, temos de alcançar mancando. A escritura diz que: mancar não é pecado” (p.182).

Para o desenvolvimento da prática analítica, temos que perder o medo de mancarmos. Sem dúvida, somente mancando poderemos chegar a uma compreensão e maior capacidade de intervirnos, adequadamente, na clínica da toxicomania.

Neste estudo, manquei na procura de uma melhor compreensão desse fenômeno nomeado compulsão à repetição.

## 7. REFERÊNCIAS

Abraham, Karl. (1908). Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. In: \_\_\_\_\_. *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Horme, 1980. p.60-67.

\_\_\_\_\_. (1924). Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais. In: \_\_\_\_\_. *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 81-160.

Almeida, Rogério Miranda. (2005). *Nietzsche e Freud: eterno retorno e compulsão à repetição*. São Paulo: Loyola.

Assoun, Paul-Laurent. (2009). *Dictionnaire des oeuvres psychanalytiques*. Paris: Presses Universitaire de France.

Aulagnier, Piera. (1990). Condenado a investir. In: \_\_\_\_\_. *Um intérprete em busca de sentido – I*. São Paulo: Escuta. p. 281-310.

Balint, Michael. (1968). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

Brasil. (2012). *Crack, é possível vencer*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer>. Acesso em: 08/03/2013.

Bergeret, Jean. (1983). *Toxicomania e personalidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Berlinck, Manoel Tosta. (2008). O que é Psicopatologia Fundamental. In: \_\_\_\_\_. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_. (2012). Prefácio. In: Turna, José Waldemar Thiesen. *Atendimento psicológico às toxicomanias*. São Paulo: Zagodoni.

Bion, Wilfred. (1962). *O aprender com a experiência*. Zahar editores: Rio de Janeiro, 1966.

Bleichmar, Hugo. (1988). *Angústia e fantasma: matrizes inconscientes no além do princípio de prazer*. Porto Alegre: Artes Médicas.

\_\_\_\_\_. (2011). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*. 6ª impresión. Madrid: Paidós.

Cardoso, Marta Rezende. (2002). *Superego*. São Paulo: Escuta.

Cesarotto, Oscar. (1989). *Affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína*. São Paulo: Iluminuras.

Cintra, Elisa Maria Ulhoa. (2000). *Pulsão de morte e narcisismo absoluto: estudo psicanalítico da depressão*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 301f.

\_\_\_\_\_. (2003). As funções anti-traumáticas do objeto primário: *holding*, continência e *rêverie*. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro. Vol.35. p.37-55.

Cruz, Marcelo Soares da. (2012). *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de São Paulo. São Paulo: 132f.

Conte, Marta. (2000). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Costa, Ângela Maria Diniz. (2008). Reação terapêutica negativa – incidências clínicas. *Reverso*. Belo Horizonte. n.55. p.59-64.

Derrida, Jacques. (2007). *O cartão-postal: de Sócrates a Freud e além*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Etchegoyen, Horacio. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes médicas.

Fedida, Pierre. (1988). Amor e morte na transferência. In: \_\_\_\_\_. *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta. p. 21-66.

Ferenczi, Sándor (1911). O papel da homossexualidade na patogênese da paranoia. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas: Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 179-197.

\_\_\_\_\_. (1911b). O álcool e as neuroses. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas: Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 199-204.

\_\_\_\_\_. (1924). Perspectivas da psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas: Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 243-260.

\_\_\_\_\_. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 29-42.

Figueiredo, Luis Cláudio. (1999). *Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_. (2008). Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais, ou a chamada pulsão de morte. In: \_\_\_\_\_. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, p.127-158.

Figueiredo, L.C; Cintra, E.M.U. (2004) Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente-limite. In: \_\_\_\_\_. Cardoso, M.R. *Limites*. São Paulo: Escuta. p. 13-58.

Freud, Sigmund. (1894). Las neuropsicosis de defensa: ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p. 169-177.

\_\_\_\_\_. (1894b). Sobre la cocaína. In: \_\_\_\_\_. *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama, 1999. p. 91-122.

\_\_\_\_\_. (1895). Proyecto de una psicología para neurologos. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p. 209-276.

\_\_\_\_\_. (1895b). Estudos sobre a histeria. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.2.

\_\_\_\_\_. (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.3.

\_\_\_\_\_. (1896b). La cocaína como médio para obtener um fin. In: \_\_\_\_\_. *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama, 1999. p.205-212.

\_\_\_\_\_. (1899). Los recuerdos encubridores. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p.330-341.

\_\_\_\_\_. (1900). La interpretación de los sueños. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p.343-720.

\_\_\_\_\_. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p.755-931.

\_\_\_\_\_. (1904). El metodo psicoanalitico de Freud. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p.1003-1006.

\_\_\_\_\_. (1905). El chiste y su relacion con lo inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p. 1029-1167.

\_\_\_\_\_. (1905b). Tres ensayos para una teoria sexual. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1169-1283.

\_\_\_\_\_. (1905d). Analisis fragmentario de una histeria. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.1. p. 933-1001.

\_\_\_\_\_. (1906). El psicoanalisis y el diagnostico de lós hechos en los procedimientos judiciales. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1277-1283.

\_\_\_\_\_. (1907). Los actos obsesivos y las praticas religiosas. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1337-1342.

\_\_\_\_\_. (1909). Analisis de la fobia de um niño de cinco anos (Caso Juanito). In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1365-1440.



\_\_\_\_\_. (1910). Psicoanalisis (Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1533-1563.

\_\_\_\_\_. (1910b). El porvenir de la terapia psicoanalitica. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1564-1570.

\_\_\_\_\_. (1910c). El psicoanalisis silvestre. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1571-1574.

\_\_\_\_\_. (1911). Observaciones psicoanaliticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) autobiograficamente descrito. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p.1487-1528.

\_\_\_\_\_. (1912). La dinamica de la transferència. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1648-1653.

\_\_\_\_\_. (1913). Totem e tabu. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1745-1850.

\_\_\_\_\_. (1914) Recuerdo, repetición y elaboración. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 1683-1688.

\_\_\_\_\_. (1914b) Historia del movimiento psicoanalitico. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. v. 2. p. 1895-1930.

\_\_\_\_\_. (1915). Observaciones sobre el amor de transferencia. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. v. 2. p. 1689-1696.

\_\_\_\_\_. (1915b). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. v. 2. p. 2101-2117.

\_\_\_\_\_. (1915c). Lo inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. v. 2. p. 2016-2082.

\_\_\_\_\_. (1916). Lecciones introductorias al psicoanalisis. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 2123-2412.

\_\_\_\_\_. (1916b). Varios tipos de caracter descubiertos en la labor analítica. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2413-2428.

\_\_\_\_\_. (1917). Adicion metapsicologica a la teoria de los suenos. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 2083-2090.

\_\_\_\_\_. (1917b). Duelo y melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.2. p. 2091-2100.

\_\_\_\_\_. (1918) Historia de una neurosis infantil. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. v. 2. p. 1941-2009.

\_\_\_\_\_. (1919) Lo siniestro. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2843-2505.

\_\_\_\_\_. (1919b). Los caminos de la terapia psicoanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2457-2462.

\_\_\_\_\_. (1919c). Pegan a un niño: aportación al conocimiento de la Génesis de las perversiones sexuales. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2465-2480.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio de prazer. In: \_\_\_\_\_. *Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Volume II 1915-1920, 2006. Coordenação geral da tradução: Luiz Alberto Hanns. p. 123-198.

\_\_\_\_\_. (1923). El yo e el ello. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2701-2728.

\_\_\_\_\_. (1923b). Observações sobre a teoria e prática da interpretação de sonhos. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.p.123-136.

\_\_\_\_\_. (1924) El problema económico del masoquismo. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. v.3. p.2752-2759.

\_\_\_\_\_. (1924b). Esquema del psicoanálisis. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2729-2741.

\_\_\_\_\_. (1925). Autobiografía. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2762-2800.

\_\_\_\_\_. (1925b). Las resistências contra el psicoanálisis. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p.2801-2807.

\_\_\_\_\_. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2833-2883.

\_\_\_\_\_. (1926b). Psicoanálisis: escuela freudiana. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 2904-2909.

\_\_\_\_\_. (1926c). Análisis profano: conversaciones con una persona imparcial. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3.p.2911-2959.

\_\_\_\_\_. (1930). El malestar en la cultura. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 3017-3067.

\_\_\_\_\_. (1933). Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 3101-3206.

\_\_\_\_\_. (1933b). El porque de la guerra. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p.3207-3215.

\_\_\_\_\_. (1937). Analisis Terminable e interminable. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 3339-3373.

\_\_\_\_\_. (1937b). Construcciones em psicoanálisis. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 3365-3373.

\_\_\_\_\_. (1938). Compendio del psicoanalisis. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 3379-3418.

\_\_\_\_\_. (1939). Moises y la religion monoteísta: tres ensayos. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007. v.3. p. 3239-3324.

Freud, Sigmund; Ferenczi, Sándor (1996). *Correspondencia completa: Volumen II.1: 1914-1916*. Madrid: Editorial Sintesis.

Gabbard, Glen O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Gay, Peter. (1989). *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras.

Gerez-Ambertín, Marta. (2003). Falhas da lei e coação de repetição. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, v.35. p.189-204.

\_\_\_\_\_. (2009). A questão do supereu na cura analítica e o “caso clínico”. In: \_\_\_\_\_. *As vozes do supereu: na clínica psicanalítica e no mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p. 331-349.

Green, André. (1988). Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In: Green, André et al. *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta. p.53-64.

\_\_\_\_\_. (1988b). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_. (1988c). Mesa-redonda. In: Green, André. (et al). *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta. p. 87-107.

\_\_\_\_\_. (1999). *Um psicanalista engajado: conversas com Manuel Macias*. São Paulo: Casa do psicólogo.

\_\_\_\_\_. (2000). *Le temps éclaté*. Paris: Les éditions de minuit.

\_\_\_\_\_. (2001). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

\_\_\_\_\_. (2007). Compulsão à repetição e o princípio de prazer. *Revista brasileira de psicanálise*. vol. 41. nº4. São Paulo. Dez.

\_\_\_\_\_. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro:

Imago; São Paulo: SBPSP. Depto. de publicações.

\_\_\_\_\_. (2010). *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artes médicas.

\_\_\_\_\_. (2011). Répétition et compulsion de répétition. Relation à l'objet et aliénation à l'objet: quelques hypothèses sur la fonction de la compulsion de répétition. In: Chervet, Bernard.(org). *La compulsion de répétition*. Paris: Presses Universitaire de France. p. 63-70.

\_\_\_\_\_. (2012). André Green: a clínica contemporânea e o enquadre interno do analista. Entrevista realizada por Fernando Urribarri. p. 215-225.

Gurfinkel, Décio. (1996). *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_. (2001). Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. In: \_\_\_\_\_. *Do sonho ao trauma: psicossoma e adicções*. São Paulo: Casa do psicólogo.

\_\_\_\_\_. (2008). A clínica do agir. In: Volich, Rubens Marcelo; Ferraz, Flávio Carvalho; Ranña, Wagner (Orgs). *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do psicólogo: 2008. p. 435-455.

\_\_\_\_\_. (2008b). *Sonhar, dormir e psicanalisar: viagens ao informe*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_. (2011). *Adicções: paixão e vício*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Hanns, Luiz. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

\_\_\_\_\_. (1999). *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Haudenschild, Teresa Rocha Leite. (2010). De Freud para Joan Riviere e “os ingleses”, com raiva. *Ide*, São Paulo.vol.33.n.50.

Hegenberg, Mauro. (2013). *Borderline*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Herrmann, Fábio. (1994). Problemas na orientação de teses de psicanálise. *Atas do 1º encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise*. Nº1. São Paulo.

\_\_\_\_\_. (2001). Ler Freud, escrever com Freud. *Psicanálise e Universidade*, São Paulo, nº14, p.31-51.

\_\_\_\_\_. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. Herrmann, Fábio; Lowenkron, Theodor. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do psicólogo. p. 43-81.

Jones, Ernest. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Joseph, Betty. (1959). Um aspecto da compulsão à repetição. In: \_\_\_\_\_. *Equilíbrio*

*psíquico e mudança psíquica*: artigos selecionados de Betty Joseph. Rio de Janeiro: Imago. p. 30-46, 1992.

Kernberg, Otto. (2011). O conceito de pulsão de morte: uma perspectiva clínica. In: *O trabalho da psicanálise: livro anual de psicanálise. XXV-2011*. São Paulo: Escuta. p. 215-227.

Klein, Melanie (1952). As origens da transferência. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.70-89.

Kupermann, Daniel. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

Laplanche, Jean. (1988). Interpretar com Freud. In: \_\_\_\_\_. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto alegre: Artes Médicas. p.21-32.

Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand. (1995). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Macedo, Heitor O` Dwyer. (2011). Leitura de Além do Princípio de Prazer: A Insistência de Eros. In: \_\_\_\_\_. *Cartas a uma jovem psicanalista*. São Paulo: Perspectiva. p.73-82.

Mansur, Jandira; Carlini, Elisaldo. (1989). *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo: Brasiliense.

Marucco, Norberto Carlos. (2009). Entre a recordação e o destino: a repetição. In: *Livro anual de psicanálise XXIII - 2009*. São Paulo: Escuta. p. 197-211.

Mecozzi, Beatriz. (2001). *Um estudo da reação terapêutica negativa e os impasses da representação na teoria e clínica psicanalíticas*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Melman, Charles. (2000). *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.

Mezan, Renato. (1994). Pesquisa teórica em psicanálise. *Psicanálise e universidade*. São Paulo, n.1,v.2.p-51-76.

Minerbo, Marion. (2010). Núcleos neuróticos e não neuróticos: constituição, repetição e manejo na situação analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol 44, n2, p.65-77.

Monzani, Luiz Roberto. (1989). ed.2. *Freud: o movimento de um pensamento*. Campinas: Unicamp.

Nogueira Filho, Durval Mazzei. (1999). *Toxicomania*. São Paulo: Escuta.

Olievenstein, Claude. (1985). *Destino do toxicômano*. São Paulo: Almed.

Pontalis, Jean-Bertrand. (1988). Não, duas vezes não. In: \_\_\_\_\_. *Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 54-73.

\_\_\_\_\_. *A força da atração*. (1991). Jorge Zahar: Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. (2005). Sobre o trabalho da morte. In: \_\_\_\_\_. *Entre o sonho e a dor*. Aparecida, SP: Ideias e Letras. p. 251-263.

Rabain, Jean-François. (2005). Reação terapêutica negativa. In: Mijolla, Alain de. *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Rio de Janeiro: Imago. p.1551-1553.

Racker, Heinrich. (1982). Considerações sobre a teoria da transferência. In: \_\_\_\_\_. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes médicas. p.64-72.

Radó, Sandor. (1933). El psicoanálisis de la farmacotimia (afición a las drogas). In: \_\_\_\_\_. *Psicoanálisis de la conducta*. Buenos Aires: Horme, 1962. p. 73-88.

Rezende, Manuel Morgado. (1994). *Curto-circuito familiar e drogas: análise das relações familiares e suas implicações na farmacodependência*. Taubaté: Cabral.

\_\_\_\_\_. (2000). Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Revista Biociência*, Taubaté, v.6, n.1, p.49-55, jan-jul.

Riviere, Joan. (1936). Uma contribuição para a análise da reação terapêutica negativa. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 29 (2) 119-136 2011.

Rosenberg, Benno. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta.

Rosenfeld, Herbert. (1968). Da toxicomania. In: \_\_\_\_\_. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 148-165.

\_\_\_\_\_. (1968). Psicopatologia da toxicomania e do alcoolismo: revisão crítica da literatura psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 245-273.

\_\_\_\_\_. (1988). Pacientes narcisistas com reações terapêuticas negativas. In: \_\_\_\_\_. *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteirios*. Rio de Janeiro: Imago. p. 119-139.

Roudinesco, Elisabeth; Plon, Michel. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Roussillon, René. (2006). O paradoxo da culpabilidade da inocência: reflexões sobre a reação terapêutica negativa. In: \_\_\_\_\_. *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos. p. 117-143.

São Paulo. (2013). Com Cartão Recomeço, Governo amplia tratamento a dependentes químicos. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=228501>. Acesso em: 09/05/2013.

Savietto, Bianca Bergamo. (2011). “Este (meu) corpo, a quem pertence?”: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadição. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol.45.n.4. p.57-68.

\_\_\_\_\_. (2012). Transferência, transparência e transformação na clínica da drogadição. *Percurso: revista de psicanálise*. Ano XXIV. p.49-60.

Souza, Paulo César. (1999). *As palavras de Freud: o vocabulário freudiano e suas versões*. São Paulo: Ática.

Uchitel, Myriam. (2003). Novos tempos, novos sintomas: novo lugar para a transferência. In: Fuks, Lucia Barbero; Ferraz, Flávio Carvalho Ferraz. (orgs). *Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta. p. 117-130.

\_\_\_\_\_. (2011). *Neurose traumática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Urribarri, Fernando. (2012). O pensamento clínico contemporâneo: uma visão histórica das mudanças no trabalho do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol.46. n.3. p.47-64.

Waks, Claudio Eugenio Marco. (1998). *Toxicomania e psicanálise: o fim da picada. A clínica psicanalítica da toxicomania*. Dissertação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Winnicott, Donald Woods. (1963). O medo do colapso (*Breakdown*). In: \_\_\_\_\_. *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes médicas, 1994. p. 70-76.

Zimerman, David. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artemed.

\_\_\_\_\_. (2001). Reação terapêutica negativa. In: \_\_\_\_\_. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artemed. p.353-354.