

AVISO DE DIREITOS AUTORAIS

Este material é de autoria exclusiva de **Roberta Calixto** e está protegido pela Lei de Direitos Autorais (Lei nº 9.610/98).

É expressamente proibida a reprodução, distribuição, compartilhamento ou utilização, total ou parcial, deste conteúdo, por qualquer meio, sem autorização prévia e por escrito da autora.

O uso indevido deste material configura violação de direitos autorais, sujeitando o infrator às medidas legais cabíveis, incluindo responsabilização civil e criminal.

Para solicitações de uso, citação ou compartilhamento autorizado, entre em contato com a autora.

© Roberta Calixto – Todos os direitos reservados.



Narcisismo na psicanálise: falhas na constituição do eu e suas manifestações na clínica contemporânea

Resumo

O narcisismo constitui um conceito central na teoria psicanalítica, especialmente no que se refere à constituição do eu e à dinâmica do investimento libidinal. O presente artigo tem como objetivo analisar as consequências psíquicas decorrentes de falhas e fixações narcísicas, compreendendo tais fenômenos como comprometimentos estruturais na formação do eu, e não apenas como expressão de uma organização de personalidade narcisista. A partir das formulações de Sigmund Freud e das contribuições de Donald Winnicott, André Green e Jacques Lacan, discute-se como tais falhas se manifestam clinicamente por meio de estados de vazio, compulsões, transtornos alimentares, incluindo a obesidade, dificuldades na constituição da imagem corporal, dos vínculos e no manejo clínico. Conclui-se que as falhas narcísicas comprometem a simbolização, a integração psíquica e a continuidade do sentimento de existência, exigindo um manejo clínico que privilegie a função de sustentação e a construção do eu.

Palavras-chave: narcisismo; constituição do eu; falha narcísica; simbolização; clínica psicanalítica.

Introdução

O narcisismo constitui um dos conceitos fundamentais para a compreensão da constituição psíquica na teoria psicanalítica, sendo central na articulação entre o sujeito, o corpo e o outro. Mais do que uma referência à dimensão do amor próprio, o narcisismo diz respeito ao modo como o sujeito se investe libidinalmente e se reconhece como unidade, configurando a base da experiência de identidade e da continuidade do ser. Na clínica contemporânea, observa-se que as falhas nesse processo não se restringem às chamadas estruturas narcísicas, mas atravessam diferentes formas de sofrimento psíquico, manifestando-se frequentemente por meio do corpo, dos vínculos e do ato. Nesse sentido, o estudo do narcisismo permite compreender como dificuldades

precoces na constituição do eu podem repercutir ao longo da vida, produzindo modos específicos de relação consigo, com o outro e com a realidade.

A formulação psicanalítica do narcisismo tem como marco fundamental a obra de Sigmund Freud (1914), na qual o autor introduz o conceito como o investimento libidinal no próprio eu. Conforme afirma o autor, “o narcisismo significa o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação” (FREUD, 1914/1996, p. 81), indicando que o investimento em si mesmo constitui condição fundamental para a organização do psiquismo. Freud distingue o narcisismo primário, caracterizado por um estado inicial em que a libido encontra-se voltada para o próprio sujeito, anterior à diferenciação entre eu e objeto, do narcisismo secundário, que corresponde ao retorno da libido ao eu após investimentos objetais. Essa distinção evidencia que a constituição do eu depende de um equilíbrio entre investimento em si e no outro. Quando há falhas nesse processo — especialmente no narcisismo primário — ou fixações no narcisismo secundário, podem surgir comprometimentos importantes na constituição psíquica, afetando a simbolização, a integração do eu e a capacidade de estabelecer vínculos.

Parte-se, portanto, da hipótese de que as falhas narcísicas, quando não simbolizadas, tendem a encontrar inscrição privilegiada no corpo, nos vínculos e no ato, configurando diferentes formas de manifestação clínica na contemporaneidade.

Desenvolvimento

A constituição do eu não se dá de forma autônoma, mas depende fundamentalmente da qualidade das primeiras relações. Nesse sentido, as contribuições de Donald Winnicott são fundamentais ao enfatizar que o desenvolvimento do self está intrinsecamente relacionado à presença de um ambiente suficientemente bom. Segundo o autor, “é no contexto de um ambiente suficientemente bom que o bebê pode começar a existir e a reunir experiências em um sentido de continuidade de ser” (WINNICOTT, 1965/1983, p. 44). Essa continuidade do ser constitui a base da experiência subjetiva.

Quando esse ambiente falha — seja por intrusão, ausência ou inconsistência — o bebê não consegue integrar suas experiências de forma coesa. Nesses casos, pode desenvolver um falso self como forma de adaptação,

organização defensiva que visa proteger um núcleo do self não integrado. Tal dinâmica evidencia que a falha narcísica não compromete apenas o investimento libidinal, mas a própria possibilidade de o sujeito sentir-se existente, instaurando fragilidades que se manifestarão ao longo da vida.

As contribuições de André Green aprofundam essa compreensão ao introduzir o conceito de narcisismo de morte, no qual há um desinvestimento radical da vida psíquica. Nesses quadros, o sujeito não apenas experimenta um vazio, mas uma ausência de representações, indicando uma falha na simbolização. Como afirma o autor, “o narcisismo de morte corresponde a uma tendência ao desinvestimento [...] e ao apagamento da vida psíquica” (GREEN, 1988, p. 65). O vazio psíquico, portanto, não deve ser compreendido como uma simples ausência, mas como resultado de um trabalho negativo do psiquismo, no qual o sujeito se vê confrontado com a impossibilidade de dar sentido à sua experiência.

Nesse contexto, torna-se fundamental considerar a formulação do “complexo da mãe morta”, proposta por Green, que aprofunda a compreensão das falhas narcísicas precoces. Diferentemente de uma perda real, esse conceito refere-se a uma experiência psíquica na qual a figura materna, embora fisicamente presente, encontra-se emocionalmente indisponível, frequentemente em decorrência de estados depressivos ou retraimento afetivo. Para a criança, tal experiência equivale a um colapso do investimento libidinal proveniente do objeto primário, produzindo uma ruptura na continuidade da relação e no investimento narcísico.

Diante dessa vivência, o sujeito se vê confrontado com um desligamento abrupto do objeto, sem que haja recursos psíquicos para simbolizar tal ruptura. Como consequência, instala-se um desinvestimento que não se organiza como luto, mas como apagamento afetivo, no qual partes do eu ficam marcadas por uma espécie de “morte psíquica”. Essa experiência pode levar à constituição de zonas psíquicas dessubjetivadas, nas quais há ausência de representações e empobrecimento da vida afetiva.

Nesse sentido, o complexo da mãe morta articula-se diretamente às falhas narcísicas, na medida em que compromete a constituição do eu a partir de um investimento primário insuficiente ou interrompido. O sujeito, ao invés de internalizar um objeto vivo e investido, internaliza um objeto esvaziado, o que

repercute na formação de um eu fragilizado e vulnerável ao vazio psíquico. Tal dinâmica pode ser observada em quadros clínicos marcados por sentimentos crônicos de vazio, dificuldade de simbolização e tendência ao desinvestimento.

Além disso, essa configuração contribui para compreender por que determinados pacientes recorrem ao corpo e ao ato como formas privilegiadas de expressão psíquica. Na ausência de um objeto internalizado capaz de sustentar a simbolização, o sujeito tende a buscar formas concretas de lidar com a falta, seja por meio de compulsões, acting out ou manifestações somáticas. Assim, o conceito de mãe morta permite aprofundar a compreensão das manifestações clínicas associadas às falhas narcísicas, evidenciando a articulação entre desinvestimento primário, vazio psíquico e dificuldades na constituição do eu.

É precisamente nesse ponto que a contribuição de Jacques Lacan permite um aprofundamento decisivo, ao introduzir a dimensão estrutural do imaginário na constituição do eu.

Essa problemática pode ser ainda aprofundada a partir das contribuições de Lacan, especialmente no que se refere ao estágio do espelho. Para o autor, o eu constitui-se por meio de um processo de identificação com uma imagem externa que oferece ao sujeito uma antecipação de unidade e completude. Tal identificação, contudo, funda-se em uma operação de natureza imaginária, na medida em que o eu se organiza a partir de uma imagem que não coincide com a experiência corporal vivida, marcada, desde o início, por uma condição de descoordenação e fragmentação. Nesse sentido, como afirma Lacan:

“A assunção jubilatória de sua imagem especular pelo ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação [...] nos parece manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar numa dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito.” (LACAN, 1998, p. 97).

Nesse sentido, o eu apresenta-se como uma construção imaginária que vela — sem eliminar — a dimensão estrutural da fragmentação do sujeito. Quando ocorrem falhas nesse processo, particularmente na mediação do olhar do Outro — cuja função é sustentar e validar essa imagem —, podem emergir

dificuldades na integração da imagem corporal. O sujeito passa, então, a vivenciar o corpo de forma fragmentada, estranhada ou dissociada, evidenciando impasses na constituição da unidade corporal.

Tais falhas não se restringem ao plano da imagem, mas repercutem diretamente na constituição da identidade e na relação do sujeito com o próprio corpo, podendo se manifestar em experiências de inadequação, instabilidade identificatória e dificuldades no estabelecimento de relações com o outro.

As falhas e fixações narcísicas manifestam-se clinicamente de formas complexas, sobretudo quando há comprometimento na simbolização. Nesses casos, o sofrimento psíquico tende a se expressar por meio do corpo e do ato, e não pela via da elaboração simbólica. As compulsões e o acting out podem ser compreendidos como tentativas de dar destino a excitações psíquicas não simbolizadas, conforme já indicava Sigmund Freud ao afirmar que “o que não pode ser lembrado é repetido” (FREUD, 1914/1996, p. 150).

Nessa direção, a compulsão à repetição pode ser compreendida como expressão de conteúdos que não puderam ser simbolizados, vinculados a um excesso psíquico que retorna sem inscrição representacional. Trata-se de elementos que escapam ao trabalho de ligação, mantendo-se em estado bruto no psiquismo e impondo-se à cena clínica por meio da repetição, do ato ou do corpo. Conforme aponta a literatura contemporânea sobre as patologias narcísicas, “a compulsão à repetição traz à tona conteúdos que foram apenas precariamente ligados, com organização e representação mínima, sendo excessivos para o psiquismo” (CONDE, 2023, p. 7).

Nesse contexto, a compulsão à repetição pode ser compreendida a partir de uma dupla determinação, que articula o funcionamento pulsional às falhas nas relações de objeto. Por um lado, relaciona-se ao excesso de excitação que não pôde ser ligado psiquicamente; por outro, evidencia impasses nas primeiras relações, nas quais o investimento do objeto mostrou-se insuficiente ou falho, comprometendo a constituição de representações e a possibilidade de simbolização.

Diante desse excesso que não pôde ser simbolizado, o psiquismo é convocado a acionar mecanismos de defesa, tanto primários quanto secundários, na tentativa de evitar o colapso psíquico. Nesse sentido, a compulsão à repetição não constitui, em si, uma defesa, mas um fenômeno que

desencadeia a mobilização defensiva do aparelho psíquico frente à irrupção de conteúdos não ligados. Como apontam estudos contemporâneos, trata-se de uma dinâmica na qual o psiquismo busca se proteger dos efeitos da reapresentação desses conteúdos, evidenciando a precariedade das ligações psíquicas e das possibilidades de simbolização.

Nessa perspectiva, a compulsão à repetição não incide apenas sobre os conteúdos psíquicos, mas também sobre a própria temporalidade do sujeito. Ao promover a reapresentação contínua de experiências que não puderam ser simbolizadas, a repetição compromete a possibilidade de historicização, mantendo o sujeito preso a um tempo que não se inscreve como passado. Como apontam estudos contemporâneos, esse processo pode ser compreendido como um verdadeiro “assassinato do tempo”, na medida em que impede a transformação da experiência em memória e dificulta sua elaboração psíquica (CONDE, 2023).

No campo das manifestações corporais, os transtornos alimentares constituem um exemplo paradigmático dessas falhas narcísicas. Tanto na anorexia quanto na bulimia, observa-se uma tentativa de controle do corpo frente à experiência de desintegração psíquica. Nesse contexto, pode-se incluir também a obesidade como manifestação clínica relevante. Em determinados casos, o acúmulo corporal pode funcionar como tentativa de preenchimento de um vazio psíquico ou como defesa frente à invasividade do outro, configurando uma espécie de proteção corporal. O alimento, nesse sentido, assume a função de objeto substitutivo, ocupando o lugar de um objeto que não pôde ser simbolicamente constituído.

Nessa perspectiva, as contribuições de Domenico Cosenza oferecem um importante aprofundamento para a compreensão das manifestações alimentares contemporâneas. Ao propor uma leitura da chamada “clínica do excesso”, o autor destaca que determinados quadros não se organizam a partir da lógica da falta, mas do excesso de gozo, isto é, de uma experiência que escapa à simbolização e à regulação pelo significante.

Nesse contexto, a relação com a comida não pode ser reduzida a uma questão de necessidade biológica ou de controle comportamental, mas deve ser compreendida como uma forma de resposta do sujeito diante de um real que não pôde ser simbolizado. O ato de comer, especialmente nas formas compulsivas,

configura-se como uma tentativa de tratamento desse excesso, funcionando como um recurso para lidar com aquilo que não encontra inscrição psíquica.

Assim, a compulsão alimentar e a obesidade podem ser entendidas não apenas como manifestações de um vazio, mas também como modos de relação com o gozo, nos quais o corpo torna-se o lugar privilegiado de expressão do sofrimento psíquico. Essa perspectiva amplia a compreensão das falhas narcísicas ao evidenciar que, diante da precariedade da simbolização, o sujeito recorre ao excesso como forma de regulação, reforçando a centralidade do corpo e do ato na clínica contemporânea.

À luz dessas formulações teóricas, apresentam-se, a seguir, vinhetas clínicas que ilustram diferentes modos de manifestação das falhas narcísicas na clínica contemporânea.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1 – Helena

Essas dinâmicas podem ser ilustradas por vinhetas clínicas. Em um primeiro caso, trata-se de uma paciente adolescente, de 16 anos, aqui denominada Helena (nome fictício), que, após vivências conflituosas e recorrentes na relação com a mãe, passa a apresentar episódios de compulsão alimentar. A paciente refere que come “porque acha gostoso” (sic), mas evidencia a impossibilidade de interromper o comportamento, especialmente em momentos de solidão, associando o ato de comer à tentativa de “preencher algo que não sabe nomear” (sic).

Observa-se, nesse caso, que a ingestão alimentar não se encontra vinculada à necessidade fisiológica, mas opera como tentativa de regulação psíquica frente a um estado interno de vazio. O alimento assume, assim, a função de objeto substitutivo, revelando falhas no investimento narcísico e na capacidade de simbolização.

A história da paciente revela ainda um elemento significativo: a perda do pai durante a pandemia de COVID-19, quando tinha 12 anos de idade. Tal acontecimento parece não ter sido suficientemente elaborado, configurando-se não como um processo de luto simbolizado, mas como uma ruptura psíquica que intensifica a experiência de desamparo. A ausência dessa figura contribui para

a fragilização do investimento narcísico e intensifica a tensão na relação com a mãe.

A relação materna, por sua vez, apresenta-se marcada por conflitos recorrentes, comparações provenientes do entorno social, imposições religiosas rígidas e restrições aos vínculos externos. Tais elementos operam como fatores de intrusão, dificultando a constituição de um espaço psíquico próprio e a elaboração das experiências emocionais. Nesse contexto, a mãe pode ser vivenciada como um Outro exigente e pouco disponível para sustentar a singularidade da experiência subjetiva da adolescente.

Um aspecto clínico relevante refere-se à oscilação entre períodos de restrição alimentar e episódios de compulsão. A paciente relata que o jejum intermitente — chegando a permanecer cerca de 24 horas sem se alimentar — constitui, segundo sua percepção, “o único modo de conseguir emagrecer” (sic). Diante disso, passa a alternar entre fases de controle rigoroso da alimentação e momentos de perda de controle, nos quais retorna à compulsão alimentar.

Essa alternância evidencia uma tentativa de regulação psíquica que não se sustenta pela via simbólica, mas se organiza a partir de soluções corporais extremas. O jejum pode ser compreendido como uma tentativa de dominar o excesso pulsional, instaurando uma lógica de controle que visa conter o transbordamento psíquico, enquanto a compulsão alimentar aparece como retorno daquilo que não pôde ser simbolizado, operando como forma de descarga diante da impossibilidade de elaboração.

Sob a perspectiva de Lacan, essa dinâmica pode ser compreendida como uma oscilação entre diferentes modos de relação com o gozo: ora pela via da recusa (restrição), ora pela via da saturação (compulsão), sem que haja uma mediação simbólica suficiente para sustentar uma posição subjetiva mais estável diante da falta.

Ao mesmo tempo, essa alternância pode ser articulada às formulações de Green, na medida em que revela dificuldades na constituição de representações e na elaboração psíquica da perda, favorecendo movimentos de desinvestimento e tentativas de preenchimento por meio do corpo. A experiência de vazio, intensificada pela perda do pai e pela fragilidade do vínculo materno, parece não encontrar vias simbólicas de elaboração, sendo tratada por meio de soluções corporais.

Nesse sentido, tanto a restrição quanto a compulsão podem ser compreendidas como tentativas distintas de responder a um mesmo impasse estrutural: a impossibilidade de simbolizar a falta e de elaborar a experiência de perda. O corpo torna-se, assim, o lugar privilegiado de inscrição do sofrimento psíquico, evidenciando a precariedade do investimento narcísico e a centralidade do ato na economia psíquica da paciente.

Caso 2 – Cíntia

Em outro caso, trata-se de uma paciente de 42 anos, aqui denominada Cíntia (nome fictício), viúva e mãe de dois filhos. Em 2020, durante a pandemia de COVID-19, perde o marido, evento que marca profundamente sua organização psíquica. Após esse período, a paciente retorna para sua cidade de origem, com o objetivo de permanecer próxima aos pais, os quais passam a auxiliá-la no cuidado com os filhos, especialmente com a filha mais nova, de 11 anos. Em análise, relata que “não sabe ficar sozinha” (sic) e, a partir de 2021, passa a se envolver com diversos parceiros.

A paciente realizou cirurgia bariátrica aos 35 anos, após a segunda gestação, quando sua filha mais nova tinha 4 anos de idade. Refere que, a partir desse procedimento, passou a perceber uma melhora significativa em sua autoestima, o que parece ter favorecido a intensificação dos investimentos libidinais, especialmente no campo amoroso. Nesse contexto, envolve-se rapidamente em um relacionamento com um parceiro não aprovado por sua família, especialmente pela mãe.

A relação entre corpo, narcisismo e investimento libidinal pode ser compreendida, nesse contexto, como um elemento central na reorganização psíquica da paciente. A transformação corporal decorrente da cirurgia bariátrica não se limita a um aspecto estético ou funcional, mas incide diretamente sobre a imagem do eu e sobre o modo como o sujeito se percebe e se apresenta ao outro. Sob essa perspectiva, a melhora na autoestima pode ser entendida como uma reconfiguração do investimento narcísico, que passa a possibilitar novos modos de relação com o desejo e com o campo amoroso.

Sob a perspectiva de Lacan, a imagem corporal ocupa um lugar fundamental na constituição do eu, na medida em que o sujeito se reconhece a partir de uma forma que lhe confere unidade e consistência imaginária.

Alterações significativas nessa imagem podem, portanto, produzir efeitos importantes na economia psíquica, favorecendo tanto uma ampliação dos investimentos quanto uma intensificação das demandas dirigidas ao Outro.

Entretanto, quando tal reorganização não se encontra suficientemente sustentada por processos simbólicos, pode resultar em uma intensificação dos investimentos sem estabilidade, favorecendo relações marcadas pela idealização, pela dependência e pela busca de reconhecimento. Assim, o corpo, longe de ser apenas suporte biológico, configura-se como um elemento central na dinâmica narcísica, articulando-se diretamente com as formas de investimento libidinal e com as modalidades de vínculo estabelecidas pelo sujeito.

A paciente descreve uma relação conflituosa com a figura materna, a qual, segundo seu relato, tenta controlá-la e manipulá-la por meio dos netos. Observa-se, nesse contexto, uma dinâmica intrusiva, na qual a autonomia da paciente encontra-se constantemente ameaçada, dificultando a constituição de um espaço psíquico próprio.

Cíntia refere que passou a reorganizar sua vida em função do relacionamento, deixando de investir em si mesma e, em certa medida, também em seus filhos, para dedicar-se quase exclusivamente ao parceiro. Destaca, ainda, que vivencia com ele uma vida sexual que “nunca teve” (sic), o que sugere a presença de um investimento marcado por intensidade, idealização e forte carga libidinal. Nesse vínculo, a paciente ocupa uma posição ativa de investimento, chegando a auxiliar o parceiro em seu trabalho, inclusive participando diretamente de seu negócio.

A paciente relata, ainda, o desejo de “viver” (sic), o que, em alguns momentos, a leva a deixar os filhos sob os cuidados dos pais para dedicar-se aos relacionamentos amorosos. Tal movimento pode ser compreendido como expressão de um conflito psíquico entre o investimento materno e a busca por satisfação subjetiva, evidenciando uma tentativa de retomada de si mesma após a experiência de perda.

Em contraste, no relacionamento posteriormente estabelecido com um parceiro aprovado pela família, que lhe oferece um estilo de vida mais estável e com melhores condições materiais, Cíntia não consegue sustentar o investimento afetivo, relatando não conseguir “sentir nada” (sic). Ainda assim,

expressa o desejo de retomar o relacionamento anterior, marcado por maior intensidade e conflito.

Do ponto de vista clínico, observa-se uma paciente com intensa dificuldade em sustentar vínculos afetivos de forma estável, oscilando entre dependência extrema e movimentos de retraimento. Relata sentir-se “sem identidade” quando está sozinha (sic), necessitando constantemente da presença do outro para sustentar sua existência psíquica. Tal dinâmica evidencia fragilidade na constituição do eu e dependência do olhar do Outro como suporte narcísico.

Essa configuração permite pensar, à luz da teoria psicanalítica, uma dificuldade na sustentação de vínculos mediados simbolicamente, com prevalência de relações organizadas em torno da intensidade, da dependência e do investimento narcísico no outro. Sob a perspectiva de Lacan, pode-se compreender tal dinâmica como uma busca por um outro que funcione como suporte imaginário do eu, especialmente diante da dificuldade de sustentar a falta. A preferência por vínculos mais intensos, ainda que instáveis, em detrimento de relações mais estáveis, pode ser compreendida como uma escolha orientada pelo campo do gozo.

Ao mesmo tempo, a perda do marido parece não ter sido simbolicamente elaborada, configurando-se como um ponto de ruptura que intensifica a experiência de desamparo. Tal aspecto pode ser articulado às formulações de Green, na medida em que evidencia dificuldades na elaboração psíquica da perda e na constituição de representações, favorecendo movimentos de desinvestimento e a busca por objetos que operem como suporte imediato.

Nesse sentido, a oscilação entre vínculos aprovados, porém pouco investidos afetivamente, e relações intensas, marcadas por dependência e instabilidade, pode ser compreendida como expressão de uma fragilidade narcísica, na qual o sujeito não consegue sustentar o investimento libidinal de forma contínua e estável. O outro passa a ser convocado não como parceiro de troca, mas como sustentação da própria existência psíquica.

Caso 3 – Bruna

Por fim, apresenta-se o caso de Bruna (nome fictício), uma paciente de 22 anos que comparece à análise relatando dificuldades importantes

relacionadas à alimentação. A paciente descreve episódios que denomina como “crises” (sic), nos quais evita alimentar-se por medo de “passar mal” (sic), destacando um medo intenso de vomitar, o que passa a organizar sua relação com a comida. Tal temor parece assumir um caráter invasivo, interferindo diretamente em sua capacidade de se alimentar e de lidar com situações de ansiedade.

Em situações de intensa angústia, refere comportamentos de automutilação leve, como morder o lábio inferior ou arranhar a própria pele, o que indica formas de descarga corporal diante da impossibilidade de elaboração psíquica.

A história de vida da paciente revela elementos significativos para a compreensão de seu funcionamento. Relata uma infância marcada por frequentes experiências de solidão, permanecendo sozinha em casa durante longos períodos enquanto a mãe trabalhava, sendo ocasionalmente supervisionada por uma vizinha. Durante a gestação, a mãe vivenciou intensos conflitos conjugais, tendo se mudado para outra cidade, onde permanecia sozinha por vários dias em razão do trabalho do pai. Após o nascimento, a mãe retorna com os filhos para próximo de sua família de origem, porém a figura paterna mantém-se ausente ao longo de todo o desenvolvimento da paciente, comparecendo apenas esporadicamente.

A paciente refere, ainda, que os pais mantinham uma relação conjugal conflituosa, marcada por distanciamento e dificuldades de convivência, o que a leva a questionar como a mãe pôde sustentar tal vínculo por tanto tempo. Tal contexto sugere a presença de falhas importantes no ambiente primário, especialmente no que diz respeito à continuidade dos cuidados e à estabilidade das relações.

Do ponto de vista clínico, observa-se uma organização psíquica marcada por dificuldades na simbolização da angústia, que tende a se expressar por meio do corpo, seja na recusa alimentar, seja nos comportamentos autolesivos. A alimentação, nesse caso, deixa de operar como função de satisfação e cuidado, passando a ser vivida como fonte de ameaça, o que evidencia uma ruptura na relação com o corpo.

Essa dinâmica pode ser compreendida, inicialmente, à luz das contribuições de Winnicott, especialmente no que se refere às falhas no

ambiente suficientemente bom. A ausência de uma presença contínua e confiável pode ter comprometido a constituição de um sentimento de continuidade do ser, favorecendo experiências precoces de desamparo e dificultando a integração das vivências corporais e emocionais.

Clinicamente, sob a perspectiva de Green, pode-se pensar na presença de um vazio psíquico associado à dificuldade de constituição de representações, no qual a angústia não encontra vias simbólicas de elaboração, sendo, então, tratada por meio de soluções corporais, como a recusa alimentar e os atos autolesivos.

A articulação com Lacan também se mostra pertinente, na medida em que a fragilidade na constituição da imagem corporal pode estar relacionada a falhas no processo de identificação que sustenta o eu imaginário. No entanto, mais do que uma simples falha na imagem do eu, observa-se uma dificuldade mais ampla na integração do corpo como lugar de experiência subjetiva, o que aponta para um comprometimento que antecede a organização imaginária propriamente dita. Nesse sentido, a recusa alimentar pode ser compreendida não apenas como um sintoma isolado, mas como expressão de uma dificuldade estrutural na relação com o corpo, com o outro e com a própria experiência de existir. O corpo torna-se, assim, o lugar de inscrição de uma angústia que não pôde ser simbolizada, evidenciando a centralidade do ato e da dimensão corporal na economia psíquica da paciente.

Comparação dos casos

A análise dos casos de Helena, Cíntia e em Bruna permite evidenciar diferentes modalidades de manifestação das falhas narcísicas, que, embora se expressem por vias distintas, compartilham um mesmo eixo estrutural: a dificuldade de simbolização da falta, da perda e das experiências internas, bem como a fragilidade na sustentação do investimento libidinal.

Em Helena, observa-se uma organização na qual o sofrimento se inscreve predominantemente no corpo por meio da alternância entre compulsão alimentar e restrição, evidenciando uma tentativa de regulação psíquica que oscila entre o excesso e o controle. Em Cíntia, por sua vez, essa dificuldade se expressa no campo dos vínculos, por meio de relações marcadas por intensidade, dependência e instabilidade, revelando uma busca constante por um outro que

sustente sua existência psíquica. Já em Bruna, o sofrimento se manifesta por meio da angústia corporal e da recusa alimentar, acompanhadas de comportamentos autolesivos, indicando uma relação mais primitiva com o corpo, no qual a experiência interna é vivida como ameaçadora.

Apesar dessas diferenças, os três casos convergem na presença de experiências de perda não simbolizadas. Em Helena, a morte do pai intensifica o vazio e favorece o recurso ao corpo como via de expressão. Em Cíntia, a perda do marido parece não ter sido elaborada, reativando a dependência do outro e a dificuldade de sustentar a própria identidade. Na paciente de 22 anos, a história de ausências precoces e falhas no ambiente primário compromete a constituição de um sentimento de continuidade do ser, favorecendo a emergência de angústias não simbolizadas.

Sob a perspectiva de André Green, os três casos podem ser compreendidos como expressões de dificuldades na constituição de representações, nas quais o sujeito se vê confrontado com experiências de vazio que não encontram vias simbólicas de elaboração. No entanto, tais experiências assumem destinos distintos: em Helena, são tratadas por meio da alimentação; em Cíntia, por meio dos vínculos amorosos; e na paciente mais jovem, por meio da recusa alimentar e da automutilação.

A leitura a partir de Jacques Lacan permite ainda evidenciar que, nos três casos, há uma dificuldade na sustentação da falta, levando o sujeito a buscar soluções no campo do imaginário e do gozo. Seja na compulsão alimentar, nas relações amorosas intensas ou na recusa do alimento, observa-se a tentativa de lidar com aquilo que escapa à simbolização.

Dessa forma, os três casos ilustram, de maneira complementar, diferentes formas de inscrição do sofrimento psíquico na clínica contemporânea: pelo corpo que come ou recusa, pelo corpo que goza ou se oferece ao outro, e pelo corpo que sofre e se marca. Em todos, evidencia-se que, diante da fragilidade da simbolização, o sujeito recorre ao ato como forma de dar destino à angústia, ainda que tal recurso não produza uma estabilização psíquica duradoura.

Manejo clínico

O manejo clínico dos pacientes que apresentam falhas narcísicas exige uma reformulação do lugar da técnica psicanalítica, uma vez que, nesses casos,

o sofrimento psíquico não se organiza prioritariamente a partir do conflito reprimido, mas de falhas na constituição do eu, na simbolização e na capacidade de investimento libidinal. Dessa forma, a clínica desloca seu eixo da interpretação para a sustentação do sujeito, implicando uma escuta que acolha não apenas o conteúdo, mas, sobretudo, as falhas estruturais que atravessam a experiência psíquica.

A partir das contribuições de Donald Winnicott, pode-se compreender que o setting analítico, nesses casos, assume uma função essencialmente sustentadora. A noção de holding torna-se central, na medida em que o analista oferece um ambiente suficientemente estável que possibilita ao paciente experienciar, talvez pela primeira vez, uma continuidade do ser. Trata-se de uma clínica em que a presença do analista — mais do que suas interpretações — constitui um elemento fundamental, permitindo que experiências não integradas possam, gradualmente, adquirir forma psíquica.

Sob a perspectiva de André Green, especialmente nos quadros marcados por estados de vazio e desinvestimento, o manejo clínico exige uma atenção particular ao negativo, isto é, àquilo que não se apresenta sob a forma de representação. Nesses casos, o silêncio, a ausência de associações e a repetição de atos devem ser compreendidos não como resistência no sentido clássico, mas como expressão de uma falha na simbolização. O analista é, então, convocado a sustentar esse vazio sem precipitá-lo em significações prematuras, favorecendo a possibilidade de construção de ligações psíquicas.

A transferência, nesses casos, assume características específicas, frequentemente marcadas por demandas intensas de sustentação, reconhecimento e validação. Diferentemente das neuroses clássicas, em que a transferência se organiza em torno da repetição de protótipos infantis, aqui ela pode assumir uma tonalidade mais primária, revelando a fragilidade do investimento narcísico. O paciente pode demandar do analista uma confirmação constante de sua existência, colocando-o em uma posição delicada entre responder à demanda e sustentar a falta necessária à constituição subjetiva.

Nesse contexto, a transferência negativa adquire particular relevância. Frequentemente, ela não se apresenta sob a forma explícita de hostilidade, mas pode emergir como retraimento, desinvestimento, silêncio ou desqualificação do processo analítico. Tais manifestações devem ser compreendidas não como

resistência a ser interpretada de imediato, mas como expressão de falhas precoces na relação com o objeto, nas quais o outro foi vivido como ausente, intrusivo ou inconsistente. A interpretação direta da transferência negativa, nesses casos, pode ser vivida como invasiva, exigindo do analista uma escuta que priorize a sustentação antes da interpretação.

A contratransferência, por sua vez, torna-se um instrumento clínico fundamental. Diante de pacientes com falhas narcísicas, o analista pode experimentar sentimentos de vazio, impotência, tédio ou mesmo um desejo de preencher o silêncio com interpretações. Esses afetos não devem ser compreendidos como obstáculos, mas como indicadores da experiência psíquica do paciente, oferecendo importantes elementos para a compreensão do funcionamento do sujeito. A capacidade do analista de suportar tais estados sem agir sobre eles constitui um elemento central do manejo clínico.

No que se refere ao *acting out*, este se apresenta como uma forma privilegiada de expressão psíquica nos casos em que a simbolização encontra-se comprometida. Conforme já apontado por Sigmund Freud, aquilo que não pode ser lembrado tende a ser repetido, e, nesses quadros, a repetição frequentemente se dá por meio do ato. O *acting out* deve ser compreendido, portanto, não como uma simples resistência, mas como uma tentativa do sujeito de dar forma a uma experiência que não pôde ser simbolizada.

O manejo do *acting out* exige do analista uma posição que não seja nem de repressão do ato, nem de sua validação imediata, mas de sustentação de um espaço em que o ato possa, posteriormente, ser simbolizado. Intervenções precipitadas podem reforçar a repetição ou produzir retraimento, sendo necessário respeitar o tempo psíquico do paciente e a sua capacidade de elaboração. Em muitos casos, a nomeação cuidadosa da experiência, em vez de interpretações estruturadas, pode favorecer a transformação do ato em representação.

Sob a perspectiva de Jacques Lacan, o analista ocupa a posição de suporte do campo do Outro, sendo convocado a operar não como aquele que responde à demanda, mas como aquele que sustenta a falta. No entanto, em pacientes com fragilidade narcísica, essa operação exige cuidado, uma vez que a ausência de sustentação pode ser vivida como abandono. O manejo clínico,

portanto, implica uma delicada articulação entre presença e ausência, entre sustentação e não-saturação do sentido.

Dessa forma, a clínica das falhas narcísicas exige uma mudança de paradigma técnico, na qual o analista se orienta menos pela interpretação do recalçado e mais pela construção de condições para a emergência do sujeito. Trata-se de uma clínica que demanda do analista a capacidade de sustentar o vazio, de escutar o não simbolizado e de tolerar a ausência de sentido, favorecendo, gradualmente, a constituição de um eu mais integrado e capaz de investir em si e no outro.

Considerações finais

As falhas e fixações no narcisismo evidenciam que a constituição do eu não é um processo garantido, mas depende da qualidade das primeiras relações e da possibilidade de investimento libidinal. Quando esse processo é comprometido, surgem manifestações clínicas que expressam dificuldades profundas na simbolização, na integração psíquica e na relação com o corpo.

A análise dos casos apresentados permite observar que, diante da fragilidade da simbolização, o sujeito tende a recorrer ao corpo, ao ato e aos vínculos como formas de dar destino à angústia. Tais manifestações, embora distintas, revelam uma mesma problemática estrutural, na qual o vazio psíquico ocupa lugar central.

A clínica das falhas narcísicas exige um manejo que ultrapasse a interpretação de conflitos inconscientes, convocando o analista a exercer uma função de sustentação psíquica. Nesse sentido, a possibilidade de construção de representações e de retomada do investimento libidinal torna-se fundamental para favorecer a emergência de um eu mais integrado e a constituição de uma experiência subjetiva mais consistente.

Como síntese do percurso teórico e clínico desenvolvido, pode-se afirmar que:

A clínica das falhas narcísicas revela que, quando o simbólico falha, o corpo e o ato passam a falar no lugar do sujeito.

Referências

- CONDE, [Nome completo]. Compulsão à repetição e patologias narcísicas na contemporaneidade. 2023.
- COSENZA, Domenico. A comida e o inconsciente: clínica do excesso. Belo Horizonte: Scriptum, 2018.
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GREEN, André. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta, 1988.
- GREEN, André. A mãe morta. In: GREEN, André. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
- WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- WINNICOTT, Donald W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- LACAN, Jacques. O estágio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Este artigo é de autoria de Roberta Calixto. Sua reprodução ou uso indevido sem autorização constitui violação de direitos autorais, conforme a legislação vigente.