De Édipo a Narciso

a clínica e seus dispositivos

De_edipo_a_narciso.indd 1 25/08/2014 15:57:12

De_edipo_a_narciso.indd 2 25/08/2014 15:57:12

De Édipo a Narciso

a clínica e seus dispositivos

Organizadoras
Regina Herzog
Fernanda Pacheco-Ferreira

Edição com apoio do PRODOC/CAPES

cia de Freud

De_edipo_a_narciso.indd 3 25/08/2014 15:57:12

Copyright @ Regina Herzog e Fernanda Pacheco-Ferreira

Direitos de edição adquiridos pela
Editora Campo Matemico

Proibida a reprodução total ou parcial

Editoração Eletrônica
Abreu's System

Revisão
Sandra Regina Felgueiras

Editor Responsável
José Nazar

Capa
Aline Carrier

Rio de Janeiro, 2014

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S664

De Édipo a Narciso – a clínica e seus dispositivos / organizadores, HERZOG, Regina e PACHECO-FERREIRA, Fernanda – Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC, 2014.
220 p.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7724-116-3

1. Édipo. 2. Narcisismo. 3. Psicanálise I. Herzog, Regina e Pacheco-Ferreira, Fernanda II. Brasil. Coordenação de Amparo à Pesquisa de Nível Superior. Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-doutores. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica.

12-2800 CDD: 155.2
CDU: 159.923

30.04.14 09.05.14 035187

Financiamento Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (PRODOC/CAPES)

Instituições de Apoio

Programa de pós-graduação em Teoria Psicanalítica

Endereço para Correspondência
Rua Barão de Sertório, 48 - casa
Tel.: (21) 2273-9357 • (21) 2293-5863
Rio Comprido - Rio de Janeiro
E-mail: ciadefreud@gmail.com

Sumário

Prefácio 9
Para introduzir o narcisismo... cem anos depois
Regina Herzog & Fernanda Pacheco-Ferreira

Artigos
De Édipo a Narciso: a técnica em questão 23
Fernanda Pacheco-Ferreira & Regina Herzog

A pesquisa clínica em psicanálise na Universidade 39
René Roussillon

Reflexões sobre uma ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise 61
Julio Verztman & Diane Viana

Um outro lugar para o analista 79
Joel Birman

A psicanálise, o novo e a garantia 95
Romildo do Rêgo Barros

Por um olhar de confiança 103
Leonardo Câmara, Thais Klein & Regina Herzog

Um paradoxo nos sofrimentos narcísicos 119
Jô Gondar

Tempos da interpretação e modalidades rítmicas em análise 135
Ana Bárbara Andrade & Regina Herzog

Histeria e falso self *aproximações e diferenças* 149
Teresa Pinheiro

A relação eu/outro nos estados limites: aspectos teóricos e clínicos 161
Raquel Rubim Del Giudice Monteiro & Marta Rezende Cardoso

O corpo em psicanálise: entre a fragmentação e a ilusória unificação 179
Jôse Lane de Sales & Regina Herzog

Manifestações da agressividade no contexto de uma pesquisa clínica: algumas observações e apontamentos 197
Rafaela Zorzanelli, Selena Caravelli, Bruno Farah & Teresa Pinheiro

Sobre os autores 215

De_edipo_a_narciso.indd 7 25/08/2014 15:57:13

De_edipo_a_narciso.indd 8 25/08/2014 15:57:13

Prefácio

Para introduzir o narcisismo... cem anos depois
Regina Herzog & Fernanda Pacheco-Ferreira

Cem anos depois de Freud introduzir formalmente o narcisismo no campo da psicanálise, é espantoso perceber a pertinência da utilização desse conceito para a atualidade. Trabalhado por vários pensadores, inclusive fora do âmbito psicanalítico, o termo narcisismo já serviu para descrever comportamentos sexuais, qualificar um modo específico de economia libidinal, designar patologias cuja questão central gravitava em torno do engendramento do eu, ou ainda para definir o comportamento do sujeito na cultura da contemporaneidade.

Retomando os passos da construção deste conceito na trama psicanalítica, vemos que ele surge pela primeira vez em 1910, em uma nota de rodapé acrescentada ao texto "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905), claramente referida à questão do homossexualismo masculino. E é desta mesma forma que vai ser tematizado no texto sobre "Leonardo da Vinci" (1910). Em ambos, a problemática se dá com relação ao tipo de escolha de objeto.

Só em 1911, no artigo sobre o Presidente Schreber, o narcisismo vai ganhar uma amplitude conceitual. Se, até então, não se distinguia narcisismo de autoerotismo, com o "Caso Schreber" o narcisismo passa a ser pensado como um estado entre o autoerotismo e o amor objetal.

De todo modo, o narcisismo instaura a possibilidade de um novo caminho de exploração psicanalítica através do estudo do Eu e de suas produções

sintomáticas específicas. Em 1917, com "Luto e melancolia" e, em 1921, com "Psicologia das massas e análise do Eu", a temática da identificação narcísica ganha destaque. Na melancolia, Freud descreve uma regressão narcísica que leva o sujeito a se retirar do mundo dos objetos externos. O sujeito incorpora o objeto perdido, que ganha cada vez mais espaço, ao passo que o eu se encontra cada vez mais esvaziado. A famosa frase "a sombra do objeto recai sobre o eu" exemplifica de forma magistral esse fenômeno pelo qual a perda do objeto transforma-se numa perda do eu e o conflito anterior existente entre o eu e o objeto dá lugar a uma cisão no eu entre uma parte crítica e uma parte modificada pela identificação com o objeto perdido, processo que prenuncia a instância superegoica.

A temática da identificação narcísica vai sendo adensada, em especial a partir dos textos culturais, nos quais o processo de identificação e a ligação com as instâncias ideais será melhor trabalhado. Em 1921, Freud afirma que, assim como no eu, é preciso controlar e dominar as excitações externas e regular as tensões internas nas massas. Tomando como modelo as organizações da Igreja e do Exército, Freud entende que a coesão do grupo e a manutenção de seu poder se deve ao fato de o objeto ser alçado ao lugar de ideal do eu do sujeito. Desse modo, dentro do grupo, em nome da proteção do líder, as vontades individuais são apagadas, bem como as relações de ambivalência amor-ódio. Mas não se reprime o ódio impunemente e esta hostilidade acaba sendo dirigida para o exterior, ao diferente, à alteridade que corresponde a tudo que se encontra fora do círculo protegido do grupo. É o narcisismo das pequenas diferenças, tão importante para entendermos as questões dos grupos e a própria constituição do eu.

Gradativamente, portanto, o termo passa de uma simples noção para alcançar uma dimensão conceitual da maior relevância no seio da trama freudiana: concebido como uma fase referida ao desenvolvimento libidinal do sujeito, o narcisismo se firma como uma estrutura permanente, remetida ao processo de constituição subjetiva. E isto graças à necessidade de se voltar, tanto por conta de impasses clínicos quanto teóricos, para a questão de um eu que deixa de ser um eu consciente, deslibidinizado. Ao perder sua "racionalidade", o eu se torna um eu fragilizado, um eu que não está dado desde o início, pois requer uma nova ação psíquica para se constituir narcisicamente.

Em outras palavras, antes de 1914, Freud não se preocupou em descrever o surgimento do Eu. A clínica da neurose não lhe impunha tal necessidade, já que ali sua estabilidade, ainda que imaginária, é suposta. Mas os impasses da clínica, como sempre, em especial com respeito à questão da possibilidade ou não da instauração da transferência e do fenômeno da resistência, obrigaram-no a repensar esta questão. Embora a polêmica com Jung acerca da libido na psicose tenha servido como pretexto para a escrita deste artigo, o alcance de suas consequências foi muito mais amplo. Freud se viu, aí, questionado em sua maior descoberta, a que remete a um conflito entre desejo (sexual) e proibição, no qual o recalque funcionava como o operador maior e o eu como o articulador desta operação.

A riqueza desta noção – que prenunciou a virada de 1920 com os avanços e transformações na teoria e na clínica da segunda tópica – continuou a ser retrabalhada até o fim da obra freudiana, provocando debates fecundos. A questão dos ideais e do superego, por exemplo, bem como sua articulação com a pulsão de morte são testemunhos disso. Contudo, não coube a Freud fazer grandes articulações entre a noção de narcisismo e a segunda teoria pulsional, essa tarefa ficando para outros autores.

Sem aprofundar a complexidade e o potencial deste debate, cabe lembrar que o conceito de narcisismo primário, proposto em 1914, suscitou importantes polêmicas, e o artigo de Balint sobre o amor primário, de 1937, é um bom exemplo disso. O narcisismo primário havia se tornado a teoria-padrão na época para descrever a relação mais primitiva do indivíduo com seu entorno e Balint criticava esta noção, em especial por ser descrita como um estado anobjetal. A ideia de que o sujeito nasce como uma espécie de mônada da qual deveria sair, sabe-se lá como, para investir o mundo dos objetos lhe parecia equivocada. Além disso, Balint considerava que as teorias sobre o autoerotismo, o amor objetal primário e o narcisismo primário eram mutuamente contraditórias. Para o discípulo de Ferenczi, a mais precoce fase da vida mental extrauterina não seria narcísica, mas dirigida a objetos. Contudo, essa relação precoce seria passiva, no sentido da necessidade de ser amado sem que nada fosse exigido em troca. O narcisismo secundário, por sua vez, seria passível de observação clínica, qualificando um estado no qual parte da libido que anteriormente investia os objetos externos retira-se deles e se volta para o ego.

Em outra vertente, Lacan também reformula a teoria do narcisismo ao ressaltar que o *infans* não possui de início uma imagem unificada do corpo, o que só se torna possível através da relação com o Outro tomado como espelho. Descrevendo esta experiência em seu famoso texto "O estádio do espelho como formador da função do [eu] tal como é revelada na experiência psicanalítica" (1949), Lacan traz uma contribuição da maior relevância para esta discussão ao valorizar o lugar do Outro no processo de subjetivação e também pela ênfase que confere à inserção da criança no universo da linguagem.

Após um período de relativo ostracismo, o conceito foi retomado por diversos autores franceses e também nos Estados Unidos, com Otto Kernberg e, especialmente, com Heinz Kohut, fundador da *Self Psychology*. Na tradição francesa pós-lacaniana, Green, em 1983, publica *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*, chamando atenção para a relação entre o narcisismo e a pulsão de morte, articulação não problematizada por Freud, como já mencionamos. Green propõe a teoria do narcisismo negativo, complemento do narcisismo positivo formulado por Freud. O narcisismo negativo é uma espécie de duplo invertido do eu unitário do narcisismo visando regressivamente ao zero de tensão, o que na clínica se manifestaria por um vazio subjetivo. A partir dessa articulação do narcisismo com a pulsão de morte, Green vai desenvolver importantes reflexões sobre o trabalho do negativo. A complexidade da questão do narcisismo na clínica, em especial nos chamados casos limite, foi uma das maiores preocupações de Green, que dedicou grande parte de sua obra a lançar luz sobre essa temática.

Ainda na tradição francesa, na esteira de Green, Roussillon insiste na importância de se "desnarcizar" a teoria do narcisismo, fazendo com que o papel do outro enquanto objeto externo tenha aí um lugar central. Para este autor, devemos encarar a constituição subjetiva a partir de uma relação homossexual primária em duplo, relação ao mesmo tempo narcísica e objetal. Em outras palavras, quando o espelho do olhar e de todo o conjunto de respostas do outro aos movimentos do sujeito funciona suficientemente bem, o investimento objetal é também investimento de si mesmo. Roussillon se apoia na leitura de Winnicott para quem o narcisismo primário seria o estado no qual tanto o que se percebe como sendo o ambiente do bebê quanto

o que se percebe como sendo o bebê constituem, de fato, uma unidade. Para Winnicott (1988), portanto, o narcisismo primário não é um estado de isolamento intrapsíquico. Diferentemente de Lacan, o papel da alteridade aqui é valorizado em sua dimensão afetiva e qualitativa.

Consoante apontado acima, além dos autores do campo da psicanálise, o termo "narcisismo" foi amplamente empregado por diversos pensadores como adjetivo para descrever a relação do sujeito com a cultura mercantilista, em especial nos anos 70. A discussão acerca da especificidade dessas leituras mostra como nas últimas décadas do século XX toda uma produção em torno dos efeitos decorrentes da prevalência de um olhar para si próprio em detrimento do outro tem lugar, indicando de certa forma uma falência da autoridade simbólica (Ehrenberg, 2010). Nesta perspectiva, Lasch (1970) sugere um "narcisismo patológico", referindo-se à cultura americana da época que tinha – e nos perguntamos se não continua tendo até hoje – o consumo como palavra de ordem. Consequentemente, o interesse exclusivo em si mesmo acarreta a busca por um prazer desenfreado aparentemente alcançado na obtenção dos objetos desejados (ainda que absolutamente voláteis). Sennet (1974), por sua vez, defende a ideia de um caráter narcísico presente, de um modo geral, nas sociedades ocidentais desenvolvidas, decorrente da invasão da esfera de sociabilidade pública pela esfera do privado. Já Baudrillard (1970) considera que o consumismo, através da personalização de cada detalhe na vida, propicia o individualismo e, como decorrência, verificam-se dois fenômenos presentes neste processo: a burocracia e o narcisismo. Este último vai ser remetido pelo autor à questão do corpo como um objeto de consumo no capitalismo. No entanto, este investimento no corpo não está voltado para uma singularização do sujeito; no narcisismo dos tempos atuais, o que está em jogo é a produção de um corpo que venha realçar um lugar de destaque do indivíduo em seu meio, daí o autor designá-lo como um "narcisismo dirigido".

Em suma, as diversas concepções de uma cultura do narcisismo, trabalhadas por esses autores nos anos 70, apontam para um hedonismo privado em contraposição a uma profunda indiferença pelo que é do âmbito da vida pública. Nesta esteira, o sujeito vai abrindo mão da obediência a

uma figura de autoridade moral externa e vertical que lhe dê segurança (Ehrenberg, 2010).

Apoiando-se no pensamento psicanalítico, Costa (1984) vai se contrapor a estas posições, designando o narcisismo moderno como um "narcisismo regenerador", e isto porque, segundo o autor, "o capitalismo moderno obrigou o indivíduo a adotar uma 'estratégia de sobrevivência narcísica' que pouco tem a ver com o prazer e muito a ver com a dor".

No artigo "Um paradoxo nos sofrimentos narcísicos", Jô Gondar, neste volume, também trata a questão das patologias narcísicas como uma estratégia existencial positiva de lidar com o sofrimento. A autora reflete sobre modos subjetivos que remetem a uma fragilidade na constituição do narcisismo em consequência de vivências traumáticas muito primitivas e propõe uma leitura pela via do paradoxo, distinguindo-se de uma leitura que ressaltaria apenas a dimensão negativa dessas patologias. A própria modalidade de sofrimento desses sujeitos seria paradoxal e oscilatória entre tendências opostas: uma delas no sentido da unificação, e outra no sentido de uma fragmentação cada vez maior. Nesta perspectiva, considera clinicamente mais interessante situar esses casos em um movimento pendular incessante, através do qual esses sujeitos encontrariam um equilíbrio metainstável.

Outras leituras psicanalíticas tendem a acentuar diferentes aspectos dessa mesma questão. Um destes aspectos se refere à produção de um novo sujeito, o homem narcisista que busca sobreviver ao declínio da autoridade paterna em decorrência dos avanços vertiginosos do capitalismo e das transformações em todos os setores da sociedade. É o próprio Édipo que vacila e, diante de uma situação de desamparo, se torna voraz, rumando em direção a um eu ideal, mas acabando por se deparar com um supereu tirânico que o lança, nos dias atuais, a um sentimento de insuficiência que o paralisa.

Romildo do Rêgo Barros vai tratar desta questão através do declínio da garantia paterna. A perda dessa garantia abala o enquadramento freudiano clássico de um sujeito situado entre a diferença de gerações e a diferença sexual e, na ausência do endosso dessa diferença, o que se revela é o engodo que tal garantia prometia. Os chamados novos sintomas seriam justamente aquelas manifestações que ao mesmo tempo aprofundam as diferenças e

denunciam o engodo paterno. Contudo, sem o asseguramento dessa garantia imaginária, o sujeito se encontra desamparado.

Há quem afirme que na contemporaneidade seria mais apropriado falar em registro do desalento ao invés de registro do desamparo. Joel Birman, em "Um outro lugar para o analista na experiência analítica", defende esta ideia através da constatação de que o mal-estar se enuncia hoje principalmente como *dor* e não mais como *sofrimento*. Segundo o autor, o sofrimento na contemporaneidade não se apresenta com as mesmas características e signos apresentadas nos tempos iniciais da psicanálise, pois a conflitualidade psíquica não se sustenta de forma *interiorizada*, mas de forma *exteriorizada*. Este processo revelou que a figura do *infantil* não é mais representada pela figura de "sua majestade o bebê", pois a contemporaneidade teria produzido uma perda de investimento narcísico fundamental.

A ausência do modelo "sua majestade o bebê" também é retomada por Teresa Pinheiro em "Histeria e falso *self*: aproximações e diferenças" e por Jôse Lane de Sales e Regina Herzog em "O corpo em psicanálise: entre a fragmentação e a ilusória unificação". No primeiro caso, a autora procura pensar as configurações melancólicas retirando-lhes o caráter com que geralmente são descritas, isto é, como uma espécie de projeto de neurose mal acabada. Através de pesquisas clínicas e teóricas realizadas nos últimos vinte anos, a autora vem trabalhando argumentos para identificar um modelo de subjetivação próprio da melancolia. Esse trabalho teórico foi sempre confrontado com a clínica e permitiu ampliar o leque nosográfico da melancolia, distinguindo-o do modelo da histeria. Desse modo, Pinheiro pode contribuir para uma maior compreensão da melancolia e das patologias descritas como personalidades narcísicas, denominadas por Winnicott de falso *self* e por grande parte dos psicanalistas de casos ou estados limites.

Sales e Herzog, por sua vez, buscam uma reflexão crítica acerca da noção de corpo em Freud, temática importante no âmbito da discussão desenvolvida neste volume. No artigo "O corpo em psicanálise: entre a fragmentação e a ilusória unificação", citado mais acima, as autoras ressaltam, em especial, a diferença entre a descrição freudiana no âmbito da histeria, na qual o corpo comparece em sua dimensão erógena, e em casos nos quais o corpo se apresenta envolto por questões que perpassam a sua unificação e apropriação.

Raquel Monteiro e Marta Cardoso desenvolvem essa questão tão importante para a clínica psicanalítica contemporânea através das patologias do corpo e do ato no artigo "A relação eu/outro nos estados limites: aspectos teóricos e clínicos". Apresentando diferentes posições acerca do que se convencionou designar como patologias limite, destacam duas correntes: a inglesa e a francesa. Enquanto na primeira essa denominação faria referência a um modo de funcionamento psíquico particular entre a neurose e a psicose, a segunda, por sua vez, insistiria na possibilidade de estados e situações limites, não configurando uma estrutura determinada. Para pensar o manejo clínico, as autoras problematizam a relação eu/outro que, nesses casos, se apresenta afetada por uma dimensão intensamente ameaçadora.

Ainda no âmbito da clínica e das problemáticas da separação eu/outro, Ana Bárbara Andrade e Regina Herzog sugerem que dificuldades para atravessar a experiência de separação e interiorização do objeto primário, cuja presença teria sido excessiva, provocam efeitos importantes na mobilidade psíquica do sujeito. Este ficaria atrelado a uma fantasia de não-diferenciação, resultando na paralisia da plasticidade e maleabilidade da atividade fantasmática. Em "Tempos da interpretação e modalidades rítmicas em análise", as autoras apresentam diversas formas de interpretação, ressaltando que a função do analista nesses casos depende eminentemente de um trabalho de invenção a dois.

O artigo "Por um olhar de confiança" traz à tona a questão da dificuldade de manejo clínico, em especial as surgidas em atendimentos de sujeitos que se apresentam como tímidos. Através da problematização do papel do olhar para esses sujeitos e da prevalência do sentimento de vergonha, Câmara, Klein e Herzog articulam a hipótese de que os pacientes tímidos encontram dificuldades em brincar no *setting* analítico. Valendo-se da definição winnicottiana do brincar, articulada à proposta de elasticidade da técnica de Ferenczi, é enfatizada a importância de um olhar que, ao invés de desnudar, possa transmitir confiança ao paciente e funcione como um operador clínico na direção da cura.

No artigo "Manifestações da agressividade no contexto de uma pesquisa clínica: algumas observações e apontamentos", Zorzanelli, Caravelli, Farah e Pinheiro destacam a presença da agressividade na clínica em sua vertente

positiva e negativa, ressaltando sua polissemia. A agressividade se apresenta, nos casos analisados, em um espectro que vai desde o exercício de uma forma latente, via humor irônico e sarcástico, passando pela ideação persistente de cenas agressivas dirigidas às figuras parentais, até alcançar francas passagens ao ato. Segundo os autores, certos casos confirmam a função crucial da agressividade na constituição narcísica, tornando-a matriz identificatória para esses sujeitos. Em outros, o sujeito é alvo da agressividade por não corresponder ao projeto narcísico dos pais, reeditando-a sob outras manifestações. Finalmente, encontram sujeitos com inequívocos traços melancólicos que se manifestam por atos de auto e heteroagressividade. Cabendo ao analista a difícil tarefa de identificar esses diferentes tipos e saber manejar a transferência.

Toda essa discussão nos faz pensar que a pesquisa clínica esbarra em dificuldades que estão ligadas à própria estrutura do pensamento psicanalítico. Enquanto as outras ciências conquistaram certa independência em relação aos grandes personagens fundadores, o pensamento psicanalítico persiste extremamente dependente do pensamento dessas eminentes figuras. Em "A pesquisa clínica em psicanálise na universidade", Roussillon traz essa reflexão e sugere que, para se fazer verdadeiramente pesquisa, é fundamental pensar em conexão com as tradições teóricas dos grandes autores e, ao mesmo tempo, de forma independente deles. Isso significa que a pesquisa clínica é sempre, também, uma pesquisa sobre o próprio método da pesquisa. Se não for assim, observa Roussillon, a clínica se torna uma espécie de prática de atribuição, no sentido de encaixar certo discurso do paciente em um modelo de catalogá-lo. A escuta fica, assim, atrofiada. Além disso, continua, determinados métodos autorizam certos tipos de materiais; em outras palavras, os pacientes regulam o que dizem sobre a análise de acordo com a maneira pela qual intervimos. De acordo com este autor, é preciso tentar compreender de que maneira um dispositivo, ou um tipo de interpretação, possibilita alguma coisa e impede outra, promovendo uma operação de assassinato do fetichismo da teoria e restabelecendo nossa capacidade de escuta e intervenção.

Freud sempre reiterou a indissociabilidade entre tratamento e pesquisa, mas os critérios de definição de pesquisa sofreram muitas transformações desde sua morte, cabendo aos analistas que defendem a possibilidade de se

fazer pesquisa clínica em psicanálise na Universidade repensar constantemente essas questões. Verztman e Viana têm se dedicado a essa temática e seu artigo "Reflexões sobre uma ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise" busca contribuir para essa discussão ao explorar modelos de pesquisa mais afins ao objeto e ao modo de trabalhar psicanalítico. Em artigos anteriores os autores cunharam uma ferramenta metodológica denominada *Estudo Psicanalítico de Casos Clínicos Múltiplos* e, no artigo presente neste volume, levantam alguns problemas surgidos do seu emprego em duas pesquisas já realizadas, refletindo criticamente sobre algumas vicissitudes da clínica psicanalítica em ambiente universitário.

Para concluirmos essa breve exposição sobre o lugar do narcisismo desde a sua criação no campo psicanalítico até os dias de hoje, vale retomar o título deste livro "De Édipo a Narciso: a clínica e seus dispositivos". Acreditamos que, de forma geral, verifica-se na produção psicanalítica contemporânea um movimento que vai de Édipo a Narciso, ou seja, concentrando-se muito mais no último do que no primeiro. Trabalhamos essa questão no artigo "De Édipo a Narciso: a técnica em questão", lembrando que, apesar de na obra freudiana a questão edípica ter sido tematizada antes do narcisismo, no processo de subjetivação, como sabemos, há uma antecedência da questão do narcisismo com respeito à questão edípica. O que nos permite dizer que através da constituição narcísica a castração, pela via do Édipo, introduz o sujeito na ordem simbólica. Este movimento parece justamente indicar um abalo no processo que vai de Narciso a Édipo, já detectado por Freud em sua época e, de nosso ponto de vista, cada vez mais intenso hoje, em função de o indivíduo vir perdendo as referências externas, sendo obrigado a criar suas próprias referências. Este deslocamento conduz, no âmbito da clínica, a um arrefecimento das famosas psiconeuroses dos tempos de Freud e a um aumento significativo das chamadas patologias narcísico-identitárias, fazendo com que os psicanalistas busquem, cada vez mais, estar atentos às expressões do sofrimento psíquico na contemporaneidade, visando novos meios de compreender e intervir nesses casos. Propusemos pensar a interpretação de modo ampliado, incluindo a ideia de construção e chamando atenção para a polissemia do inconsciente que não deve ser escutado exclusivamente em sua manifestação estritamente verbal.

Os mitos são muito elucidativos, em especial os que nos são mais familiares, Édipo e Narciso. Em ambos, é patente a nostalgia da unidade perdida. Em Narciso, há um furioso desejo de unir-se ao duplo nas águas. Mas não há outro, senão imagem. O mesmo vai ocorrer com a palavra, só há Eco. Já Édipo quer desnascer, voltar para dentro da mãe. Em ambos os casos, o destino é a morte: Édipo se torna cego, a imagem desfeita de Narciso resulta em uma flor, e Eco se torna pedra. A condição humana, neste sentido, é incurável. Pode, no entanto, orientar-se para uma vida criativa, segundo os anseios possíveis de cada um.

A intuição de Ovídio diante do desvario de Narciso possui uma atualidade gritante. O inusitado furor do filho de Liríope que fenece na busca de encontrar o duplo que contempla diante de si aponta para a força da imagem tomada como real e não como reflexo. A inebriante palavra de Eco, também dupla, posto que é reprodução do discurso de Narciso que ele materializa em outro, é apenas ressonância, sem materialidade com que se possa celebrar um encontro.

A loucura de Narciso narrada por Ovídio nos soa familiar quando constatamos o excesso do olhar tão onipresente no mundo contemporâneo, olhar que invade mais do que orienta e que provoca mais dor do que sofrimento.

Poderíamos concluir a proposta deste conjunto de artigos como uma incitação à reflexão sobre os dispositivos clínicos da psicanálise frente aos sofrimentos narcísicos, lembrando que "o analista não deveria destruir nem o complexo de Édipo nem o mito de Narciso, mas permitir ao primeiro se inserir na trama do segundo" (Flournoy, 1976).

O Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC/UFRJ), coordenado por Julio Verztman, Teresa Pinheiro e Regina Herzog, vem, há doze anos, buscando contribuir com essa discussão e o apoio do Projeto PRODOC/CAPES, coordenado por Regina Herzog e cuja bolsista é Fernanda Pacheco-Ferreira, ambas organizadoras deste volume, veio possibilitar a produção deste compêndio em forma de material didático que oferecemos agora ao leitor. Nossa esperança é a de que a discussão sobre o narcisismo possa continuar fecunda por muitos anos mais, ajudando-nos no laboroso e encantador ofício de pesquisadores e clínicos. Organizadoras

deste livro, gostaríamos de agradecer em especial aos demais coordenadores do NEPECC, Julio Verztman e Teresa Pinheiro que, além de produzirem artigos para este volume, acompanharam todo o processo de elaboração e concepção desse material. Também agradecemos aos autores que contribuíram com artigos e participaram de diversas atividades do núcleo de pesquisa enquanto membros pesquisadores e colaboradores no âmbito do projeto PRODOC, ou ainda como convidados no colóquio "Sofrimentos Narcísicos", organizado pelo nosso núcleo em 2012, e nas "Conferências de René Roussillon no Rio de Janeiro", organizadas em 2013 em conjunto com o Grupo de Pesquisa Clínica em Psicanálise da Infância e da Adolescência (GPCPIA-IFF/FIOCRUZ), sob a coordenação de Octavio Souza. Este livro foi integralmente financiado com o apoio do PRODOC/CAPES.

Artigos

De Édipo a Narciso: a técnica em questão[1]

Fernanda Pacheco-Ferreira & Regina Herzog

De forma geral, verifica-se na produção psicanalítica contemporânea um movimento que vai de Édipo a Narciso, ou seja, concentrando-se muito mais no último do que no primeiro. Apesar de na obra freudiana a questão edípica ter sido tratada antes do narcisismo, sabemos que no processo de subjetivação há uma antecedência da questão do narcisismo com respeito à questão edípica. O que nos permite dizer que através da constituição narcísica a castração, pela via do Édipo, introduz o sujeito na ordem simbólica. Este movimento parece justamente indicar um abalo no processo que vai de Narciso a Édipo, já detectado por Freud em sua época e, de nosso ponto de vista, cada vez mais intenso hoje, em função de o indivíduo vir perdendo as referências externas, sendo obrigado a criar suas próprias referências.

Este deslocamento conduz, no âmbito da clínica, a um arrefecimento das famosas psiconeuroses dos tempos de Freud e a um aumento significativo

[1] Uma primeira versão deste artigo foi publicada no *Cadernos de Psicanálise* (SPCRJ), em 2012, sob o título "A posição do analista frente aos sofrimentos narcísico-identitários". A atual versão deriva das investigações que tiveram lugar a partir das apresentações de convidados e de membros de nosso grupo de pesquisa no colóquio "Sofrimentos Narcísicos", organizado pelo NEPECC, em 2012, e nas discussões em torno das "Conferências de René Roussillon", realizadas em 2013.

das chamadas patologias narcísico-identitárias. Em decorrência dessa mudança, nos deparamos com um acirrado questionamento acerca da pertinência de uma abordagem psicanalítica destas perturbações, envolvendo questões quanto à normatividade social. E isto devido à ideia bastante difundida de que sua trama conceitual está calcada no modelo da histeria, no qual o Édipo tem lugar de destaque.

Todavia, nunca é demais lembrar que não foi Freud quem criou o sujeito conflituado entre o desejo e a culpa, mas sim quem descreveu com propriedade este sujeito produzido pela modernidade, apontando os efeitos de tal produção. Em outros termos, a teoria freudiana foi elaborada justamente sobre "o declínio das comunidades" que estava em curso no final do século XIX. Neste sentido, é bastante expressiva sua afirmação de que "enquanto a comunidade não assume outra forma que não seja a da família, o conflito está fadado a se expressar no complexo edipiano, a estabelecer a consciência e a criar o primeiro sentimento de culpa" (Freud, 1930/1974, p. 156). Tudo indica que hoje estamos diante de "outra forma" de organização.

Sem dúvida, Freud foi bastante enfático ao indicar que "a psicanálise demonstrou plenamente o papel desempenhado pelas condições e exigências sociais como causadores de neurose" (1913/1974, p. 224), sendo também veemente na denúncia do desmantelamento da sociedade. Porém, em 1929, foi além quando pôs em dúvida que uma diminuição destas exigências pudesse proporcionar alguma felicidade ao homem. O que significa que a balança entre satisfação e renúncia (outro modo de designar Narciso e Édipo), a despeito de nossos esforços, jamais será equilibrada. Este parece ser o sentido dado pelo autor quando diz "o problema que temos pela frente é saber como livrar-se do maior estorvo à civilização – isto é, a inclinação, constitutiva dos seres humanos, para a agressividade mútua" (1930/1974, p. 167).

Neste registro, mesmo que se observe um deslocamento das "doenças do pai" (neurose obsessiva, histeria, paranoia) para as "doenças da mãe" (estados limites, esquizofrenias, depressões) (Schneider, 2002, p. 112), isto não implica que a psicanálise nada tenha a dizer com relação às últimas. Se é inegável que a psicanálise seja datada, não é menos verdade que, como filha de seu tempo, ela carrega o germe da mudança e, além de grandes avanços no plano da clínica feitos a partir da teorização dos vínculos precoces e da

crescente valorização do papel do meio ambiente na constituição narcísica, nota-se que os psicanalistas têm, cada vez mais, estado atentos para as expressões do sofrimento psíquico na contemporaneidade, buscando novos meios de compreender e intervir nesses casos.

Feito este esclarecimento, vamos retomar a questão que nos interessa: como lidar, no âmbito da clínica, com o que hoje se denomina patologias narcísicas, nas quais o que está em jogo é o déficit, a vergonha, a clivagem, a identidade, e não mais o conflito, a culpa, o recalque ou o desejo. Esta distinção por si só nos levaria a concluir que o modelo tradicional do dispositivo clínico (leia-se modelo do recalque) não funcionaria para as modalidades contemporâneas de padecimento psíquico.

Todavia, é arriscado tomar esta asserção como *fait accompli*. Em primeiro lugar, é preciso estar atento às consequências de tal posicionamento. Em muitos casos, nos deparamos com uma postura saudosista, uma nostalgia quase melancólica de uma situação em que a crença no social pudesse nos salvar de nós mesmos. Tudo isso sustentado pela concepção idealizada de um mundo ordenado que funcionaria por meio de uma relação vertical estabelecida pela autoridade simbólica; o que, na atualidade, teria ruído.

Ora, conceber que a direção da cura implica na possibilidade, quiçá no projeto, de se submeter a uma ordem transcendente (no caso, a ordem simbólica) nos parece distante da proposta freudiana, cujo método de tratamento foi concebido visando que o sujeito possa lidar com sua pulsionalidade a despeito da ingerência da comunidade. Criar caminhos alternativos, inventar uma narrativa de si, poder escolher estão entre os objetivos deste método, o que, de modo algum, implica uma ideologia da escolha ou a prescrição de caminhos mais adequados ao bem viver. Nesta lógica, o conjunto das neuroses de transferência é pensado como patologias da verticalidade, ao passo que as ditas novas patologias narcísicas são a consequência da horizontalidade (Ehrenberg, 2010). E se o psicanalista tem as ferramentas para lidar com as primeiras – entre elas a associação livre, a escuta flutuante, a interpretação –, acaba titubeante diante das últimas. De fato, não podemos negar que haja uma diferença no modo de se abordar cada caso, mas, ainda assim, é preciso certo cuidado no estabelecimento destas diferenças. Talvez a questão mais pertinente não seja quais são as diferenças de cada caso, mas a problematização do que vem a ser o método psicanalítico.

Para começar, devemos lembrar que toda pretensão de generalização e normatização acaba se afastando da proposta freudiana cujo método é construído para singularizar cada caso. Neste sentido, a importância do complexo de Édipo como operador central das neuroses de transferência não reside no fato de com isso se construir ou produzir um modelo tradicional que vai dar forma à direção da cura. Se Freud, por exemplo, se recusou a tratar das psicoses porque nelas a transferência parecia não ter lugar, isto não significa que as ferramentas utilizadas devam ser descartadas. Trata-se, nestes casos, de estabelecer em que bases uma relação transferencial vai ser instituída. Em outros termos, há que se ter cuidado com a designação apressada dos limites da interpretação (que não é a mesma coisa que o limite do interpretável) quando é o traumático que está em jogo e não mais, ou não tanto, o desejo inconsciente[2].

Como afirma Roussillon (2014)[3], a prática clínica impõe ao analista uma atitude de pesquisador, no sentido de estar aberto ao inusitado da clínica, mesmo quando diante de posições subjetivas supostamente conhecidas. Em psicanálise, sempre precisamos nos perguntar quais as possibilidades que cada sujeito tem de lidar com seu lugar no mundo, isto é, o que ele pode fazer a partir de sua posição subjetiva. Esta visada nos possibilita, com bem assinala Gondar (2014)[4], evitar um olhar exclusivamente negativo e deficitário sobre essas patologias, sempre as qualificando a partir de certo referencial positivo de subjetividade: o neurótico. Como alternativa a essa leitura, a autora propõe uma abordagem sob a lógica do paradoxo, a partir da qual uma perspectiva negativa e uma positiva são consideradas em conjunto, sem que haja uma busca de síntese entre as duas. Não se trata de um a mais (excesso) ou de um a menos (falta) e sequer de um meio termo. As subjetividades narcísicas apontam, segundo Gondar, para um modo particular de circulação de energia, de afetos e de padrões relacionais que resultam em contornos temporários. A nosso ver, essa expressividade em trânsito apontaria, justamente, para a dificuldade de manutenção do sentimento de continuidade do ser.

---

[2] Para uma discussão mais ampla dos riscos de ter na ideia de representação psíquica um referente, postulando um para além dela, remetemos o leitor a Herzog, 2011.

[3] Texto publicado neste volume.

[4] Texto publicado neste volume.

Tais casos nos levam a questionar constantemente os recursos clínicos disponíveis diante de cada situação com a qual nos defrontarmos. Neste sentido, certa elasticidade da técnica, mesmo levando em conta os possíveis riscos, é necessária sempre que o arsenal teórico e técnico se mostra insuficiente frente a situações que escapam ao campo das neuroses, em outras palavras, à questão edípica.

A despeito das recomendações de Freud, cuja preocupação maior foi justamente a de não se fechar sobre um modelo inflexível, é lugar comum considerar que a técnica interpretativa clássica opera no plano da representação. Esta se baseia no método da associação livre, centrada sobre a problemática edípica e o recalque, ancorada na posição de neutralidade do analista. Em lugar de repensar ou mesmo rejeitar este modelo, nos parece mais apropriado trazer a discussão para o âmbito da relação transferencial e, mais especificamente, para a posição do analista nesta relação.

Em nosso grupo de pesquisa, o NEPECC[5], realizamos pesquisas clínicas nas quais o lugar do analista e de suas intervenções na clínica dos sofrimentos narcísicos é sempre interrogado. A articulação entre vergonha, angústia e timidez presente nestes sujeitos nos permitiu entrar em contato com situações clínicas que julgamos particularmente pertinentes ao sujeito contemporâneo e que se apresentam como desafios ao dispositivo psicanalítico.

Quadros clínicos que remetem à falta ou excesso de limites como as anorexias, as depressões, os estados compulsivos e os quadros de pânico nos forçam a revisitar a própria ideia de interpretação. Como já indicado, a interpretação estrito senso seria aquela que tem lugar na neurose, a que visa o desejo inconsciente bem como a fantasia que o sustenta e cujo modelo é a interpretação dos sonhos. Contudo, diante de configurações subjetivas menos estruturadas, como as citadas acima, esse tipo de interpretação não produz os efeitos esperados. Quanto a isso, nenhuma novidade.

Este é, aliás, o conflito que Freud enfrentou no final de sua vida e que em grande parte motivou os remanejamentos metapsicológicos e clínicos a

[5] Em relação à produção do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC/UFRJ), remetemos o leitor a Verztman, J.; Herzog, R.; Pinheiro, T. & Pacheco-Ferreira, F. (orgs.), 2012, e a outros artigos neste volume.

partir de 1920, incluindo a escrita de dois textos importantes para pensar essas questões: "Análise terminável e interminável" e "Construções em análise", ambos de 1937. Freud está ali às voltas com os limites da técnica psicanalítica, de sua eficácia terapêutica e, neste contexto, surge como alternativa a proposta da construção. Esta virada no pensamento freudiano muitas vezes provocou uma leitura na qual a oposição entre interpretação e construção foi exagerada. Todavia, a nosso ver, é preciso insistir em uma definição mais ampla de interpretação, que se dirija não só ao desejo inconsciente, mas também às resistências, aos mecanismos de defesa, ou mesmo às características do meio ambiente. E o grande ponto de diferença que vale ser marcado entre interpretação e construção talvez se dê no papel da atividade imaginativa do analista que, cabe salientar, não deve se sobrepor à do paciente, mas pode ser crucial quando o que está em jogo são processos inconscientes mais precoces.

Da interpretação e da construção

No que concerne aos debates sobre técnica, a temática da construção, embora presente de forma incipiente no famoso caso do Homem dos Lobos (1918 [1914]), nunca recebeu o mesmo destaque que a da interpretação e só foi realmente formulada no final de sua vida, com o artigo "Construções em análise", de 1937. No texto, Freud define a ideia de construção contrapondo-a à técnica interpretativa clássica, na qual, como se sabe, o analista busca, através da análise da transferência, vencer as resistências e tornar o material recalcado consciente. A nosso ver, mais do que funcionar como um contraponto, este posicionamento traz para a cena a problemática da relação analista/analisando para mostrar que não se trata da mesma relação presente na sugestão hipnótica, ainda que a sugestão esteja presente nesta dinâmica; e que o limite do interpretável, concomitante ao limite da psicanálise, deve ser entendido não como impossibilidade, mas como abertura.

Justamente no momento em que Freud começa a questionar a eficácia terapêutica do método psicanalítico, especialmente por referência à possibilidade de uma recordação completa, e em que, simultaneamente, coloca questões concernentes a um para além do Édipo, a figura da construção é

introduzida. A construção passa a ser concebida como um instrumento de que o analista pode lançar mão a fim de viabilizar a emergência de eventos psíquicos impedidos de vir à luz pela via da rememoração. Sendo um trabalho que "envolve duas pessoas", cada uma com tarefas distintas, ao analista cabe "completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais precisamente, *construí-lo*" (Freud, 1937/1996, p. 276).

Freud equivale esse trabalho de construção ou reconstrução (já que neste texto não difere um termo do outro) à escavação arqueológica, mas afirma que o analista possui vantagens em relação ao arqueólogo, pois para o analista "todos os elementos essenciais se acham preservados; mesmo coisas que parecem completamente esquecidas estão presentes, *de alguma maneira e em algum lugar*, e simplesmente foram enterradas e tornadas inacessíveis ao indivíduo" (Freud, 1937/1996, p. 277; grifos nossos). Enquanto a interpretação se aplica a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou ato falho, a construção diz respeito à apresentação por parte do analista de um fragmento esquecido da história primitiva do paciente. O exemplo de construção dado por Freud neste texto (Freud, 1937/1996, p. 279) é muito próximo daquele proposto anos antes a Sergei Pankejeff.

Segundo Etchegoyen (*apud* Abella, 2011), a maioria dos autores pós-freudianos concorda que a interpretação se concentra sobre um aspecto parcial do material enquanto a construção possuiria um caráter totalizante. A interpretação, portanto, seria mais breve, pontual e afirmativa e a construção mais ampla e hipotética. A partir daí depreende-se que a interpretação guardaria um aspecto de decomposição ou desconstrução e a construção propriamente dita implicaria uma síntese. Em "Linhas de progresso na terapia psicanalítica" (1919/1996) Freud compara a atividade psicanalítica com um procedimento químico: analisar corresponderia a dividir os processos mentais em seus componentes elementares. Mas, sempre que isto é conseguido, tal como ocorre com a análise química, "surgem sínteses que não fazem parte de sua intenção, devido à liberação das afinidades eletivas das substâncias em questão" (Freud, 1919/1996, p. 175). O trabalho de síntese é descrito, portanto, como uma função do eu e, de acordo com a observação de Freud, nas neuroses a psicossíntese é de fato "atingida durante o tratamento analítico sem a nossa intervenção, automática e inevitavelmente" (Freud, 1919/1996,

p. 175). O neurótico suporta o efeito de desconstrução de uma interpretação, pois é capaz de mobilizar seu psiquismo e reorganizá-lo de maneira menos rígida e estereotipada, ao menos é esta a aposta do analista.

Contudo, nos casos em que o eu do paciente dá sinais de fragilidade e instabilidade caberia ao analista organizar estes fragmentos: uma construção seria necessária antes de se considerar a pertinência de uma desconstrução. Cabe marcar que não se trata de um trabalho realizado exclusivamente pelo analista, pois é fruto da relação transferencial, implicando a escuta atenta não só do discurso verbal, mas principalmente do que se manifesta sem encobrimentos.

Desse modo, ao escolhermos problematizar a ideia de construção neste artigo, não a estamos usando estritamente de acordo com o exemplo de Freud, ou seja, na busca da reconstrução de um passado na história do paciente. Aqui estamos pensando em como a ideia de construção pode ser útil para criar uma experiência de continuidade narrativa ausente em alguns sujeitos, em especial no campo do que chamamos patologias narcísico-identitárias. Para alguns pacientes, construir uma narrativa, mesmo que rudimentar, é uma verdadeira e árdua conquista que muitas vezes só é possível através do papel de testemunho do analista.

No artigo intitulado "O inesquecível, limite do analisável", Press (2011, p. 173) propõe que "um limite significativo do analisável está ligado ao que nós não podemos de forma alguma esquecer". A rememoração pressupõe um funcionamento eficaz da temporalidade: para se lembrar é preciso poder esquecer e, para esquecer, é preciso que uma impressão (*Eindruck*) possa ter adquirido um valor psíquico, entrando na dimensão temporal e tornando-se assim um traço mnésico. Neste registro, o inesquecível não seria acessível à rememoração, o que nos leva a dizer que se trata de algo sempre presente. Ora, o que não pode ser esquecido não pode ser recalcado.

Acompanhando a argumentação de Press (2011), cremos poder aproximar esta ideia de impressão (*Eindruck*) do que Freud designa como fragmentos no texto "Construções em análise". A impressão (*Eindruck*) em si não constitui uma lembrança, só podendo ser conservada como traço (*Spur*) ou representação. É por meio da inscrição dos traços que uma impressão mantém seus efeitos na memória, mas, se ela não for inscrita, não pode ser evocada, daí a necessidade do trabalho de construção.

Press (2011) considera a possibilidade de este inesquecível tomar diversas formas, inclusive uma forma positiva, designando uma espécie de barulho de fundo de nossa presença sensível, que permite o advento da fantasia. Neste sentido, o autor admite a possibilidade de que haja "uma forma primeira e incontornável de inesquecível no interior de cada cura" (Press, 2011, p. 179). Entretanto, em nossa argumentação estamos preocupados com aquele inesquecível que, através do excesso traumático, curto-circuita a metabolização psíquica, impedindo o esquecimento e, consequentemente, a rememoração verbal. O sujeito vive em um tempo indefinido "o passado lhe foi roubado e, por uma transmutação trágica, este passado ocupa – oculta – todo seu futuro" (Press, 2011, p. 180). Scarfone (2014, p. 64) propõe denominar este tempo que se apresentaria, na perspectiva cronológica de alguém de fora, como pertencente ao passado, mas que, paradoxalmente, na perspectiva do sujeito, se apresenta como atual, de "*impassado*, tanto mais que a palavra denota também seu *status* de *impasse* na vida do sujeito".

O manejo com relação a este impassado inesquecível é da ordem da escuta não apenas do que é dito pelo paciente, mas de tudo o que se manifesta no contexto analítico, conforme apontado mais acima a propósito da construção. É importante não tomar essas manifestações como resistência, mas acolhê-las como uma verdadeira comunicação, donde a necessidade de ampliar nossa concepção de linguagem para acolher os afetos (em seu excesso ou ausência) no plano de uma linguagem do sensível (Herzog 2011). Neste sentido, Gondar (2010, p. 130) afirma que a palavra sensória e literal não se presta à interpretação psicanalítica tradicional, que "supõe que o paciente quer dizer outra coisa além daquilo que diz" e que remete à lógica do recalcamento. Na literalidade, salienta a autora, impera a lógica da clivagem e esta exige do analista uma postura que promova uma atmosfera de confiança, sinceridade e, especialmente, de "crença nas experiências reais relatadas pelos pacientes" (Gondar, 2010, p. 131). Depreendemos daí que a presença do analista, seus comportamentos, seu tom e ritmo de voz, suas expressões e gestos podem também ganhar um lugar importante como ferramenta de intervenção. Tal parece ser também a proposta de Roussillon (2014) ao enfatizar a necessidade de ampliarmos nossa escuta a uma linguagem mimo-gesto-postural.

Nosso grupo de pesquisa tem recebido sujeitos com uma problemática que gravita majoritariamente em torno de falhas na construção do eu, na distinção eu/outro e nos limites dentro/fora; dentre estes pacientes se destacam aqueles que se descrevem como tímidos e apresentam graves sintomas fóbicos. Nestes casos, interpretar – se tomamos a noção em seu sentido estrito –, ao invés de aumentar o processo de subjetivação, pode ser uma violência, desqualificando a realidade subjetivamente vivida pelo paciente. Fazer uso da construção, bem como de outras ferramentas clínicas, inspiradas pelas intuições fereczianas, tais como a técnica das fantasias provocadas, ou o jogo de perguntas e respostas, permite criar uma continuidade subjetiva para que algum movimento desejante venha se instalar. Além disso, através da relação analítica, abre-se a possibilidade de invenção de uma narrativa e, consequentemente, de uma memória.

Ainda a respeito do efeito da interpretação clássica nestes pacientes, a reação de um dos sujeitos atendidos pela pesquisa às intervenções do analista é ilustrativa. Uma das imagens que o paciente traz para expressar o que sente em relação ao mundo a sua volta é tirada de um jogo interativo no qual o personagem principal constrói seu destino a partir das consequências de suas ações. No jogo em questão, face a cada novo desafio, o personagem tem a sua disposição diferentes opções de ações, o que faz com que a história siga rumos distintos a partir de cada escolha. Tal variedade e amplitude de ação encantava o paciente que, diferentemente do herói de seu jogo, não via surgir em sua vida nenhuma opção quando precisava, inclusive frente a situações corriqueiras como perguntar as horas a um transeunte. Este comentário expressa a dimensão de sua inibição, que o remetia a uma sensação de vazio subjetivo. Na clínica dos sofrimentos narcísico-identitários, a vergonha de si infiltra a personalidade do sujeito, implicando uma autopercepção desvalorizada, concreta e pouco metaforizada, dificultando que a fala se abra a novos sentidos.

Além de um empobrecimento da capacidade associativa, a ambivalência e a ambiguidade próprias à linguagem não encontram lugar. Este mesmo paciente, por exemplo, em outro momento da análise, se diz instável emocionalmente por experimentar sentimentos muito diversos em relação a uma mesma pessoa, sentimentos para os quais não consegue identificar uma

causa. Diante desse fenômeno, se pergunta como os outros irão percebê-lo, dado que ora expressa um sentimento, ora outro. Tendo, em outros momentos, optado por intervenções que não surtiram efeito no paciente[6], o analista nesta ocasião se limita a assinalar que as pessoas são ambivalentes, que é algo que faz parte da vida, ao que o paciente reage com uma expressão intrigada. Ao fim daquela sessão, e ao longo de algumas sessões seguintes, ele retoma essa questão: "É verdade? As pessoas são mesmo ambivalentes"?

Em outra ocasião este paciente ficou muito perplexo e curioso ao descobrir o termo "mentira branca", pois a possibilidade de ter uma dimensão de segredo, de espaço privado, lhe parecia inacessível. Nesta mesma linha, outro exemplo interessante pode ser obtido através da imagem concreta e, ao mesmo tempo, bastante criativa, trazida por outro paciente para abordar um conflito que estava vivendo. Sem encontrar os meios de expressar em primeira pessoa a divisão que estava sofrendo, ele disse que, caso houvesse um plebiscito em um país sobre aquela questão, o resultado seria 60% a favor e 40% contra.

Tais considerações nos indicam algo debatido na comunidade analítica há algumas décadas, mas que ainda aguarda maior desenvolvimento, isto é, a necessidade de uma discussão a respeito dos recursos técnicos que devem ser priorizados nesta clínica, o que nos conduz à indagação sobre a posição do analista e suas possibilidades de intervenção nesses casos. Evidentemente, não preconizamos uma proposição técnica universal, pois, como já ressaltado, a prática analítica deve sempre se basear no encontro singular com cada sujeito. Nossa intenção é apenas considerar os efeitos de certas intervenções em pacientes que, de algum modo, foram privados da ilusão de serem sujeitos. Apresentam-se, assim, sem face nem verso, sem avesso nem direito, para usar uma expressão de Ciccone e Ferrant (2009, p. 48), ou melhor, pode-se dizer que seu avesso não remete a algo que se passa no plano de uma

[6] Uma intervenção deste tipo se deu quando o paciente foi tomado por uma forte necessidade de descobrir o motivo de uma pessoa de quem gostava ter faltado a um encontro de trabalho sem avisar ou dar explicações. O evento havia ocorrido meses antes, mas a intensa reação afetiva surgiu ao mesmo tempo que o paciente começava a se indagar sobre um possível abandono por parte de sua mãe na infância. Quando o analista lhe apontou a provável ligação entre os dois eventos, o paciente não esboçou nenhuma reação.

interioridade. A interpretação analítica clássica que convida o sujeito a se responsabilizar pelo seu desejo não provoca o efeito esperado, pois ali não se encontra, ainda, um sujeito desejante, no sentido comumente descrito pela psicanálise.

Nestes termos, o trabalho analítico deve abrir espaço para que uma nova narrativa de si tenha lugar, permitindo que o paciente dela se aproprie, criando a partir daí novos sentidos. Seguindo Green (1974/1990), podemos dizer que, para ser eficaz, o trabalho analítico com estes pacientes deve se dar na superfície, rente às associações. As interpretações profundas e complexas, ou sistematicamente transferenciais, têm apenas poder de reforçar a clivagem. Outra intervenção que nos fez pensar na importância de irmos ao encontro do paciente e "falarmos sua língua" decorreu do que um dos analistas da pesquisa considerou, em um primeiro momento, como um deslize de sua parte.

Diante de uma fala do paciente que indicava uma aposta prazerosa em si mesmo e no futuro, o analista deixou escapar uma constatação que em princípio guardaria apenas para si mesmo e disse, com um misto de surpresa e contentamento, "quem te viu, quem te vê!". O paciente ficou visivelmente emocionado e agradeceu aquelas palavras, as quais repetiu em voz alta para si mesmo em seguida. Neste momento, o analista percebeu que, para o paciente, que se define como alguém que não sabe ler as emoções dos outros, a função do olhar tem uma importância capital. Algo desta função especular deve passar pela relação analítica e pelo papel do olhar do analista que atesta e reconhece sua existência e seus movimentos. Aquele espaço é de fato o primeiro lugar no qual pode falar e isso, por si só, produz efeitos positivos.

Temos observado nesses casos que, muitas vezes, trata-se de fazer mais afirmações do que perguntas, isto é, de explicitar o surgimento de um desejo, ao invés de buscar a interpretação do desejo que, em realidade, ainda não se constituiu. Contudo, como já afirmamos, diante do vazio associativo, corre-se o risco de ficar apenas no plano explicativo, caindo na cilada da sugestão e da resposta à demanda inicial de adaptação ou de remoção dos sintomas. Ao contrário de uma visada educativa e comportamental, tais afirmações teriam a função de criar pontos de certeza em torno dos quais o paciente pode construir algo, uma nova ficção de si mesmo.

Winnicott nos fornece uma ilustração deste tipo de intervenção através de uma observação feita durante a análise de Margaret Little. Segundo a própria Little (2002), um comentário de Winnicott sobre sua mãe ser "imprevisível, caótica" e criar o "caos em torno dela" foi uma espécie de revelação, mais do que de uma interpretação analítica propriamente dita, permitindo-lhe compreender e integrar algo que já sabia, mas do qual não podia se apropriar. O objetivo dessa intervenção, como lembra Roussillon (2005), não era culpabilizar a mãe da paciente, designando-a como objeto mau, o que seria analiticamente inútil, além de não ser pertinente. Seu objetivo era permitir que Little não sentisse "seu caos interno como o simples efeito de uma pulsão anárquica e desorganizadora" (Roussillon, 2005, p. 75), restituindo assim a perspectiva de uma dimensão objetal perdida na regressão narcísica confusional e abrindo para a possibilidade de uma apropriação subjetiva desse vivido.

Ainda segundo Roussillon (2002, p. 56), com este tipo de intervenção o analista não interpreta o desejo do sujeito, ele "reconstrói a experiência subjetiva não subjetivada que infiltra o presente perceptivo do sujeito", ajudando-o a estabelecer uma diferença entre o que lhe pertence e o que resulta mais propriamente de seu ambiente inicial. Desse modo, através da explicitação das identificações narcísicas primeiras, o espaço analítico viabiliza a possibilidade de uma diferenciação dentro/fora, eu/não-eu, que nesses sujeitos se apresenta de forma instável. Com este tipo de paciente, contudo, um risco recorrente, para o qual Freud sempre chamou atenção, é o de, ao empatizar com seu sofrimento, ao fazer o paciente entrar em contato com sua realidade psíquica, sucumbirmos a uma vitimização que em nada o ajudaria. Por outro lado, acreditamos que também de nada adiantaria convidar o paciente a se responsabilizar por seu desejo se este ainda não se encontra constituído. Como afirma Pontalis (1991, p. 68), "podemos conduzir nossos pacientes rumo ao outro sentido, recalcado ou desconhecido, de uma 'vivência'. Mas não podemos desqualificar o seu ser".

No caso de pacientes que experimentam um desencontro entre suas necessidades e as respostas do ambiente, nos parece necessário que o trabalho analítico viabilize o reconhecimento e a significação das emoções que eles sentem, mas não conseguem nomear, para que um trabalho posterior seja

possível. Para tanto, é preciso escutar o sofrimento do paciente em todas as suas formas de expressão. Como afirma Green (1979/1990), o inconsciente se diz como pode e privilegiar apenas uma dimensão, seja ela representativa, afetiva ou corporal, equivale a negar sua polissemia.

Conclusão

A despeito da contribuição de vários autores posteriores a Freud, os limites entre interpretação e construção permanecem pouco claros. Pode-se considerar, por exemplo, que uma construção, mesmo não comunicada, pode ser levada em conta na interpretação, inclusive orientando-a (Bertrand, 2011, p. 59). Neste artigo, nos propusemos a desviar a atenção para os "sinais de fragilidade" dados pelos pacientes para pensar em que medida a ideia de construção pode nos ser útil diante das dificuldades no campo da associatividade, que geram impasses para a rememoração e para o próprio estabelecimento da relação transferencial nos casos denominados como patologias narcísico-identitárias.

Adotamos uma ideia de construção na qual a relação analítica permite criar as condições para que fragmentos de impressões que não puderam se inscrever, provavelmente devido a uma falha de sintonia nas trocas afetivas precoces do sujeito com o meio ambiente, possam ser apropriados no sentido de se organizar em uma narrativa. Neste sentido, o que comumente consideramos uma falha de simbolização deveria antes ser compreendido como a persistência, pouco ou quase nada modificada, "*de um estado de coisas que exprime constantemente a situação de transbordamento, sem jamais nos dizer em que ela consistiu* (seria mais exato empregar o termo no plural: trata-se quase sempre de feitos cumulativos)" (Press, 2011, p. 186; grifos do autor).

Andrade e Herzog (2014), neste volume, lembram que, na concepção winnicottiana da interpretação, o importante não é o conteúdo do que o analista comunica, mas aquilo que, em sua comunicação, se oferece para ser modificado pelo paciente. Como afirmam as autoras, a direção do tratamento com esses sujeitos não visa à compreensão, mas à possibilidade de compartilharem a experiência de se surpreender com o que surge de forma criativa e

irrefletida em análise. Trata-se, acima de tudo, da parte do analista, de permitir, ou melhor, de criar um espaço para que a invenção de um si mesmo tenha lugar.

Referências bibliográficas

Abella, A. (2011). La problématique de la construction. In: Abella, A. & Manzano, J. *La construction en psychanalyse: récupérer le passé ou le réinventer?* Paris: PUF.

Bertrand, M. (2011). Construire, inventer, changer. In: Abella, A. & Manzano, J. *La construction en psychanalyse: récupérer le passé ou le réinventer?* Paris: PUF.

Ciccone, A. & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris: Dunod.

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.

Freud, S. (1913). O interesse científico da psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1930). O mal-estar na civilização. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1937). Construções em análise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Gondar, J. (2010). As coisas nas palavras: Ferenczi e a linguagem. *Caderno de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 23.

Green, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. In: Green, A. *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.

Green, A. (1979). Le silence du psychanalyste. In: Green, A. *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.

Herzog, R. (2011). Os limites da representação psíquica. In: Garcia, C. A. & Cardoso, M. R. (Orgs.). *Limites da clínica, clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud / FAPERJ.

Little, M. (2002). Lorsque Winnicott travaille dans des zones où dominent les angoisses psychotiques – un compte rendu personnel. In: André, J. & Thompson, C. (dir.). *Transfert et états limites*. Paris: PUF.

Pontalis, J.-B. (1991). Não, duas vezes não. In: Pontalis, J.-B. *Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Press, J. (2011). L'inoubliable, limite de l'analysable. In: Abella, A. & Manzano, J. *La construction en psychanalyse: récupérer le passé ou le réinventer?* Paris: PUF.

Roussillon, R. (2002). Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction. In: André, J. & Thompson, C. (dir.). *Transfert et états limites*. Paris: PUF.

Roussillon, R. (2005). Préconditions de l'aire transitionnelle: la déconstruction du narcissisme primaire. In: Duparc, F. (dir.). *Winnicott en quatre squiggles*. Paris: In Press.

Scarfone, D. (2014). O Impassado, atualidade do inconsciente. Relatório para o Congresso dos Psicanalistas de Língua Francesa. Montreal.

Schneider, M. (2002). *Big Mother. Psychopathologie de la vie politique*. Paris: Odile Jacob.

Verztman, J.; Herzog, R.; Pinheiro, T. & Pacheco-Ferreira, F. (Orgs.) (2012). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

A pesquisa clínica em psicanálise na Universidade[1]

René Roussillon

Estou muito contente de me encontrar de novo no Rio de Janeiro, porque há o sol do Rio de Janeiro, há o ambiente do Rio e também pelas trocas com os cariocas, que são sempre muito interessantes e proveitosas. E isso se iniciou hoje cedo com dois estudos de casos que foram extremamente ricos para fazer refletir acerca de aspectos de situações clínicas nos quais eu não tinha pensado anteriormente. A maneira de vocês de praticar a pesquisa e a técnica, "à moda brasileira", "à moda carioca", vai me permitir partir de volta para a França com reflexões novas – e muito material para continuar a pensar.

Eu gostaria de lhes apresentar determinado número de reflexões que saíram de minha experiência e podem ser confrontadas com a experiência de vocês, que é diferente.

Mas gostaria de lhes dizer em primeiro lugar que penso que a escolha desse tema centrado na questão da pesquisa me parece absolutamente

[1] Palestra proferida em francês, em outubro de 2013, no evento "Conferências de René Roussillon no Rio de Janeiro", organizado pelo NEPECC/UFRJ (Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade) e pelo GPCPIA-IFF/FIOCRUZ (Grupo de Pesquisa Clínica em Psicanálise da Infância e da Adolescência). Tradução para o português de Pedro Henrique Bernardes Rondon (ABEPPS – Associação Brasileira para o Estudo da Psicologia Psicanalítica do Self).

fundamental: vai tornar-se uma das grandes questões do século XXI. É uma questão muito importante, uma vez que a clínica da relação psicanalítica é atacada com bastante frequência – em todo caso, na Europa; não sei o que acontece no Brasil. Penso que a psicanálise se defende mal e que se defende mal porque a questão da pesquisa clínica em psicanálise não foi suficientemente colocada, assim como também não se colocou bastante a questão da avaliação do trabalho psicanalítico. Portanto, centrar a reflexão na questão da pesquisa é realmente uma das atuais urgências.

Pode-se dizer, para início de conversa, que a pesquisa em clínica esbarra em dificuldades que estão ligadas à própria estrutura do pensamento psicanalítico. Por exemplo, o sujeito é psicanalista freudiano, kleiniano, lacaniano, mas ninguém é físico bohriano, físico einsteiniano, ou físico newtoniano. Isso quer dizer que as outras ciências conquistaram certa independência em relação aos grandes personagens fundadores, ao passo que o pensamento psicanalítico persiste extremamente dependente da obra de determinados personagens muito grandes, e é possível dizer que talvez, para fazer pesquisa verdadeira, seja preciso ser freudiano, e kleiniano, e bioniano, ou seja, não ser freudiano, nem kleiniano, nem lacaniano. Em outros termos, há uma operação interior de assassinato, assassinato desses grandes personagens, para conquistar o direito de pensar em conexão com as tradições deles e, ao mesmo tempo, independentemente deles. Veremos que essa questão se encontra em quase todos os níveis da pesquisa.

Eu lhes dizia há pouco que as reflexões que vou propor provêm de minha experiência de pesquisador e de diretor de pesquisa na Universidade Lyon 2. Há uma particularidade na configuração francesa de Lyon 2 e, sem dúvida, em parte também na Europa; a de que nós só nos empenhamos em pesquisas que, de saída, tiverem apoio prático. Isso quer dizer que a maioria das pesquisas que vamos lançar se estabelecem porque há um clínico, há uma equipe que vem nos dizer "olhe bem, esbarramos em uma dificuldade clínica", ou então "inventamos um dispositivo de cuidados particulares, mas temos vontade de refletir acerca desse dispositivo, examinar se ele é tão bom quanto a gente pensa que seja, avaliá-lo, portanto, e talvez difundi-lo". Isso quer dizer que estamos colocados na posição de só desenvolver pesquisas a partir de questões de campo. Partimos de situações clínicas que absolutamente não

são situações clínicas fáceis, correntes, "standard", situações clínicas que propõem problemas de enquadramento inteiramente particulares, de enquadramento de cuidados, talvez mesmo problemas conceituais singulares, ou ainda que impelem a inventar novas maneiras de trabalhar.

Vou lhes dar alguns exemplos para que possam fazer alguma ideia. Vocês sabem que atualmente na Europa há uma grave crise econômica que se traduz pelo fato de que há "os SDF", sem domicílio fixo, pessoas que estão e que vivem na rua. E que não apenas estão na rua, mas que também têm muito medo de não estar mais na rua. Num primeiro momento, tendo escapado esse pormenor, os diferentes intervenientes sociais abriram lugares de acolhimento para que os SDF pudessem dormir e comer, e as práticas que se desenvolveram, desenvolveram-se a partir desses lugares. As pessoas eram acolhidas para sua autoconservação, e esperava-se que, a partir dessa base, fosse ser possível o início de um acompanhamento clínico ou uma psicoterapia. Logo se deram conta de que essa estratégia não funcionava bem. Desde que tinham comido, dormido um pouco, eles desapareciam, e os acompanhamentos que se tentava instituir resultavam em fracasso. Isso não funcionava, ou funcionava realmente muito pouco. Portanto, foi preciso inventar alguma coisa que se apoiasse em uma outra maneira de abordar o problema, porque, se não há um bom dispositivo clínico, não há possibilidade de ajuda, e não há pesquisa possível. Criamos então um dispositivo de aproximação gradativa. Vocês vão compreender.

Suponhamos que se tenha notado um senhor que vive num cantinho de calçada, com uma panelinha para recolher um pouco de dinheiro e que com regularidade está nesse local. A gente decidia ir lá vê-lo onde ele estava e lhe propor nossos serviços. As equipes passavam, paravam perto dele e diziam "nós podemos acompanhá-lo, podemos nos ocupar de você, podemos cuidar de você, podemos fazer com que alguém cuide de você, etc". E a equipe passava no dia seguinte... e no dia seguinte ele tinha desaparecido. Foi preciso mudar, e foi daí que nasceu a estratégia de gradativamente se tornar conhecido e habitual.

Tornar-se habitual consiste, portanto, em descer da posição elevada, pôr-se de joelhos, agachar-se, com o rosto no mesmo nível que o homem que está na calçada e dizer-lhe: "Bom dia, eu sou René Roussillon", "hoje não está

calor... Bom, é isso, até logo". Segundo dia: "Bom dia, eu me chamo René Roussillon. Ah, o tempo melhorou hoje. Até logo". Terceiro dia: "Bom dia, você está bem aí nessa sua calçada?". E depois, "sua busca está dando certo? Bom, tchau". Dez segundos, quinze segundos, trinta segundos, um minuto. Quando não nos é possível passar por lá, outra pessoa passa e diz: "Bom dia, venho lhe dizer bom dia da parte do René Roussillon".

Ao cabo de alguns meses há um início de conversa, e nesse início de conversa as pessoas vão dizer: "eu me machuquei ali, fiquei estropiado na coxa, um cachorro me mordeu". Elas não vão pedir ajuda, vão indicar que há um ponto de sofrimento. E a partir daí vai se formar um vínculo, um contato; depois, um dispositivo de acolhimento. E pode durar três, quatro, cinco, seis meses antes que se chegue a esse ponto. Quando em seguida elas chegam ao local de acolhimento, onde servem comida, onde podem descansar e dormir, de início pegam a mesa logo ao lado da porta. E se chegamos de pronto perto delas, elas fogem de novo. Portanto, é preciso avançar com precaução e, ao fim de quinze dias, três semanas, a mesa que escolhem fica um pouco mais para dentro, e assim segue-se a linguagem de sua relação com o lugar, de sua inserção no local do acolhimento.

Vamos parar para pensar esses poucos dados.

Em primeiro lugar é preciso ir "ao domicílio", isto é, ir ao local onde essas pessoas estão, e não fazê-las vir aos nossos lugares de acolhimento. Este é um primeiro princípio: quanto mais precária a situação em que as pessoas estão, mais inseguras elas estão, e tanto menos podem deixar o lugar onde se prendem, sendo necessário que nos desloquemos até os lugares delas. E se quisermos fazer uma pesquisa acerca de expatriação, sobre vida errante, convém tomar essas medidas e ir ao lugar dessa vida errante. Aqui, se quiserem trabalhar com os moradores de favelas, é preciso ir até lá, ou pelo menos chegar lá perto.

Encontramos problemas semelhantes com os adolescentes que vivem na periferia. Vocês podem imaginar: eles enfiam um capuz assim, se escondem, caminham em grupos. Vocês os convidam a ir aos centros sociais, dois dias depois a sede dos centros é invadida e destruída. Vocês tentam sentar-se frente a frente com eles, eles não ficam no lugar, eles se mexem. Vocês olham para eles, eles ficam inteiramente perseguidos pelo seu olhar. Então, o que

foi que a gente fez? O jeito foi não fazer com que fossem. Nós é que vamos aonde eles estão. Fomos até lá onde eles estavam. Não os fizemos sentar-se. Não os olhamos de frente, caminhamos ao lado deles. E nesse momento eles se puseram a falar de coisas que não contam e não discutem quando os recebemos em um escritório com uma poltrona, etc.

Se vocês querem trabalhar com adolescentes dessas periferias, é preciso levar em conta todas essas dimensões, então ir ao domicílio, lá onde eles estão, mesmo que seja um canto de calçada, e depois levar em conta a dimensão corporal. Será que eles suportam ser imobilizados? Será que não se deve fazer clínica caminhando? Que linguagem é preciso falar? Será que não é preciso falar uma linguagem mimo-gesto-postural? Se eu olho para alguém que está sentado no chão, e se o olho assim, "de cima", é completamente diferente de falar com ele "no mesmo nível visual", e isso é uma linguagem da postura. Quando estou assim (de cima), sou o psicólogo que sabe, sou o psicólogo que vai dizer para ele como fazer as coisas. Se eu estou assim (no mesmo nível visual), sou um humano com outro humano, e estamos no mesmo plano. Quanto a ele, está em um estado de enorme precariedade. Se olho para ele assim, "de cima", eu o esmago.

Isso parece completamente estúpido, mas é fundamental se queremos pôr de pé um dispositivo clínico. Portanto, vocês veem o que eu tentava lhes dizer com esses poucos exemplos, é para fazer vocês sentirem o tipo de trabalho que vamos fazer na pesquisa clínica. As pessoas chegam dizendo-nos "a gente não sabe como lidar com esses sem-teto". Há cada vez mais sem-teto, e não vamos conseguir cuidar deles, não podemos ocupar-nos deles, eles vão mal. E se não nos ocuparmos deles, eles vão acabar morrendo. Um último exemplo sobre os sem-teto que acabo de abordar: exatamente na semana anterior a esta em que vim aqui, havia em Saint Étienne, cidadezinha perto de Lyon, um sem-teto que caminhava nos trilhos da estrada de ferro. Ele podia caminhar 10 km, 20 km por dia e depois, em seguida, voltava no sentido oposto, e o psicólogo que me falava sobre isso me disse: "o que será que poderemos fazer?". E eu então lhe disse: "Pois bem, você pode se colocar ao lado dele e caminhar com ele". "Você não precisa falar, você já está ao lado dele".

Outro exemplo ainda: com as crianças autistas. Você está numa sala com essa criança, há brinquedos espalhados por toda parte, você bem tinha

previsto tudo, mas ela está com a cara metida na vidraça da janela. Isso talvez vocês não conheçam no Rio, mas na França faz frio, e quando você sopra nas vidraças frias esse bafo forma um embaçado, faz coisas assim. E a criança faz assim (sopra). Então o que é que a gente faz? Dissemos à psicóloga: "tente colocar-se ao lado dela e faça a mesma coisa". Então a criança sopra, a psicóloga sopra também. A criança olha-a, sopra, a psicóloga sopra e olha para a criança. Aí também estamos "em domicílio", estamos no mundo dela. Estamos em paralelo e somos um duplo. Lado a lado. Não pegamos a criança para encará-la olho no olho, mas sim buscamos criar uma linguagem. Ela sopra duas vezes, a gente sopra duas vezes e, ao fim de duas semanas, de três semanas, isso começa a adquirir o valor de uma linguagem e, quando a gente faz isso durante certo tempo, a gente percebe que pode entrar em comunicação com crianças autistas se formos capazes de falar a linguagem dela.

Então, a primeira das questões a propósito de qualquer pesquisa: é interessante fazer pesquisa sobre aquilo que não funciona. É preciso não esquecer nunca que a gente faz uma pesquisa sobre um fracasso, e as pesquisas sobre os fracassos nos ensinam o que é preciso não fazer. É, entretanto, muito mais interessante lançar uma pesquisa acerca daquilo que funciona. Não há uma boa pesquisa se não houver uma boa clínica. Então vocês vão me dizer: "E isso é uma pesquisa?". Então aí está outra posição que temos em Lyon 2, e consiste em dizer: não existe prática sem pesquisa.

O processo do cuidar é um processo de pesquisa. Se quisermos, podemos utilizar um termo que Winnicott usava e que eu acho formidável: ele fala de exploração psicanalítica. Gosto mais da ideia de uma exploração do que de uma ideia de pesquisa. Porque na ideia de uma pesquisa parece que não sabemos o que vamos encontrar, mas sabemos o que é que estamos procurando. Então, na ideia de exploração, a gente explora, mas não sabe o que vai encontrar. A gente não procura como se diz "Você não me procuraria se já não tivesse me encontrado". Na pesquisa, então, de certa maneira o resultado já está dado no início. E isso constitui um fraco nível de criatividade. Pois a exploração é também uma atitude interior, consiste em ir em direção aos pacientes e aceitar aprender coisas que eles, sim, sabem (sem mesmo saberem que o sabem), que eles vivem, mas que nós, nós aceitamos aprender a partir deles, escutando-os com o método da associação. Isso é uma atitude

inteiramente essencial, creio eu, para termos determinado tipo de material clínico. Há também outra característica nessas explorações: *não existe prática clínica que não seja uma prática de pesquisa*.

Quando a gente se forma, forma-se em análise de processos psíquicos. A gente aprende o que é recalcamento, aprende o que é clivagem, o que é deslocamento, o que é sexualização, pulsão, a gente aprende então os conceitos com os quais as pessoas vão de certa maneira transformar sua experiência. Porém, quando encontramos um senhor, não encontramos o recalcamento, encontramos um senhor que está em uma estratégia de vida, uma estratégia de pulsão, uma estratégia de terror, e isso não é recalcamento, é a vida dele. E na vida ele utiliza o recalcamento. Isto quer dizer que está certo ter o conceito de recalcamento, mas o que conta é a vida desse cavalheiro ou daquela senhora. E isso é singular. De que maneira ele transformou sua experiência, como sua vida se tramou de maneira particular, isso é algo absolutamente único. Não há dois que sejam iguais. Portanto, a gente faz pesquisa o tempo todo sobre esse sujeito singular, particular. *A prática clínica é uma prática de pesquisa sobre um objeto único*. Não se pode não ter uma atitude de pesquisador porque, mesmo que a gente encontre recalcamento, clivagem ou coisas que são bem conhecidas, o que a gente não sabe é o que esse cavalheiro vai fazer em particular, como ele vai criar alguma coisa que lhe seja própria, como ele vai dar sentido a alguma coisa de sua história; e isso, sua maneira de dar sentido, é seu trabalho de criação própria.

Penso, portanto, que a gente não pode não fazer pesquisa. Toda prática clínica é uma prática de pesquisa. E quando não é uma prática de pesquisa, é uma prática de atribuição. Se eu digo de uma paciente que essa é uma paciente histérica, aí eu a enfiei em um modelo, não encontrei a pessoa, eu nada sei dela e, a partir do momento em que a cataloguei, seguramente perdi a oportunidade e deixei passar alguma coisa. Aí está algo que para nós é um postulado absolutamente essencial, a clínica, é para isso que a gente trabalha com os clínicos, as práticas clínicas são práticas de pesquisa. E o que a gente pode oferecer na universidade não é fazer pesquisa, porque ela já a faz: é ajudá-la *a formalizar sua pesquisa*. Essa é a coisa mal compreendida. O que de maneira geral chamamos de pesquisa é apenas a formalização da pesquisa, e o que chamamos de prática clínica é o lugar da pesquisa. Simplesmente, não é o

lugar de uma pesquisa formalizada. Então, nós, nosso trabalho a partir disso, vai ser o de ajudar na formalização das pesquisas dos clínicos. É pensar também que tudo o que eles descobriram, que puderam inventar em sua prática clínica, é preciso lhes oferecer um lugar para que eles possam vir a empreender uma reflexão, para que possam vir a pensar, formalizar e transmitir.

O problema que a gente vai encontrar em seguida é, portanto, um problema de formalização. O problema de formalização tem dois aspectos. Um primeiro aspecto diz respeito ao método: o material que temos e sobre o qual refletimos, o material clínico, como vamos organizá-lo para que ele seja utilizável? Com que regras metodológicas vamos utilizá-lo?

Há depois uma segunda questão: com que método vamos tentar formalizá-lo? Quando a gente se preocupa com método, diferentes aspectos vão aparecer. O método já é um dispositivo, por exemplo o método psicanalítico consiste em dizer ao paciente "deite-se no divã", o analista se senta atrás e formula aquilo que chamamos de regra fundamental, a regra da associação livre: "diga tudo o que lhe vier à cabeça, assim como lhe venha à cabeça, sem censura, etc". Aí, então, a gente tem o método psicanalítico clássico, a gente define o que vai ser material, são as associações verbais do paciente, e quando a gente faz uma supervisão, as pessoas chegam e dizem "o paciente disse isso, disse aquilo, disse isso, disse aquilo, disse isso, disse aquilo". Elas não dizem "ele disse isso e coçou a cabeça", elas não dizem "ele disse isso [snif-snif] e fungou duas vezes". Elas não dizem "ele disse isso e esfregou o ombro". A gente escuta, mas não vê mais o paciente – e eu diria a postura dele, a mímica, o gestual quando fala. Isso significa que temos uma teoria da associatividade que é inteiramente restrita.

Vocês não podem não compreender todos os problemas que evoquei anteriormente, os problemas cotidianos de clínica. Ou então vocês vão ter uma atitude muito negativa a propósito do material. Quando o adolescente se levanta de sua cadeira, a gente vai dizer que ele passa ao ato, ele foge, ele descarrega... tudo o que é negativo. A gente não inclui o elemento de "motricidade em ato" no interior de uma associatividade. Então vocês compreendem que o primeiro trabalho que se vai fazer a propósito dos métodos, se a gente guarda a ideia da associatividade como método fundamental da psicanálise, e da clínica psicanalítica, é começar a refletir e a pensar um pouco mais sobre

o método e saber se a associatividade é unicamente a associatividade verbal – todos os terapeutas de crianças que estão aqui na sala sabem bem que não é assim. As crianças chegam, pegam um cubo, brincam, ou se levantam, se mexem, vão fazer xixi, voltam. Isto é, existe uma associatividade que é levada em conta nesse momento, então a gente presta atenção quando uma criança sai para fazer pipi e volta, e hoje ela quer desenhar, e desenha alguma coisa, a gente não só escuta o que a criança diz, a gente também olha o que ela faz. A gente se põe a escutar não somente com nossos ouvidos, mas também com nossos olhos, a gente escuta com nosso corpo, a gente escuta com nossa postura, a gente escuta a postura dela com nossa postura.

Vocês têm uma criança autista numa oficina de história, a história é a dos três porquinhos; a casa do segundo porquinho, aquele que fez uma casa de madeira, cai, a criança autista escorrega, e cai. Eu não ouvi nada, ela não disse nada. Ou eu vejo e considero que é uma linguagem que aparece. Nesse momento aí estou diante da questão seguinte, a da necessidade de uma teoria, portanto, do método clínico, da associatividade polimórfica. A expressividade humana são as palavras, as mímicas, o gestual, posturas, emoções, e é tudo isso junto. Então não é simplesmente "estou te escutando", é "eu recebo todos os modos de comunicação que você dirige a mim". Então, vocês veem também as consequências: há pacientes que talvez tenham necessidade de uma expressividade corporal. É porque eles têm necessidade de olhar para vocês, de ver vocês, porque não suportam a ausência, porque têm necessidade de lhes dirigir uma mensagem: "estou no telefone". Quanto a mim, eu sei o que é um telefone, mas eles estão no telefone desse jeito aí. Fazem o gesto, e depois, quando desligam o telefone, quando a conversa ao telefone terminou, eles fazem o gesto de colocar o fone no gancho, não lhes basta se fazer ouvir, eles precisam mostrar alguma coisa.

Portanto, primeira orientação, o trabalho acerca do método, e se a gente quer fazer pesquisa clínica é necessária uma extensão da compreensão do método clínico. Vocês veem, é uma pesquisa imensa. Como é que a gente associa palavras, mímicas, gestuais, posturas, emoções? Como é que a gente associa isso de maneira harmoniosa, de maneira não harmoniosa, e eu conto a vocês coisas horríveis com um ar inteiramente ausente. Eu digo a vocês alguma coisa com minhas palavras, o que lhes digo com minhas palavras

constitui alguma coisa que é um horror, mas com meu rosto eu lhes digo tudo isso que escorrega por baixo. Eu só posso escutar uma parte da mensagem. O material clínico que tenho para explorar é bem a articulação de todas essas maneiras de exprimir a vida psíquica.

Portanto, a pesquisa clínica deverá fazer uma pesquisa sobre o próprio método da pesquisa. O que é que se passa se eu digo ao paciente "deite-se no divã, não estou olhando para você"? O que é que acontece se digo ao paciente "sente-se, vou olhar para você, mas você não se mexa"? E o que é que vai acontecer se lhe digo "faça o que você quiser, e vamos tentar entrar em comunicação desse jeito"? Aí você pode se mexer, pode se esconder, pode ver... Tenho uma paciente *borderline* que fez uma coisa terrível para ela, fez um aborto e o produto do abortamento estava em cima da mesa; os atendentes saíram da sala, ela pegou um bisturi e o cortou em pedacinhos pequenos. Isso é um horror. Ela estava deitada no divã, não podia dizer absolutamente nada sobre isso. Então se levantou, foi até a outra extremidade da sala, se escondeu num canto e, à medida que começou a me contar, ela pôde voltar e, quando a sessão ia terminar, estava novamente deitada no divã. Ora, vejam toda a complexidade dessa cena. É preciso levar em conta todo o espaço do cuidar. Mas se tenho um método que proíbe de se mexer no divã, ela vai ficar deitada, ela não vai conseguir dizer nada e depois vai começar a ter eczemas no corpo, ter umas ziquiziras vermelhas esquisitas pela pele toda porque não conseguiu exprimir alguma coisa que viveu.

Então vocês compreendem a importância dessa questão. Quando olhamos o conjunto da literatura psicanalítica, o método da associação livre é o método fundamental, mas não encontramos nenhuma pesquisa sobre a associação. Há tempos a gente já deveria ter um primeiro modelo da associação livre nas sessões. Um primeiro modelo das características do recalcamento, talvez mesmo um segundo modelo das características da clivagem e um terceiro modelo das características da supressão emocional. E isso existe? Bem, não. Eis aí um problema, a gente utiliza um método fundamental, e não há pesquisa sobre o método.

Segundo exemplo: um grande modelo também é o trabalho a partir do jogo, porque todas as psicoterapias de criança – e sabe Deus que é um território importante – e o psicodrama dos adolescentes comportam o jogo. As

terapias que utilizam intermediações também comportam essa dimensão do jogo com o meio. A gente pode utilizar a ideia do jogo por analogia. Pode-se ter a impressão de que o sujeito com quem a gente conversa está se escondendo, se mostrando, se escondendo, se mostrando, se escondendo, se mostrando – isto é, ele brinca de esconde-esconde. Então, nesse caso aí, não se trata realmente de que ele esteja brincando de esconde-esconde, é por analogia que a gente diz: "isso parece uma brincadeira de esconde-esconde". A gente também não diz que um paciente joga suas palavras, mas ele diz alguma coisa como se colocasse muito longe os pensamentos que tinha, como se expulsasse esses pensamentos, como o jogo que Winnicott faz com a menininha que é o jogo da espátula em que ela joga a espátula, ele entrega a espátula, ela joga a espátula, ele lha entrega.

Então, vocês veem, esse modelo, esse modelo da associatividade, é um modelo de escuta. O modelo do jogo é um modelo não somente de escuta, mas também de interação. Se a gente quiser pensar como as coisas transcorrem na relação de cuidar, o modelo do jogo é interessante. É interessante porque permite passar a um modelo de jogo intersubjetivo muito útil para pensar a clínica não do sujeito, mas do sujeito no encontro clínico. Vocês compreendem bem que conforme a maneira pela qual jogo com o outro, ou que não jogo, vai poder desenvolver-se, ou não, vai poder desenvolver-se todo um material. Então, quando se reflete sobre o método com o qual a gente recolhe dados, a gente não pode refletir como se estivesse com um microscópio estudando um objeto inteiramente estranho, todo o nosso material clínico é material clínico do encontro, com as particularidades do encontro. Portanto, precisamos de uma teoria do encontro clínico, mas também do encontro clínico com um sem-teto, com uma adolescente anoréxica, com um autista, com um sujeito antissocial, porque todo o material que temos acerca dessas problemáticas clínicas depende desse encontro.

Então, vocês começam a ver como a gente vai formalizar. A gente vai formalizar tentando analisar todo o método clínico, a prática clínica à qual a gente se entrega. Não considero que tenha material clínico, olho os pormenores de como o material clínico foi produzido, é isso que eu chamo de uma escuta acerca do que o sujeito dizia. Essa escuta comportava também que eram levados em conta a postura do sujeito, suas mímicas, seu gestual,

minha postura, meu gestual, e que eu podia trazer o material independente do que eu disse e do que eu não disse. Vocês chegam de repente numa supervisão, há alguém que lhes diz: "o paciente disse isso, eu lhe dou três sessões". Ao fim de quatro anos de análise, você tem três sessões, como se as sessões fossem independentes de tudo o que aconteceu anteriormente, de toda a maneira de como o analista interveio, não interveio, se o clínico compreendeu ou não compreendeu. Ora, a gente sabe bem que a maneira pela qual as pessoas trabalham favorece ou não esse tipo de material.

Vou lhes contar uma historieta. Em 1997 Haidée Faimberg, psicanalista francesa vice-presidente de pesquisa em psicanálise na ocasião, disse: "Os psicanalistas do mundo inteiro se conhecem mal, é preciso que a gente lhes ensine a se conhecer, então a gente vai passar em revista diferentes psicanálises de diferentes países". A gente começa pela França, ela seleciona três psicanalistas para falar da psicanálise francesa, André Green, Jean Laplanche, René Roussillon. Quanto a mim, eu estava no papel do mais moço, portanto no papel daquele que estava lá para expor a clínica, aquele que corre os riscos, algo assim. Laplanche desenvolveu estratagemas acerca do conceito psicanalítico de *a posteriori*, inventou o termo *afterwordness*. Green diz: bem, vou trabalhar acerca da concepção do tempo "éclaté" e, quanto a mim, eu tinha material clínico.

Quando me pediram que interviesse, peguei o material da primeira paciente que iria atender no dia seguinte. Então escuto minha paciente e observo tudo, tudo, tudo, tudo, muito bem. A gente não pode observar tudo, mas observo tudo o que posso. Esta paciente relata um sonho e nele seu marido estava com uma mulher que se chamava Dominique. Disse ter acordado muito, muito furiosa com seu marido. E então me disse, mas isso, em português, eu não sei como vai soar: "Dominique, nique, nique". Em francês, *niquer* quer dizer transar. Essa é a canção de uma freirinha que cantava "Dominique nique, nique" e se chamava "Irmã Sorriso". Então eu contei esse material e o trabalho que fiz com ele.

Os ingleses caíram de pau. E disseram "mas vocês, franceses, a gente não sabe como vocês fazem, vocês sempre têm alguma coisa sexual nos seus tratamentos". E eu retruquei: "E vocês, não?". Eles me respondem: "De fato, muito raramente". E a gente então discute, e o que aparece na discussão é

que, com a técnica kleiniana, que consiste em referir tudo o que acontece ao que se passa entre analista e paciente, se você traz material sexual, isso vai ser imediatamente referido à relação com o analista. Portanto, o material sexual é deixado de lado por eles porque seria literalmente considerado como uma provocação sexual do analista. Na França, onde não há a prática de referir o tempo todo o que se diz à relação com o analista, os pacientes podem falar de sua sexualidade, porque não se vai dizer à paciente "René, *nique*, *nique*".

Portanto, o método de interpretação intervém sobre o material que se desenvolve ou que não se desenvolve, não se pode eliminar isso da pesquisa e, é claro, determinados métodos autorizam certos tipos de materiais, outros métodos não o autorizam. Há um princípio que a gente pode formular e que foi formulado por um psicanalista antropólogo que se chama George Devereux. O que Devereux diz é "o observado observa o observador". O que quer dizer que o analisando analisa o analista. Em outras palavras, os pacientes regulam o que dizem sobre a análise de acordo com a maneira pela qual intervimos.

Dois exemplos: um primeiro, absolutamente inimaginável. Depois da Segunda Guerra Mundial, uma multidão de pessoas que eram judias entraram em análise e, no início, falaram um pouco da *Shoah*. Como os analistas não diziam nada da *Shoah*, elas pararam de falar da *Shoah* e fizeram suas análises mantendo fora da análise toda uma parte de suas vidas. Em 1985, no Congresso de Berlim, houve algo que se produziu sob a pressão de uma judia que se chamava Janine Chasseguet, que era então vice-presidente da IPA; ela disse: "Vocês sabem, é terrível o que aconteceu nos campos de concentração". Isso teve grandes consequências sobre as pessoas que estavam presentes, consequências de ordem psicológica, e especialmente sobre os filhos de pessoas que tinham estado lá [nos campos de concentração]. Enfim alguém dizia alguma coisa evidente, mas na época era "tudo fantasia". As projeções do sujeito, a castração, a cena primária, mas com a *Shoah* ninguém sabia o que fazer. Em 1985, em Lyon, e um pouco em toda parte, a gente fazia os primeiros trabalhos sobre o trauma. Então, o que foi que aconteceu? Houve uma multidão de judeus que voltaram ao divã e que se puseram a falar daquilo que tinham deixado de lado em sua primeira análise.

Então vocês compreendem bem que quando se pretende fazer pesquisa clínica é preciso incluir a escuta do clínico. Vocês compreendem por que é complicada a pesquisa clínica. Quando vocês olham as bactérias ao microscópio, descrevem o microscópio, é sempre o mesmo. O nosso microscópio muda com o passar do tempo e conforme os clínicos, aqueles que são especializados no sexual, especializados na função alfa, enfim... Vocês compreendem por que eu dizia ainda agora: se a gente é freudiano, a gente é mais psicanalista; se a gente é kleiniano, a gente é mais psicanalista; se a gente é lacaniano, a gente é mais psicanalista. É como se tivéssemos um microscópio que está pronto para olhar, para ver tudo o que está lá para ser visto. E também para escutar.

Vou lhes contar uma outra historieta. Vejo chegar um senhor, idoso, e fico sabendo que ele tem um histórico de quarenta anos de análise. Ele veio me ver dizendo que sou sua derradeira oportunidade, pois acaba de constatar que o sintoma pelo qual tinha começado todas as suas análises, quarenta anos de psicanálise, não tinha absolutamente se mexido durante todo esse tempo. Então digo a esse senhor: "Bom, eu quero tentar". E a gente tenta. Ele começa me dizendo que era inventor e que seu trabalho era inventar sistemas para manter tubos ligados. Um tubo aqui, um tubo lá; como a gente faz para mantê-los juntos? Ele explica como habitualmente se faz e em seguida me explica que isso vale determinado preço na SNCF[2], entre os encanadores, etc. Todas as vezes que é preciso juntar um tubo com outro, isso custa tal preço.

Eu me pergunto por que ele está me contando tudo isso. E me digo: se estivesse falando da *Shoah*, eu compreendia, mas os tubos com *cerflex*, o que é que a gente faz com isso no plano psicanalítico? Especialmente porque depois ele me explica que tinha tido uma ideia. Ele tinha comprado tal máquina na Alemanha, tinha comprado tal tipo de material na China, ia fazer trabalhar o material vindo da China numa fábrica que se encontra na Alsácia... e me conta que essa fábrica torcia os fios de tal maneira e ele tinha diversos fios um ao lado do outro, e como, com esse material, encontrou um meio novo de prender dois tubos juntos, fazendo com que

[2] Société nationale des chemins de fer français – empresa pública francesa que trabalha com transportes ferroviários (N. do T.)

ficassem seis vezes menos pesados do que o sistema existente e que vai custar quatro vezes menos.

Nesse ponto começo a compreender por que ele fez quarenta anos de análise. Porque o que é que a gente faz com isso num plano psicanalítico? É uma questão de escuta. Ele explica que seu primeiro psicanalista lhe dissera que há um tubo pai, um tubo mãe e que ele queria juntar o tubo pai e o tubo mãe. Outro psicanalista lhe disse: o senhor tem medo de que lhe cortem seu tubo, portanto é preciso prendê-lo com muita força. E isso não mudou nada. Felizmente, aliás, porque ele inventou, fez fortuna inventando objetos extraordinários. Então, tratei de calar a boca, fiquei em silêncio. Eu o escutei e me disse: mas o que é isso que ele está me contando, está falando de quê? Então eu disse: a máquina lá, na Alemanha, por que o senhor vai à Alemanha?

E falamos da Alemanha e da recuperação, da "recup", como ele dizia. Ele chama assim o trabalho de recuperar máquinas que não servem mais para nada. E compreendi que ele era especialista em *recup*. A vida inteira ele tinha procurado recuperar coisas que não serviam para nada para fazer delas coisas que serviam para alguma coisa. E me dei conta de que ele era especializado num tipo de jogo particular, o jogo de *recup*. Em seguida me interessei em saber por que esse material vinha da China e por que se torcia desse jeito o material; fiquei sabendo que, quando se torcia o material que vinha lá de longe, ele suportava muito mais pressão com um diâmetro bem menor. (Espero que isso não os esteja chateando demais). Mas é bem isso, porque vocês veem um pouco de que se tratava... com que jogo a gente se defrontava.

Passados seis meses eu havia compreendido que ele tinha um ambiente primeiro rígido: "é desse jeito, não de outro". Um pai que dizia "é preciso", e quando tinha dito "é preciso" não se podia mudar nada. Ele vivia num ambiente que não se transformava. E a jogada fundamental de sua vida, para poder tornar-se criativo, foi como seria possível recuperar-se na *recup*, como a gente pode se recuperar de um ambiente como esse, rígido, mas que de qualquer modo o tinha ajudado a se manter; como recuperar um material assim para chegar a torná-lo mais maleável? De que maneira seria possível tornar esse ambiente menos pesado? E comecei então a compreender por que ele me falava de suas invenções. Então abri meu ouvido a um sentido possível desse material, porque eu tinha compreendido que os analistas anteriores tinham,

de saída, chapado um sentido pronto acerca desses tubos que se cortam, etc... sem escutá-lo. Pois escutavam a teoria, a cena primária, a castração, e a partir de tudo isso os anos de análise tinham-se sucedido e nada essencial e substancial tinha acontecido.

Então vocês veem que a pesquisa é também como o material tinha sido escutado e que hipóteses havia, que modelos estavam subjacentes à escuta. Então, agora que já falamos da questão do método, preciso falar da questão dos modelos, que é também uma questão bastante fundamental.

Portanto, a gente formaliza uma pesquisa, descreve o método e os modelos. E a gente pode enfrentar uma escolha do modelo, que modelo vou escolher? E qual o valor do modelo que escolho? Isso pressupõe que os modelos sejam avaliados. Não há nenhuma avaliação dos modelos em psicanálise. Voltamos à questão que eu evocava ainda agora: será que o modelo lacaniano funciona? Será que o modelo kleiniano funciona? Será que o modelo freudiano funciona? O que é que funciona no modelo kleiniano? O que é que funciona no modelo freudiano? Vocês compreendem que estamos numa situação em que transmitimos modelos; esses modelos não são necessariamente compatíveis entre si, mas coexistem e não são avaliados nunca. Isso coloca problemas quando você quer fazer pesquisa e a formalização da pesquisa. Se pudéssemos ter pesquisas que dizem, por exemplo, para trabalhar problemáticas de autismo, então os modelos kleinianos são os melhores, poderíamos eventualmente dizer: busco tal metodologia com tal modelo porque tenho a avaliação de que esse modelo é o melhor. Mas não é assim que as coisas se passam. Os kleinianos utilizam modelos kleinianos, os freudianos utilizam modelos freudianos, os lacanianos utilizam modelos lacanianos. Sem que os modelos tenham sido avaliados.

Então nós, na nossa clínica em Lyon, onde não somos kleinianos, nem freudianos, nem lacanianos, bionianos, nem nada disso, mas conhecemos os modelos de qualquer maneira porque somos universitários bem formados, tentamos aquele que funcione melhor e tentamos fazer uma avaliação pelo fato de que o modelo dá inteligibilidade e não dá inteligibilidade. O modelo produz mudanças na prática ou não produz mudanças na prática. Há um pequeno diálogo assim, muito interessante, que vocês têm no livro de Marion Milner que, em francês, se chama *La folie refoulée des gens normaux* [*A loucura*

suprimida do homem são]. Num dos artigos, ela conta (é um artigo escrito em homenagem a Mélanie Klein) o tratamento de uma criança que foi supervisionado por Mélanie Klein.

Era um garoto terrível. Ele põe fogo nas coisas durante as sessões, pega os soldadinhos de chumbo e os derrete, pega os desenhos e põe fogo neles – e Marion Milner não sabe o que fazer. Então ela fala sobre isso regularmente com Mélanie Klein e esta lhe diz: "Interprete a destrutividade desse garoto". Marion Milner, que estava em formação, interpreta a destrutividade do garoto, e o garoto continua. E Mélanie Klein lhe diz: "repita a interpretação". E a interpretação... e o garoto continua. Além disso, ele se torna tirânico. Então Mélanie Klein lhe diz: "Interprete a destrutividade e a tirania do garoto". E isso segue desse jeito durante dois anos. Um dia, ela encontra Winnicott. Ela lhe diz: "Caramba, estou com um garoto e não sei o que fazer". Winnicott diz simplesmente: "Se você quer integrar um soldado de chumbo, é preciso fundi-lo". Ele poderia ter dito: "Se você quer digerir uma maçã, é preciso mastigá-la", isto é: ele não teria interpretado a vontade de morder, mas a inviabilidade de morder e mastigar para digerir, sendo o objetivo digerir. Então Marion Milner diz: "Essa é uma ideia". Ela ainda não tinha tentado isso.

E então ela tenta, vai às sessões com isso na cabeça e diz uma coisinha assim ao garoto que continuava a pôr fogo. E o garoto para, para de pôr fogo, para de ser tirânico. Então depois é interessante, mas Marion Milner conta tudo isso, e volta a ver Mélanie Klein. Esta lhe diz: "é uma ideia muito, muito boa, mas você deveria ter interpretado mais a destrutividade". Assim, vocês veem, de qualquer maneira isso é alguma coisa muito interessante. Se Mélanie Klein tivesse podido não ser kleiniana, penso que ela teria compreendido alguma coisa desse tratamento. Talvez tivéssemos podido ter o exemplo complementar e inverso com um tratamento supervisionado por Winnicott com uma pequena frase de Mélanie Klein. O que quero dizer é que aí a gente tem a avaliação de um modelo. O modelo centrado na interpretação sistemática da destrutividade não funciona. O modelo que inclui a destrutividade no processo de integração funciona. A avaliação pela clínica: o que é que funciona, o que é que não funciona.

Tenho então uma oportunidade extraordinária, é que tenho em vinte anos sete a oito seminários centrados em tratamentos psicanalíticos que

não funcionam. Portanto, trabalhamos quase duzentos, duzentos e cinquenta tratamentos nesses vinte anos. A gente trabalha três dias a cada mês. E a gente trabalha com um protocolo do qual não vou lhes falar, porque isso nos tomaria tempo demais, mas é um protoloco em que tomamos o tratamento tal como ele é, e tentamos compreender por que é um fracasso. São analistas bem formados, todos, impecáveis, portanto, a única coisa que é problema é, de algum modo, seu modelo de compreensão daquilo que se passa.

A gente se deu conta de que determinados modelos de compreensão não combinam absolutamente com determinados tipos de situações. E o meu trabalho é tentar encontrar que modelo corresponderia a tal paciente. Trata-se de pequenos grupos de sete pessoas, e passamos duas horas, quatro horas, seis horas, oito horas se for preciso para discutir o fracasso, mas não oito horas seguidas – duas horas, um mês depois outras duas horas, um mês mais tarde duas horas, enquanto o tratamento não tenha ficado desbloqueado. Aí a gente tem quase 100% de tratamentos desbloqueados. Algumas vezes isso levou tempo, mas quando há o desbloqueio, a gente tenta compreender o que possibilitou isso. A gente tenta compreender o que estava emperrando as escutas e quais os modelos implícitos que estavam inadequados.

Tentamos compreender também quais são as soluções para os modelos que tornem possível a evolução. E vocês veem que a gente começa a ter um sistema de avaliação dos modelos pelo resultado. Os grupos são formados de tal maneira que há pessoas que são de todos os universos. Não se trata de grupos de freudianos, de kleinianos, do que quer que seja: são analistas. E a gente tenta modelos. *A grosso modo*, a gente diz: bem, então o que é que Bion teria dito, o que é que Lacan teria dito, o que é que Freud teria dito, mas o essencial é sentir se tal tipo de intervenção funciona ou não funciona. Eventualmente a gente experimenta os modelos. E a gente vê no que dá. São seminários de exploração-pesquisa em psicanálise acerca de tratamentos que não funcionam: sobre tratamentos que não funcionam, tentar balizar o modelo que trava e tentar propor outro modelo que poderia permitir uma evolução, é interessante na avaliação dos modelos.

O meu livro *Agonia, clivagem e simbolização* é fruto desse trabalho. Ao cabo de seis anos de trabalho tentei tirar a lição disso que tínhamos aprendido.

Também no livro sobre a reflexividade, *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, e naquele sobre o jogo e o interjogo, *Le jeu et l'entre-je(u)*, tento formalizar de algum modo a pesquisa que se baseia nesses seminários e que propõe agora determinado número de modelos alternativos. Posso agora avançar que todas as vezes que a gente tenta pensar um assunto sem pensar a reação do ambiente e de seus movimentos a gente se engana. E todas as vezes que a gente toma o que esse sujeito diz de seu ambiente como simples projeção de sua parte a gente se engana. O jogo e o interjogo tentam precisar isso: se a gente não leva em conta o que se passa entre dois sujeitos, todos os modelos são falsos. Ou são aproximativos.

Vou lhes apresentar ainda uma coisinha, e em seguida a gente passa à discussão. Tudo o que acabo de lhes dizer desemboca na ideia de que é preciso fazer uma clínica dos dispositivos. Isto é, tentar compreender de que maneira um dispositivo possibilita alguma coisa e impede outra. Uma clínica das técnicas, de que modo um tipo de interpretação possibilita uma coisa e impede outra. E uma clínica da teoria é saber de que modo um modelo tem um grau de pertinência assim como tem graus de impertinência. E com tudo isso somos conduzidos ao que é também completamente essencial no que eu dizia, isto é, não ser freudiano, kleiniano, lacaniano, ou o que quer que seja, mas sim utilizar aquilo que Freud, Klein, Bion trouxeram para fazer uma psicanálise que utilize tudo o que há de bom. Então, isso quer dizer que de certa maneira é preciso fazer uma operação totalmente fundamental em pesquisa clínica, é uma operação de assassinato do fetichismo da teoria.

Estamos numa situação inteiramente estranha. Freud morreu em 1939 e, na França, a gente continua a estar numa posição tipo "Freud disse". Na Inglaterra a gente continua a estar numa posição tipo "Mélanie Klein, Bion disse". Ou então "Winnicott disse". Então tomemos um exemplo: em 1974, Anzieu propõe o conceito do Eu-Pele. Todo mundo: ah, que coisa formidável. Pelo menos na França. E não só na França, uma vez que a IPA lhe dá o prêmio Sigournet, dizendo verdadeiramente que é uma contribuição fundamental. Em seguida, no prolongamento, ele descreve o que chama de significantes formais. São modos de representação de transformação, sem objeto, sem sujeito, que vamos encontrar em especial nas problemáticas narcísicas. E que se

apresentam da seguinte maneira: um corpo se afasta e volta, uma superfície plana desaba, não há ação, enfim há uma ação, mas não há contexto. Não há sujeito, não há objeto.

Piera Aulagnier, por seu lado, descreveu o que ela chama de pictogramas em 1976. Então 74-76, estamos em 2013, há pessoas que utilizam o conceito de Anzieu, há pessoas que utilizam o conceito de Piera Aulagnier, nenhuma contribuição nova sobre conceitos como esses. Freud, o recalcamento, Freud, a clivagem, Mélanie Klein, a identificação projetiva, Anzieu, os significantes formais. Se vocês pensarem que há 40 anos temos o conceito do significante formal, talvez a gente pudesse completá-lo um pouco. E então o problema principal, esse é um grande problema. É como se gerações inteiras de clínicos utilizassem conceitos que estavam disponíveis, mas sem os fazer trabalhar. Sem procurar desenvolvê-los. Então precisamos de uma pesquisa conceitual que se refira a esses conceitos e tente desenvolver o que a gente pode fazer disso agora.

Vocês compreendem o que estou tentando dizer, se quisermos desenvolver pesquisas clínicas: procuro refletir bastante acerca de por que a pesquisa clínica não se desenvolveu mais, e digo que a pesquisa clínica não se desenvolveu mais porque a metodologia não foi suficientemente trabalhada. A gente não fez variar suficientemente os dispositivos. Utilizamos os conceitos de maneira fetichizada e seu derradeiro elemento foi, vou terminar nesse ponto, que houve toda uma tendência a refletir em termos de indicação, de indicação psicanalítica. Este é um bom caso para a psicanálise, este não é um caso bom para a psicanálise. Como se houvesse: "A" psicanálise e os bons casos e os maus casos, e menos uma outra atitude que teria consistido em dizer: "Como a gente pode fazer a psicanálise desse tipo de paciente?". E o que a psicanálise desse tipo de paciente pode nos ensinar, de uma maneira geral, sobre a psicanálise?

Então, por exemplo, sobre o autismo. Diz-se que os resultados da psicanálise do autismo são maus. Não é colocada a questão de saber se os resultados da psicanálise do autismo é que são maus ou se o modelo analítico que foi utilizado é que não é o bom, e nós, em Lyon, pegamos jovens clínicos... vocês sabem, a vantagem que a gente tem é que por exemplo no mestrado temos 600 estudantes, e bem 50, 60 quase 100 deles são bons.

Eles entram em todos os terrenos possíveis, ainda não estão deformados por uma formação; portanto, inventam. Eles olham: isso não funcionou, isso funcionou, isso não funcionou, isso funcionou, isso não funcionou. A gente os acompanha e tenta ver como a gente pode ajudar esse processo no caso deles. Pois bem, posso lhes dizer que nos últimos 10 anos, nos últimos 5 anos tenho bem uma dezena de casos bem-sucedidos de autistas, mas que se baseiam em hipóteses inteiramente diferentes das grandes hipóteses clássicas. Isso faz refletir.

O derradeiro ponto que desejo evocar descreve o método que preparamos e ajustamos que consiste em dizer: não tomemos o problema em termos de indicação ou de não indicação, tentemos ajustar, de alguma maneira, o dispositivo. Segundo elemento, não somos nós que temos razão, o paciente é quem tem razão. Porque se o que eu digo não funciona, não é porque ele resiste, porque eu tenho razão e ele resiste, é porque o meu modelo não é bom, é preciso que eu mude. Então o último ponto, com o qual a gente tenta desenvolver as coisas, meu primeiro livro se chama *Paradoxes et situations limites* [*Paradoxos e situações-limite*], é o método das situações limites. A situação-limite, o que é isso? Iniciei um tratamento psicanalítico com um protocolo analítico clássico ou comecei um tratamento de psicoterapia com um protocolo psicoterápico clássico e me dou conta de que nesse tratamento, com esse paciente determinado, estamos o tempo todo no limite da possibilidade da situação, a situação está sempre ameaçada de explodir, uma explosão, e o tempo inteiro é preciso encontrar um meio de restabelecê-la. Propus a ideia de que esses pacientes eram os analisadores do dispositivo, do dispositivo ou da teoria ou dos modelos, e todos esses pacientes que eram ditos pacientes-limites, fora da análise, não bons para análise..., etc., isto é, que eram tratados como casos de rejeição, para nós se tornaram uma felicidade.

E a gente diz: o que é que essas pessoas nos ensinam acerca dos erros de nossos modelos, acerca das fragilidades dos nossos modelos? O que é que nos ensinam sobre os paradoxos do enquadre? O teor do livro acima citado mostra que os pacientes fronteiriços fomentam e põem em evidência toda uma série de paradoxos potenciais do enquadre: esses pacientes nos mostram esses paradoxos. Há modos de funcionamento psíquico que

são analisadores de nossos pontos cegos, de nossos postulados, de nossas teorias. Pois bem, é preciso que nos apoiemos no que esses pacientes nos ensinam para continuarmos a fazer a exploração dos próprios fundamentos de nossa atitude. Então, para terminar, estou seguro de que é com esses pacientes que todos vocês trabalham, porque são esses pacientes que nos impelem à inevitável pesquisa clínica. Essa é a essência do que queria lhes dizer.

Reflexões sobre uma ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise

Julia Verztman & Diane Viana

Percebemos com grande satisfação que a literatura psicanalítica tem se ocupado cada vez mais dos percalços relacionados à articulação entre pesquisa e clínica psicanalítica. Se tomarmos como parâmetro apenas a literatura sobre o assunto produzida recentemente em nosso país[1], notamos um interesse crescente pela sistematização de conceitos que respaldem a prática clínica

[1] Podemos dar como exemplo: Eizirik, C. L. (2006). Psicanálise e pesquisa. In: *Rev Bras Psiquiatr*., 28, 3. São Paulo, p.171-2; Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*., VII, 1. São Paulo: Editora Escuta, p. 75-86; Figueiredo, L. C., Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. In: *Jornal de Psicanálise*, 39, 70. São Paulo: SBPSP, p. 257-278; Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? In: *Ágora*, v. VI, n.1 jan/jun. Rio de Janeiro: PPGTP, p. 115-138; Jung, S. I. *et al*. (2006). História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. In: *Rev Psiquiatr RS*, 28, 3. Porto Alegre: SPRS, p. 298-312; Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. In: *Psico-USF*, v. 8, n. 2. São Paulo, p. 115-123; Mezan, R. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. In: *Jornal de Psicanálise*, 39, 70. São Paulo, p.227-241; Mezêncio, M. S. (2004). Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. In*: Psicologia em Revista*, v. 10, n. 15. Belo Horizonte, p. 104-113; Moura, A. & Nikos, I. (2001). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIII, n. 140/141. São Paulo: Editora Escuta, p. 69-76; Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. In: *Psicologia USP*, 15, ½. São Paulo, p. 83-106.

em situação de pesquisa. É notório que Freud (1923 [1922]/1996) sempre reiterou a indissociabilidade entre tratamento e pesquisa, entretanto temos que reconhecer que o que se concebe atualmente como pesquisa sofreu uma grande transformação desde a morte do pai da psicanálise. O modelo de pesquisa quantitativa se tornou um paradigma forçado do que se configura como atividade investigativa. A hegemonia deste modelo, extremamente difícil (talvez impossível) de ser conjugado com a pesquisa psicanalítica, faz com que os psicanalistas se engajem na busca de novos modelos de pesquisa mais afins a seu objeto e seu modo de trabalhar.

O presente artigo visa contribuir para a direção apontada acima. Em artigos anteriores (Verztman, Pinheiro, Saceanu & Viana, 2006; Verztman, 2013) descrevemos uma ferramenta metodológica que veio a ser cunhada de *Estudo Psicanalítico de Casos Clínicos Múltiplos*, utilizada em duas pesquisas. Nosso objetivo no atual escrito é trazer uma reflexão sobre certos elementos deste método, sobre alguns problemas surgidos do seu emprego e sobre algumas vicissitudes da clínica psicanalítica em ambiente universitário. Ao final, proporemos um breve roteiro de questões a serem respondidas pelos pesquisadores que se interessarem por investigações semelhantes às aqui descritas. O NEPECC (Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade)[2] realiza suas atividades desde 2002, a partir de um acordo entre o Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica e o Instituto de Psiquiatria – ambos da UFRJ, sob a coordenação de Teresa Pinheiro, Regina Herzog e Julio Verztman. O início das atividades desse grupo de pesquisa se deu a partir da linha de pesquisa teórico-clínica intitulada "Patologias narcísicas e doenças auto-imunes" realizada no período de 2002 a 2007, através de um acordo entre o Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ, o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) e o setor de saúde mental do ambulatório de colagenoses do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF – UFRJ). O objeto desta investigação centrou-se em um estudo comparativo entre pacientes portadoras de lúpus eritematoso sistêmico (LES) e

[2] Para uma visada mais ampla sobre a produção deste grupo de pesquisa: Verztman, J. S., Herzog, R. & Pinheiro, T., Ferreira, F. P. (Orgs.). (2012). *Sofrimentos narcísicos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. v. 1. 321p.

pacientes melancólicas, a partir do tratamento psicanalítico dispensado a ambos os grupos de sujeitos da pesquisa. Dados preliminares nos conduziram à hipótese de que as pacientes lúpicas apresentavam características em comum com o modelo narcísico que vínhamos pesquisando anteriormente, cujo principal paradigma seria a melancolia. A partir disso propusemos um estudo comparativo, a fim de confirmar ou não a aproximação entre nossas propostas acerca da melancolia ou das patologias narcísicas e a história de alguns pacientes portadores de LES[3].

Este estudo marcou o ponto de partida de uma empreitada original de pesquisa psicanalítica no âmbito da universidade, que conduziu o referido grupo para a construção de uma metodologia de pesquisa que proporcionasse, ao mesmo tempo, a sistematização necessária tanto no que tange ao ambiente universitário quanto no que diz respeito ao método clínico psicanalítico. Foi assim que chegamos à construção do *estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos* (Verztman, 2013). Subsequentemente seguiu-se uma investigação sobre o tratamento psicanalítico oferecido a sujeitos caracterizados como tímidos que apresentavam o diagnóstico psiquiátrico de fobia social.

Neste contexto discutiremos a relação entre psicanálise, pesquisa e clínica – e, sobretudo, os possíveis efeitos dessa inter-relação sobre o método e sobre o tratamento. Vale ressaltar que, simultaneamente às questões clínicas e conceituais, o NEPECC vem se deparando com a necessidade permanente de repensar sua metodologia de trabalho e formular propostas para os impasses e peculiaridades que esta atividade impõe aos seus pesquisadores[4].

---

[3] Uma apresentação mais detalhada da delimitação de nossa proposta e de nosso problema de pesquisa encontra-se em: Pinheiro, T. & Verztman, J. (2003). As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. In: Pinheiro, T. (Org.). *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 77-104.

[4] Sobre as discussões já publicadas pelo NEPECC sobre metodologia de pesquisa, consultar: Verztman, J.; Pinheiro, T.; Saceanu, P. & Viana, D. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: discussão da metodologia de pesquisa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano IX, n. 4, São Paulo: Editora Escuta, p. 647-667; Verztman, J. (2013). Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. In: Ana Maria Nicolaci da Costa e Daniela Romão Dias (Orgs.). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. 1 ed. Rio de Janeiro: Loyola, p. 67-92.

A prática clínica em situação de pesquisa

A proposta de atendimento psicanalítico em situação de pesquisa traz uma série de questões para o que convencionalmente concebemos como a clínica psicanalítica. Gostaríamos de discutir a especificidade desta prática, visando delimitar que tipo de implicações este contexto universitário coloca para a construção do dispositivo clínico.

O dispositivo clínico nessa circunstância engloba desde a sistematização da pesquisa, com seus procedimentos metodológicos, até o método mais amplo que orienta a prática, em nosso caso o método psicanalítico. O alargamento da concepção de dispositivo vai ser fundamental para o estabelecimento do enquadre clínico, o que terá repercussões no tratamento dos sujeitos atendidos/pesquisados e na construção de seus dados, em função das especificidades deste tipo de *setting*. Estas dimensões devem ser simultânea e cuidadosamente analisadas para garantir que tanto o tratamento oferecido quanto a situação de pesquisa se desenvolvam, sem o prejuízo de qualquer uma delas sobre a outra.

Parece-nos instigante a observação de Roussillon acerca da inter-relação entre método e objeto: "o método constrói seu objeto e este é específico, mas o próprio objeto tem um efeito sobre método: ele o transforma" (2012, p. 214). Há, portanto, mútuas ressonâncias entre nosso método de exploração clínica e o objeto ao qual ele se dedica. Assim nos perguntamos: de que modo esse dispositivo interfere no tratamento dos sujeitos atendidos pela pesquisa? Quais são as especificidades da relação entre esses sujeitos e tal dispositivo – e, nesse caso, o que ressoa tanto na metodologia de pesquisa quanto no método clínico de escuta?

São esses questionamentos que orientam as reflexões no âmbito deste trabalho. Partiremos de pontos cruciais da pesquisa já explanados em artigos publicados (Verztman, 2013; Verztman *et al.*, 2006) para levantarmos questões ainda não respondidas e que servirão de analisadores de nossa empreitada.

Estabelecer um perfil clínico é necessário para a pesquisa?

O primeiro ponto que merece ser discutido é a necessidade de estabelecer o perfil clínico dos sujeitos que constituirão nosso objeto de estudo. Nas duas investigações mencionadas, devido a seus objetivos, foram estabelecidas

algumas características necessárias para que um determinado sujeito fosse, em cada uma delas, incluído. Na primeira pesquisa, criamos o que chamamos de duas subamostras. Uma constituída de pacientes portadoras de LES com demanda de tratamento psicanalítico e outra constituída de sujeitos melancólicos. Na segunda pesquisa nossa amostra caracterizou-se por sujeitos que se queixavam de timidez e apresentavam diagnóstico psiquiátrico de fobia social. Queremos assinalar que, mesmo no caso de haver vagas disponíveis, desde o início a equipe escolhia seus futuros analisantes em função de seus objetivos, o que excluía muitas outras situações clínicas, mesmo que a indicação e a demanda pela psicanálise fossem pertinentes. A palavra amostra nesse contexto merece um comentário adicional. Utilizamos esta expressão bastante usual em âmbito universitário, com um significado particular. Na falta de outro vocábulo, amostra para nossa equipe significa o conjunto do material a que tivemos acesso. Ela não é um resumo, ou o modo condensado de um acontecimento que ocorre fora dela. Ela inclui os dados trabalhados e não trabalhados pelos pesquisadores e delimita certo terreno para a produção de saber.

Este é o primeiro aspecto da especificidade da situação de pesquisa em relação ao funcionamento habitual do psicanalista. Este trabalha a partir de uma demanda do sujeito que busca análise, requisito fundamental para o desenvolvimento do tratamento. Em pesquisas, como foram as nossas, a demanda do sujeito é importante, mas não suficiente; é necessário também que o sujeito apresente as características definidas pelo referido perfil clínico previamente determinado. Devemos aqui fazer uma pequena observação. Entendemos por perfil clínico o recorte produzido pelo entrecruzamento entre o objetivo do investigador, sua metodologia e sua referência teórica. Não é necessário que este recorte tenha como eixo central traços relacionados a diagnósticos ou organizações subjetivas específicas, como ocorreu em nossas duas investigações. Mesmo quando o perfil é amplo o suficiente para conter a clínica provinda da demanda espontânea que acorre a uma equipe de pesquisa, num determinado período, se há um projeto prévio, este necessariamente produziu um recorte relacionado ao objetivo da pesquisa.

Sobre isso cabem algumas considerações. Ao partirmos da psicanálise como referência teórico-clínica devemos considerar o efeito *a posteriori* do material clínico que emerge nos atendimentos. Isso nos coloca de saída uma

questão: o que seria o perfil clínico definido pela pesquisa em relação aos sujeitos a serem pesquisados? Se por um lado precisamos definir esses marcadores a fim de estabelecermos uma situação de pesquisa na universidade, por outro não podemos perder de vista a relatividade e indeterminação que estes marcadores de perfil adquirem quando se trata de uma pesquisa psicanalítica.

O estabelecimento de perfil clínico é, portanto, apenas o ponto de partida deste tipo de pesquisa psicanalítica. Jamais seu ponto de chegada. Ele facilita a constituição do material, principalmente quando nos propomos a trabalhar sincronicamente com muitos casos. Esta estratégia é relevante para pesquisadores que se dedicam a estudos comparativos de modelos de subjetividade (Verztman, 2013). Deste modo, o estabelecimento prévio de um perfil pode ser o desdobramento da prática clínica, já que pesquisa e tratamento estão articulados para a psicanálise. Para Freud (1923 [1922]/1996) a experiência clínica é fonte primordial do conhecimento psicanalítico, origem de toda pesquisa. A psicanálise é ao mesmo tempo um método de investigação, um método de cura e um método de produção de teoria/conhecimento. Sendo assim, a clínica é o *lócus* de produção do saber psicanalítico e de avaliação da consistência de seus conceitos.

Ainda segundo Freud, os conceitos psicanalíticos devem estar sempre relacionados aos seus respectivos achados. Nesse sentido, certo grau de suspensão teórica é bem-vinda para a emergência do acontecimento clínico. Partimos das categorias clínicas para definir o "perfil" que desejamos investigar, contudo estamos certos de que mudanças ao longo do tratamento muitas vezes desconstroem esse perfil inicialmente circunscrito e podemos "reinformar" a teoria e produzir novos conhecimentos. Assim, a desconstrução do perfil se torna um dos nossos intuitos fundamentais.

Como receber pacientes em situação de pesquisa?

A forma de receber pacientes também comporta uma matização peculiar. Através de uma ou mais entrevistas, as quais denominamos em trabalhos anteriores de *triagem*, se opera uma seleção daqueles sujeitos que correspondem clinicamente aos propósitos da pesquisa. No caso de o paciente começar a ser

atendido, o cuidado em reduzir o impacto da situação de pesquisa e da avaliação de inclusão sobre o tratamento é considerado a partir do encaminhamento do paciente a outro analista da equipe, distinto dos coordenadores que realizam a entrevista inicial. Cabe aqui uma observação acerca da expressão *entrevista de triagem*. Embora tenhamos recorrido a ela em outros trabalhos, percebemos que ela merece certo grau de correção, uma vez que a escuta operante nas entrevistas inicias segue os princípios do acolhimento e da recepção, norteadores da atual política de saúde mental[5]. A equipe se sente também responsável pelo cuidado com aqueles sujeitos que não são incluídos na investigação, imbuindo-se da tarefa de pensar um possível encaminhamento. Trabalhamos articulados com a rede de saúde, participando do fluxo de recepção e encaminhamento de casos. Vimos nessa articulação também uma forma de reduzir o possível efeito negativo de não ter sido abarcado pela pesquisa.

Como manejar problemas quanto ao tempo de duração do tratamento?

Outro desdobramento refere-se à necessidade de limitar o tempo de duração da pesquisa em função dos prazos da(s) agência(s) de fomento, dos protocolos da universidade, da disponibilidade de atendimento dos profissionais (muitas vezes alunos de pós-graduação), da necessidade de estabelecer critérios de desligamento do paciente e da possibilidade de afastamento do profissional que exerce o atendimento. O tempo de tratamento pode exceder o tempo de duração da pesquisa e esta é uma questão que pode perpassar a nossa intenção inicial, constituindo um fator com efeitos clínicos, sobre os quais estamos em processo de análise. É importante frisar que uma equipe de pesquisa clínica em psicanálise deve estar preparada para se responsabilizar pela condução do caso ou por seu encaminhamento adequado quando este não for mais possível

[5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; Cadernos IPUB: *A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental*. Vol. VI. n. 17, 2000.

de ser sustentado diretamente. Se uma investigação tem por objeto o atendimento psicanalítico, é um imperativo ético que as necessidades deste não sejam menosprezadas em detrimento de qualquer fator ligado à pesquisa. Assim, criamos um dispositivo clínico para avaliar a continuidade do tratamento a cada dois anos e envolver os sujeitos da pesquisa nessa apreciação. Estamos começando a sistematizar os impactos que isto pode trazer para a trajetória analítica. Acrescentamos que, até o momento, ainda atendemos a inúmeros pacientes de pesquisas anteriores, por períodos que já ultrapassam seis anos.

Considerações éticas: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Um assunto pouco discutido na literatura psicanalítica brasileira diz respeito à necessidade da pesquisa psicanalítica se adequar à resolução 466/2012 do conselho nacional de saúde[6], a qual dispõe sobre os critérios éticos para qualquer pesquisa com seres humanos. Recentemente, percebemos o início de um movimento, não protagonizado especialmente por psicanalistas, mas principalmente por pesquisadores da área de ciências humanas, questionando vários destes critérios criados para construir procedimentos éticos de pesquisa na área da saúde. A própria "plataforma Brasil"[7] – instrumento obrigatório para que um pesquisador submeta seu projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e possa ter este aprovado – é criticada por ser excessivamente guiada por valores originados dentro de uma *démarche* quantitativa ou epidemiológica. No âmbito do presente artigo seria leviano entrar em um debate tão complexo.

Para nós, psicanalistas, um aspecto crucial desse novo contexto é a exigência da assinatura por parte de nossos pacientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na plataforma Brasil há um espaço para que o pesquisador possa solicitar a dispensa deste instrumento legal, mas

---

[6] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466 versão 2012. [Online: acesso em 04 de abril de 2014]. Disponível: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

[7] Plataforma Brasil. [Online: acesso em 20 jan2014]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>.

sua justificativa para tal deve ser suficientemente convincente e a medida se aplica a situações bastante restritas. O TCLE deve ser elaborado numa linguagem amplamente compreensível, conter as informações mais relevantes sobre a investigação, descrever os riscos do procedimento, além de outros aspectos. Assim, a presença de um termo de compromisso a ser assinado pelo paciente marca uma das peculiaridades desta clínica. Algumas questões são colocadas: este instrumento é um empecilho intransponível para a pesquisa psicanalítica? As informações contidas no TCLE, tais como, por exemplo, a avaliação de riscos e benefícios, oferecem conteúdos intrusivos aos nossos pacientes? O processo analítico apresentará impasses incontornáveis caso o paciente se saiba participante de uma pesquisa? Idem caso ele tome conhecimento dos objetivos e da metodologia da pesquisa? Conteúdos paranoides tomarão artificialmente a frente da cena caso ele saiba que aspectos seus e de seu tratamento poderão ser objeto de material transmissível ou publicável?

Não possuímos estas respostas, já que, respeitando a especificidade de nossa prática, elas só podem ser construídas no *a posteriori* da clínica singular de cada um. Podemos, entretanto, dar nosso testemunho acerca do enfrentamento cotidiano desta situação delicada. Curiosamente, a assinatura do TCLE por mais de 20 pacientes atendidos pelo NEPECC desde 2002 ainda não repercutiu negativamente para os mesmos durante as sessões posteriores. O TCLE, até o presente momento, não se constituiu num empecilho para nenhum tratamento. Sabemos, contudo, que este pode se tornar um fator atravessador da relação transferencial, necessitando de cuidadoso manejo clínico. Isto, entretanto, é próprio da situação analítica. Seus impasses são o seu motor, como demonstra Freud (1912), desde, pelo menos, seus escritos técnicos.

Efeitos da situação de pesquisa para a relação transferencial

Percebemos cada vez mais a relevância de observar os possíveis efeitos desse tipo de intervenção, tanto em função da escolha de um perfil específico para o tratamento dos pacientes pesquisados, quanto em função de os pacientes serem sabedores de que são objeto de intervenção de uma equipe de pesquisa.

Haveria alguma ressonância entre estes fatores e a relação transferencial? Haveria algum efeito particular do *fator pesquisa* sobre o perfil de sujeito pesquisado (em nossas investigações, sujeitos com sofrimento narcísico)?

Quanto à primeira indagação observamos três tipos de efeito: alguns pacientes apresentaram um vínculo transferencial mais dirigido à instituição universidade, o que é comum à população que utiliza serviços prestados pelas instituições públicas universitárias; outros estabeleceram relação transferencial mais diretamente relacionada à situação de pesquisa; e alguns outros pacientes formaram um vínculo mais estreito e estrito com o pesquisador-analista que dirigia o seu atendimento, como ocorre em situação de consultório. Neste último caso, estes pacientes só se recordavam de que estavam participando de uma pesquisa quando algumas limitações intrínsecas a esta atividade se evidenciavam, como o fator tempo de duração do tratamento e eventuais critérios de desligamento.

Quanto à segunda indagação, consideramos esta um eixo de trabalho que visamos aprofundar. Observamos que sujeitos em sofrimento narcísico podem, num certo sentido, se beneficiar de *fazer parte* de uma pesquisa. Assim, o efeito da pesquisa sobre os sujeitos pesquisados pode se converter em um efeito clínico. Alguns dos nossos casos – especialmente aqueles que remetem a um acidente narcísico importante em sua constituição – encontram na situação de sujeitos/pacientes de pesquisa um testemunho de suas existências (Pinheiro *et al.*, 2006). Supomos que a pesquisa clínica pode construir efeitos e implicações que não estão usualmente colocadas para os psicanalistas que trabalham em outros dispositivos.

Desse modo, pensar o efeito do enquadramento da pesquisa sobre o paciente e sobre a transferência é, na mesma medida, porém no sentido oposto, pensar que este ou aquele modelo de subjetividade e/ou tipo de relação transferencial podem produzir a necessidade de novos enquadres para pesquisa.

O Dispositivo e o *efeito equipe*

Vejamos ponto a ponto as principais características do enquadre de nosso dispositivo. O exercício da clínica em nosso caso é indissociável da proposta de uma partilha em equipe, tanto das ações que são propostas, quanto da

elaboração em conjunto da concepção teórica e prática das investigações. A noção de partilha é não só uma condição desta clínica como também o efeito dela. São, assim, justamente as implicações desse coletivo que estão em jogo quando nos propomos a pensar sobre o método clínico.

Antes mesmo dos atendimentos clínicos serem oferecidos aos sujeitos pesquisados foi desenvolvido um extenso trabalho de pesquisa teórica sobre o tema correlacionado, aspecto relevante da preparação da equipe para receber cada paciente. Este preparo significou, além de uma exploração bibliográfica sobre o tema, a escolha do perfil clínico dos sujeitos que seriam nosso objeto de estudo. Há, desde esse momento, uma construção coletiva no modo de pensar e conceber a prática clínica, o que guarda uma especificidade na comparação à clinica exercida em outros contextos. A constituição deste enquadre começa muito antes de o paciente chegar.

A propósito, o espaço físico de nossos atendimentos consiste numa sala dentro de um ambulatório público, mobiliada com duas poltronas, de modo que as sessões ocorrem no regime face a face. Isto não se tornou um empecilho, apesar de supormos que alguns pacientes poderiam se beneficiar do recurso do divã. Em nosso caso, já que a maioria de nossos pacientes apresenta problemas na constituição narcísica, este arranjo espacial veio frequentemente ao encontro da importância que a dimensão do olhar adquire para eles. Há também outros fatores em nosso *setting*, tais como o fato de este estar incluído dentro de um instituto de psiquiatria, de os pacientes terem que compartilhar a sala de espera do ambulatório, por vezes lotada de pacientes com sofrimento psíquico grave, de ser necessário receber um cartão onde são anotadas as datas de suas sessões, etc. Todos esses aspectos constituem também pequenos ou grandes detalhes que fazem parte do enquadre. Devemos nos perguntar: isso repercute no atendimento dos pacientes? Para uns sim, para outros não? Por que, para determinados pacientes, este enquadre é praticamente invisível e para outros, absolutamente fundamental no estabelecimento de seu tratamento?

A supervisão em grupo é outro aspecto indicativo da clínica partilhada. A partir das reuniões de supervisão e de um projeto clínico-teórico partilhado, os pacientes deixam de ser apenas pacientes de um psicanalista para serem pacientes da pesquisa. Se por um lado isso pode ocasionalmente gerar um

efeito imaginário negativo nos analistas-pesquisadores, acerca do receio de ter seu trabalho avaliado pelos demais, por outro, os efeitos de uma supervisão em grupo vem a somar à singularidade do atendimento de cada psicanalista, deslocando-o de sua posição de posse imaginária sobre seu trabalho.

A concepção de uma clinica partilhada é o pilar fundamental deste método. Podemos, a partir dessa característica fundamental, problematizar os desdobramentos dessa especificidade sobre a clínica. Como os casos se influenciam mutuamente numa pesquisa? Ou seja, como a supervisão de um caso reverbera na construção de outro? E, em última instância, como o trabalho de um analista influencia o trabalho de outro? Que efeitos a heterogeneidade do grupo pode produzir para os atendimentos, para o estudo do caso e para o dispositivo de forma mais ampla?

Pesquisa e ensino

Além da pesquisa e da clínica, outra dimensão está colocada para o desenvolvimento de nossas atividades na universidade: o âmbito do ensino é também parte integrante de nosso exercício. Concomitantemente às nossas investigações realizamos outra forma de partilha ao oferecermos para os alunos do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ (programa no qual o NEPECC está inserido) um seminário sobre o tema da pesquisa, espaço onde os achados clínicos são discutidos na articulação com a teoria e, portanto, revisitados e realimentados.

Cabe ressaltar que temos a preocupação de não permitir que a pesquisa teórica se sobreponha à escuta clínica. Este risco se coloca de duas formas: o contágio da escuta pelos analisadores decorrente da investigação teórica e a supremacia dos procedimentos de pesquisa sobre o atendimento. Ambos devem ser permanentemente evitados através da criação de mecanismos de preservação da escuta clínica. As necessidades dos pacientes são soberanas às definições do referencial teórico, bem como às exigências da pesquisa. Este é, sem dúvida, o divisor de águas entre a pesquisa em psicanálise e outras pesquisas na área de psicologia ou das ciências humanas. É esta dimensão que nos cabe ensinar.

Qual é a importância do olhar/escuta externos?

Outro pilar desta forma de conceber a pesquisa clínica na universidade é a prática regular de submeter os achados teórico-clínicos a psicanalistas externos à equipe. Desde nossa primeira investigação, realizamos encontros periódicos com colegas de diferentes orientações e inserções institucionais a fim de entrar em contato com pontos pouco explorados por nós. Ao longo destes anos percebemos que uma equipe de pesquisa, principalmente quando ela é bem-sucedida e longeva, pode correr o risco de fechamento em torno dos seus pressupostos. Este risco é outra versão da sedução que os objetivos da pesquisa podem trazer para a clínica. A apresentação do material a psicanalistas descomprometidos com suas referências e hipóteses recoloca o pesquisador em contato com o que há de novo e aberto em sua prática. Este recurso nos levou, em todo nosso percurso, a mudanças de perspectiva teórica, à exploração de aspectos pouco valorizados em nossa clínica, a certas correções de rumo, ou mesmo à abertura de novos campos de investigação.

Cabe ressaltar que esta interlocução é dinâmica e não ocorre na base da submissão. O que é nela valorizado é a capacidade de uma equipe transmitir seus achados e suas reflexões, bem como a capacidade dos interlocutores de, concordando ou não com seus pressupostos, apontar para aspectos inconsistentes dentro do enquadre proposto, ou, ao contrário, ressaltar aspectos consistentes, mas pouco realçados. É evidente que a relação de confiança entre os interlocutores e a equipe é determinante para o sucesso desta empreitada. O que é retido destes encontros são exatamente o diálogo instaurado e sua capacidade transformadora.

Outro aspecto que não pode deixar de ser mencionado é o compromisso de uma equipe de pesquisa com a publicação de seu material e de suas reflexões. Esta é a última etapa de uma investigação, no que tange à colocá-la em contato com o escrutínio do outro. O preparo do material para publicação é um compromisso de uma equipe de pesquisa, sobretudo no âmbito da universidade pública, e potencializa sua possibilidade de diálogo no campo no qual está inserida.

Concluindo com perguntas

A partir desta breve apresentação das linhas gerais que orientam nosso dispositivo de pesquisa clínica, consideramos importante a construção de um *roteiro de perguntas* que possa nos orientar na continuidade de uma reflexão acerca de nosso método. O objetivo deste é fazer com que cada pesquisador de nossa equipe ou de outras, porventura por nós inspiradas, possa responder às questões aqui elencadas na construção e supervisão dos seus casos. Objetivamos, assim, agregar à análise do caso uma análise também do método e de seus efeitos sobre a clínica e/ou da clínica sobre o método. Concluímos este artigo com algumas perguntas, aludidas acima, e agora sistematizadas em conjunto:

- o *fator pesquisa* aparece no discurso do sujeito em tratamento?
- fazer parte de uma pesquisa é um aspecto do laço transferencial?
- se sim, de que maneira o sujeito se refere ao fato de fazer parte de uma pesquisa e de que modo se relaciona com isso?
- ocorreu alguma inibição ou impasse na condução do tratamento derivado da situação de pesquisa?
- o paciente apresenta curiosidade ou interesse pela pesquisa? Quais são as ressonâncias disso sobre a relação transferencial?
- o paciente produz algum material durante as sessões que só pode ser compreendido pela situação de pesquisa? Há indícios de fantasia ou outro material relacionado com ser especialmente observado?
- há algum material expresso ou latente que indique receio intenso de estar exposto pela situação de pesquisa?
- há efeitos positivos ou negativos do *fator pesquisa* sobre o sujeito em tratamento?
- a entrevista inicial teve alguma repercussão para o paciente? Ele se refere a ela? Como? Há alguma fantasia ou elemento discursivo relacionado à figura dos supervisores ou da equipe?
- Há referências posteriores ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Mesmo na ausência de elementos discursivos

a este respeito, percebeu-se alguma repercussão de sua assinatura para o paciente? Se sim, qual?
- o fator *duração do tratamento* produz alguma consequência clínica?
- em caso de encerramento do atendimento, como se deu o desligamento do paciente da pesquisa?
- no caso de o paciente permanecer por mais de 2 anos na pesquisa, como se deu a renovação do contrato? Se houve troca de analista, como o paciente vivenciou essa passagem?
- como o paciente se sente no espaço físico em que é atendido?
- o caso coloca o analista diante de algum impasse técnico?
- o caso demanda do analista alguma modificação do enquadre previsto?
- qual a avaliação que o analista faz da supervisão em grupo?
- a participação na supervisão de outros casos da equipe tem alguma interferência sobre o seu atendimento e sua supervisão?
- o embasamento teórico estudado na pesquisa é compatível com a realidade clínica da mesma?
- qual a avaliação do analista sobre o efeito da situação de pesquisa sobre a sua prática?

Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466 versão 2012. [Online: acesso em 04 abril 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Cadernos IPUB (2000). *A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental*. V. VI, n. 17.

Eizirik, C. L. (2006). Psicanálise e pesquisa. In: *Rev Bras Psiquiatr*., 28, 3. São Paulo.

Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VII, 1. São Paulo: Editora Escuta.

Figueiredo, L. C. & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. In: *Jornal de Psicanálise*, 39, 70. São Paulo: SBPSP.

Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S.. (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia. (A) Psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? In: *Ágora*, v. VI, n. 1, jan/jun. Rio de Janeiro: PPGTP.

Jung, S. I. *et al*. (2006). História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. In: *Rev. Psiquiatr. RS*, 28, 3. Porto Alegre: SPRS.

Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. In: *Psico-USF,* v. 8, n. 2. São Paulo.

Mezan, R. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. In: *Jornal de Psicanálise*, 39, 70. São Paulo.

Mezêncio, M. S. (2004). Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. In*: Psicologia em Revista*, v. 10, n. 15. Belo Horizonte.

Moura, A. & Nikos, I. (2001). Estudo de caso, construção do caso, e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIII, n. 140/141. São Paulo: Editora Escuta.

Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. In: *Psicologia USP*, 15, 1/2. São Paulo.

Pinheiro, T. & Verztman, J. (2003). As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. In: Pinheiro, T. (Org.). *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Pinheiro, T.; Verztman, J.; Viana, D.; Venturini, C; Caravelli, S. & Canosa, L. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica. In: *Psicologia Clínica*, v. 18.1. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Pinto, E. B. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. In: *Psicologia USP*, 15, 1/2. São Paulo.

Roussillon, R. (2012). *Manuel de pratique clinique*. Elsevier-Masson.

Verztman, J.; Pinheiro, T.; Saceanu, P. & Viana, D. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: discussão da metodologia de pesquisa. In: *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, ano IX, n. 4. São Paulo: Editora Escuta.

Verztman, J. S.; Herzog, R.; Pinheiro, T. & Ferreira, F. P. (Orgs.). (2012). *Sofrimentos narcísicos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Verztman, J. (2013). Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. In: Nicolaci da Costa, A. M. & Dias, D. R. (Orgs.). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. 1 ed. Rio de Janeiro: Loyola.

Um outro lugar para o analista[1]

Joel Birman

I. Preâmbulo

A questão a ser desenvolvida neste ensaio é a de problematizar e a de circunscrever rigorosamente qual é o *lugar do analista* na *clínica da atualidade*, considerando como ponto de partida desta reflexão teórica que a experiência clínica se transformou efetivamente na *contemporaneidade*, em contraste evidente de como esta estava delineada nos anos 80 do século passado. Com efeito, devemos reconhecer que na atualidade a clínica se caracteriza por certas especificidades, em decorrência das novas modalidades de *sofrimento psíquico* existentes hoje, que são marcadamente diferentes daquelas de outrora.

Contudo, para desenvolver este tema de maneira pertinente e plausível é necessário delinear, de forma preliminar, o que se condensa efetivamente no enunciado "clínica atual". Assim, o que se pretende formular com este enunciado não é algo que se possa dizer que seja líquido e certo, isto é, não se trata de algo que seja em si mesmo evidente, pois este enunciado não é unívoco na sua significação. Com efeito, trata-se de um enunciado plurívoco,

[1] Texto elaborado a partir da palestra proferida no Colóquio "Sofrimentos Narcísicos", em 2012.

marcado pela polissemia na sua significação. Portanto, será apenas pela resposta rigorosa e consistente para esta pergunta que poderemos circunscrever a indagação preliminar sobre o lugar do analista na atualidade.

II. A concepção de clínica em pauta

Assim, numa primeira leitura desta questão poder-se-ia dizer que o lugar do analista na clínica contemporânea não deixaria qualquer possibilidade para a dúvida, na medida em que o campo atual da clínica seria evidente nas suas coordenadas fundamentais, isto é, o campo da clínica se ordenaria de maneira clara na sua positividade e objetividade. Com efeito, ordenada que seria por certas *categorias diagnósticas* precisas, pelas quais se delineariam o registro da *etiologia*, por um lado, e os registros do *sintoma* e do *sinal*, pelo outro, a clínica atual se configuraria numa *nosografia*, que seria rigorosa e bem estabelecida.

Neste contexto, a psicanálise como prática clínica se inscreveria apenas com legitimidade teórica em certos registros deste campo nosográfico, isto é, somente naqueles registros que remeteriam a certas etiologias específicas e que reenviariam a certos campos sintomáticos específicos. Vale dizer, a prática psicanalítica apenas seria válida e legítima no que concerne a *certas* etiologias do quadro nosográfico nas quais o registro psíquico estivesse implicado e claramente colocado em cena. Contudo, deve-se dizer ainda que o discurso psicanalítico não seria o único a ter legitimidade teórica sobre o dito registro psíquico, pois partilharia a sua pertinência teórica com outros discursos psicopatológicos no que concerne ao registro do psíquico. Daí por que aludi acima a certas etiologias psíquicas do campo nosográfico, nas quais a prática analítica seria efetivamente pertinente.

Além disso, estaria ainda suposto nesta leitura que outros registros etiológicos, que remeteriam assim a outros campos sintomáticos, não seriam pertinentes para a prática psicanalítica, na medida em que esta não teria qualquer legitimidade teórica sobre aqueles, exigindo então a inserção efetiva de outros discursos teóricos no campo da clínica atual. Portanto, a psicanálise deveria ser então francamente reduzida no seu campo de intervenção

clínica, já que não teria consistência clínica e terapêutica para ultrapassar certas fronteiras bem estabelecidas pelo código nosográfico acima referido, devendo então assim reconhecer o lugar crucial ocupado por outros discursos teóricos no campo da clínica contemporânea, tal como este foi configurado pelo campo da classificação psicopatológica na atualidade.

Evidentemente, o campo nosográfico em questão é representado pelo Manual Diagnóstico, que foi forjado pela Associação Americana de Psiquiatria desde o inicio dos anos 50 e foi codificado com o signo *DSM*. Não obstante a sua origem histórica norte-americana, este código diagnóstico se disseminou internacionalmente, de maneira inesperada, como sendo o código nosográfico por excelência, ao qual devem ser submetidas todas as práticas clínicas no campo da psicopatologia em escala mundial. Portanto, foi no contexto triunfante deste código nosográfico que o lugar teórico da psicanálise e da experiência analítica, assim como o lugar específico do analista nesta experiência, foram delineados de maneira bastante restrita na clínica da atualidade, com as dimensões e coordenadas que coloquei acima em destaque.

No entanto, numa segunda leitura sobre a clínica atual poder-se-ia dizer, em contrapartida, que não é assim tão evidente o que se pretende enunciar sobre o que é a clínica na atualidade, pois o campo desta não é absolutamente garantido na sua pertinência e consistência teórica pela configuração nosográfica estabelecida pelo DSM, que não oferece efetivamente para a clínica na contemporaneidade nem a positividade nem tampouco a objetividade que formula e que foi então proposta.

Isso porque os diferentes discursos teóricos presentes no campo da psicopatologia contemporânea constituem efetivamente campos clínicos diversos que não se superpõem concretamente nas suas empiricidades, pois se referem a positividades clínicas que são francamente diferentes. No que concerne a isso, com efeito, deve-se enunciar que o campo da clínica delineado pelo discurso cognitivista não é o mesmo do que é configurado pelo discurso psicanalítico, nem tampouco pelo discurso das neurociências, de forma que cada um destes discursos teóricos constitui positividades clínicas específicas e bem diferenciadas.

Porém é possível enunciar ainda que existe uma proximidade evidente e até mesmo certa superposição entre os campos clínicos delineados pelos

discursos teóricos do cognitivismo e das neurociências, em oposição ostensiva ao campo clínico delineado pelo discurso psicanalítico, na medida em que aqueles se inscrevem num *paradigma* científico *naturalista*, o que não é certamente o que ocorre no campo da psicanálise. Vale dizer, existem afinidades eletivas entre os discursos teóricos do cognitivismo e das neurociências, para parafrasear o titulo de um famoso romance de Goethe, em consequência deste mesmo pressuposto naturalista em que ambos se baseiam.

Em decorrência disso, pode-se dizer então que existe uma inserção coerente dos discursos teóricos do cognitivismo e das neurociências no código nosográfico do DSM, em função dos pressupostos naturalistas que direcionaram epistemologicamente as linhas de força para a constituição deste código diagnóstico pela Associação Americana de Psiquiatria. Com efeito, não se trata de um contrassenso teórico a relação de colaboração efetiva que se estabeleceu entre as neurociências e o cognitivismo na contemporaneidade, nos registros teórico e clínico. Seria ainda por conta disso, enfim, que o discurso psicanalítico seria um "estranho no ninho" no código do DSM, para aludir ao título do instigante filme de Milos Forman sobre o funcionamento do hospital e da instituição psiquiátrica, pois os seus pressupostos teóricos não são fundados no naturalismo.

Nesta perspectiva, a tese inicial a ser sustentada neste ensaio é que o discurso psicanalítico delineia, como consequência de um conjunto de coordenadas que lhe são próprias, um campo específico para a clínica, que não se confunde com o que é configurado pelo DSM, como se passa com o discurso das neurociências e com o discurso do cognitivismo, na medida em que os pressupostos teóricos que o fundam epistemologicamente não se norteiam como estas em bases naturalistas.

Esta tese teórica, que foi acima enunciada, se funda na leitura epistemológica formulada por Canguilhem (1968) sobre a constituição do discurso da ciência no ensaio intitulado "O objeto da história das ciências" – segundo a qual um determinado objeto teórico remete para um campo conceitual específico e determinado, e vice-versa –, assim como na leitura epistemológica de Kuhn (1976) sobre os paradigmas científicos formulados no livro *A estrutura das revoluções científicas*, pela qual os ditos paradigmas remetem efetivamente a certos *problemas* específicos colocados pela comunidade científica, num

determinado contexto histórico e social, para serem devidamente respondidos pela clínica contemporânea de maneira diferente daquela que é circunscrita pelos discursos das neurociências e do cognitivismo, pois os objetos teóricos daqueles e destes não são certamente os mesmos. Com efeito, os problemas colocados pela psicanálise para serem confrontados no campo da clínica não são seguramente os mesmos daqueles que foram colocados pelos discursos das neurociências e do cognitivismo. Pode-se enunciar, assim, que, se os discursos do cognitivismo e das neurociências fundam efetivamente o campo teórico da psiquiatria na atualidade, configurando um campo clínico específico que se consubstancia no sistema classificatório das enfermidades mentais plasmado no DSM, o discurso psicanalítico, em contrapartida, delineia um outro campo e um outro horizonte para a clínica na atualidade.

Nesta perspectiva, o que se impõe em seguida, como questão importante neste ensaio, é o que diferencia efetivamente o discurso psicanalítico e o discurso psiquiátrico, que remetem para campos clínicos diversos.

III. Enfermidade e sujeito

Assim, pode-se enunciar que a clínica psicanalítica não se superpõe concretamente à clínica psiquiátrica, na medida em que a primeira se funda na *posição estratégica* atribuída ao *sujeito* no seu discurso teórico e na experiência clínica, enquanto que a segunda, em contrapartida, se funda na posição estratégica atribuída à figura da *enfermidade* no seu discurso teórico. Desta maneira, a clínica psiquiátrica atual se inscreve efetivamente no campo da medicina, tal como, aliás, o discurso psiquiátrico na contemporaneidade reivindica isso de maneira eloquente, pois aquela e este se forjam pela eliminação sistemática da figura do sujeito do seu campo de intervenção clínica.

É claro que a psiquiatria atual se baseia nas neurociências, isto é, na bioquímica dos neuro-hormônios e na genética, o que não fazia a psiquiatria do século XIX, que pretendia se fundar, em contrapartida, no registro da lesão anatômica. Porém deve-se evocar devidamente que a suspensão da figura do sujeito persistiu como uma constante e como uma marca de continuidade, não obstante esta transformação histórica ocorrida no campo dos saberes

teóricos de referência no campo da psiquiatria. Além disso, é óbvio também que a figura da enfermidade, presente no discurso psiquiátrico desde o século XIX, foi estrategicamente substituída pela da *síndrome* na psiquiatria contemporânea – para tornar assim mais operatória e supostamente bem mais eficaz a intervenção médica com os medicamentos psicofarmacológicos.

Seria esta transformação fundamental na concepção nosográfica o que explicaria, aliás, a multiplicação progressiva dos quadros diagnósticos nas diversas versões do DSM desde os anos 50, que no DSM-1 contava com pouco mais de cem categorias diagnósticas e o DSM-V, apresentado em 2013, conta com mais de quatrocentas categorias diagnósticas. No entanto, deve-se destacar que a categoria de sujeito foi abolida igualmente na atualidade, como ocorria no discurso psiquiátrico desde o século XIX. Pode-se afirmar assim que a única coisa que importa concretamente para a formulação do diagnóstico psiquiátrico na atualidade e o encaminhamento correlato do procedimento terapêutico é o enunciado de uma síndrome, que se baseia sempre em signos objetiváveis que se conjugam de maneira regular, de forma que não existe qualquer dúvida de que a figura do sujeito é sempre abolida no ato clínico psiquiátrico propriamente dito, de fato e de direito (Kant, 1971).

Pode-se enunciar assim que o discurso psiquiátrico na atualidade se autonomizou completamente em relação à psicanálise e pôde reivindicar então a sua inserção efetiva no campo da medicina, pois se baseia em saberes biológicos bem mais consistentes do que ocorria com a psiquiatria do século XIX. Isso porque o discurso da lesão anatômica não dava subsídios científicos consistentes para o discurso psiquiátrico do passado (Birman, 1978), o que não é certamente o caso na contemporaneidade com os discursos das neurociências. Com efeito, face ao silêncio eloquente das lesões anatômicas no campo das perturbações psíquicas (Birman, 1978), o que não ocorria efetivamente no campo das enfermidades somáticas (Birman, 1978), a psiquiatria acabou por se aliar à psicanálise, nas primeiras décadas do século XX, para constituir o que se dominou de *psiquiatria dinâmica* na tradição norte-americana. Porém esta aliança teórica e clínica se tornou plenamente descartável na atualidade, com o advento triunfante das neurociências.

No entanto, deve-se destacar que, com o deslocamento da figura da enfermidade para a da síndrome no discurso psiquiátrico do século XIX, para o

discurso psiquiátrico na contemporaneidade, a figura do sujeito permaneceu suspensa e silenciosa pelo destaque que foi conferido aos discursos teóricos da anatomia e das neurociências respectivamente, foi esta operação decisiva de exclusão do sujeito o que conferiu para a medicina somática a sua dimensão eminentemente científica. Com efeito, estaria justamente aqui a matriz epistemológica efetiva que foi constituinte da medicina científica na modernidade, que a psiquiatria do século XIX não conseguiu realizar concretamente pela relação sempre inconclusiva e mesmo fracassada que pretendeu estabelecer entre os registros da enfermidade mental e da lesão anatômica, como se realizava plenamente no campo da medicina somática.

IV. Sintoma e signo

Assim, o que caracterizou a constituição científica da medicina moderna foi a relação estabelecida entre os registros dos sintomas e sinais com o da lesão (Foucault, 1963). Constituiu-se então o discurso de anatomoclínica na aurora do século XIX, como nos disse Foucault no livro intitulado *Nascimento da clínica* (Foucault, 1963). Desta maneira, a problemática da *morte* se colocou no primeiro plano do discurso da medicina, de forma a estabelecer desta maneira uma nova leitura sobre a *vida*, pois, como formulou rigorosamente Bichat, na constituição da anatomia patológica e da histologia, a vida passou a ser concebida como sendo o conjunto de forças em luta permanente contra a morte (Foucault, 1963). Neste contexto, a enfermidade passou a ser concebida como uma forma parcial da morte (Foucault, 1963) e mesmo como uma morte relativa.

Contudo, a constituição do discurso da anatomoclínica representou certamente uma ruptura crucial não apenas com o discurso médico da Idade Clássica, mas também com o discurso da protoclínica, existente no final do século XVIII (Foucault, 1963), pelo privilégio que foi conferido à problemática da morte na concepção da vida. Vale dizer, a constituição da medicina moderna teve como corolário a invenção da problemática da *finitude* (Foucault, 1963), na medida mesmo em que o *limite* efetivo da vida estaria inserido no interior mesmo da vida, sob a forma discursiva de que esta seria assim o conjunto de

forças que lutam permanentemente contra a morte. Enfim, a problemática da finitude se deslocou, em seguida, para outros discursos teóricos como a psicanálise e a filosofia existencial na primeira metade do século XX, delineando então de maneira insofismável uma concepção trágica da existência, que marcou de maneira radical a modernidade.

O que implicou efetivamente, no registro específico do discurso da anatomoclínica, a diferença deste com o discurso da protoclínica e com o discurso da medicina da Idade Clássica? Quais foram as marcas fundamentais desta diferença?

Nada mais nada menos que o esvaziamento progressivo do registro do *sintoma* no discurso médico e o privilégio outorgado, em contrapartida, ao registro do *signo* no discurso anatomoclínico (Foucault, 1963). Assim, o que caracterizava de fato o registro do signo neste discurso era a dimensão de objetivação ostensiva da enfermidade, que se realizaria tanto pelo *olhar*, quanto pela *ausculta* e pela *palpação* do corpo do enfermo (Foucault, 1963), através dos quais a *espacialização* (Foucault, 1963) da enfermidade no registro da anatomia seria então devidamente perfilada. Em decorrência disso, o registro do sintoma, revelador que seria do sujeito na protoclínica, foi progressivamente esvaziado face ao registro do signo, reduzido que foi o ato clínico à pergunta precisa do médico, que visava especificamente a espacialização anatômica do mal*: onde* dói? Em contrapartida, deve-se destacar devidamente que, de fato, o registro do sintoma e do sujeito estavam presentes na protoclínica e na medicina da Idade Clássica (Foucault, 1963).

Quais foram os desdobramentos decisivos disso para a constituição do discurso da medicina moderna? Antes de mais nada, o desaparecimento fundamental dos registros do discurso e da linguagem no campo da anatomoclínica teve como correlatos a *imobilidade* e a *passividade* da figura do enfermo na experiência clínica, contrapontos indiscutíveis que seriam estes de seu *silêncio* e a prefiguração insofismável da figura do *cadáver* a ser dissecado futuramente no exame a ser realizado pela anatomia patológica. Em seguida, neste remanejamento estratégico produzido entre os registros do signo e do sintoma, que resultaram no privilégio ostensivo conferido à figura da enfermidade face à do enfermo no ato clínico, a *narrativa* clínica na medicina científica se centrou efetivamente no lugar estratégico atribuído para a figura da enfermidade, de forma a silenciar decisivamente a do sujeito.

Nesta perspectiva, a constituição da psicanálise no final do século XIX, com a emergência teórica do discurso freudiano, implicou na crítica sistemática do discurso da medicina científica, pois conferiu importância crucial aos registros do sujeito e do discurso na experiência psicanalítica, caminhos privilegiados que seriam para a elucidação da figura da enfermidade, mas pela mediação paradoxal do registro do sintoma. Com efeito, pelo privilégio outorgado aos registros da linguagem e do discurso, restabeleceu-se assim a posição estratégica do registro do sintoma face ao do signo e inverteu-se assim as coordenadas presentes no discurso da medicina clínica, restaurando então por este viés o sujeito, na medida em que pelo registro do sintoma o sujeito estaria efetivamente sendo enunciado de corpo inteiro. Em decorrência disso, a pergunta básica do médico clínico "onde dói?" foi significativamente substituída pelas novas perguntas "*Como* dói?" e "*de que forma* dói?".

Portanto, o discurso freudiano foi constituído pela crítica sistemática que realizou do discurso da anatomoclínica, baseando-se fundamentalmente para tal nos traços diferenciais acima destacados, de maneira a empreender a oposição rigorosa existente entre o discurso psicanalítico e o discurso da medicina científica, delineando-se assim campos clínicos diferenciados. O discurso freudiano realizou esta crítica desde o seu início no final do século XIX e a manteve posteriormente como tal, sem qualquer reformulação quanto a isso. É o que veremos, no que se segue, aludindo uma série de referências textuais precisas no discurso freudiano, na sua emergência histórica inicialmente e no seu percurso posterior em seguida.

V. Linguagem, intensidade e fantasma

Assim, desde 1891 Freud começou a realizar a sua crítica sistemática ao discurso da medicina clínica de maneira ao mesmo tempo rigorosa e decisiva, disso resultando a constituição da psicanálise. Isso porque neste ano crucial Freud realizou a publicação de dois textos fundamentais para a constituição desta, quais sejam, "Tratamento psíquico" (1981/1984) e *Contribuição à concepção das afasias* (1981/1989). Contudo, estes textos são *complementares*, na medida em que em ambos foi a *problemática da linguagem* que foi decididamente colocada em cena na experiência psicanalítica, que já estava então se

forjando. Se no primeiro Freud trabalhou a importância estratégica da linguagem no registro estrito e operacional da experiência clínica, no segundo, em contrapartida, Freud procurou sustentar teoricamente esta importância conferida ao discurso na experiência clínica.

Assim, no ensaio intitulado o "Tratamento psíquico", Freud sustentou a tese de que o tratamento psíquico se realizaria pela mediação da linguagem e teria no discurso o seu campo operacional. Desta maneira, o dito tratamento não teria no registro da consciência o seu foco de ação, de forma que, pelo destaque conferido para a linguagem na experiência clínica, foi sendo então forjado de maneira progressiva que o tratamento psíquico visaria o registro do inconsciente e não o da consciência (Freud, 1981/1984). Finalmente, Freud enunciou também que se as práticas religiosas e as práticas populares então existentes de cura eram efetivamente eficazes, isso se daria em decorrência da importância fundamental da linguagem nestes dispositivos ritual e terapêutico (Freud, 1981/1984), em franca oposição ao que se sustentava teoricamente então no campo da medicina clínica (Freud, 1981/1989).

No entanto, no ensaio sobre as afasias o que Freud procurou sustentar teoricamente foi o discurso teórico em que se baseava no novo dispositivo clínico que propunha e que logo em seguida iria denominar de metapsicologia, qual seja, de que o psiquismo seria um *aparelho de linguagem*. Com efeito, Freud criticou rigorosamente a hipótese sobre o psiquismo, enunciado por Werneck, de que este seria um *aparelho da alma*, para enunciá-lo decididamente então como sendo um aparelho de linguagem (Freud, 1981/1989). Enunciava, enfim, a fundamentação teórica para o novo dispositivo clínico que estava em processo de constituir.

Ao lado disso, as diversas narrativas clínicas forjadas, logo em seguida, pelo discurso freudiano, mas neste mesmo contexto teórico, evidenciavam os rastros imprimidos nestes textos pela inserção da problemática da linguagem e do discurso no novo dispositivo clínico. Pode-se destacar a presença destes rastros tanto nos ensaios publicados em 1894 sobre "As psiconeuroses de defesa" (Freud, 1894/1973) e em 1896 sobre os "Novos comentários sobre as psiconeuroses de defesa" (Freud, 1896/1973), quanto nos "Estudos sobre a histeria" (Freud & Breuer, 1895/1971) publicado em 1895, em colaboração com Breuer. Em todas estas narrativas clínicas a figura do sujeito se inscreve no primeiro plano dos textos de Freud, orientando decisivamente a elucidação

das figuras das enfermidades em questão, quais sejam, a histeria, a neurose obsessiva e a psicose alucinatória. Alem disso, foi pelos rastros deixados no registro do sintoma e não pelas marcas objetivas presentes no registro do signo que a questão do sujeito foi sinalizada no campo da experiência clínica.

Foi por conta disso que a comunidade médica de Viena reagiu intempestiva e negativamente a estas publicações, afirmando que a *escrita clínica* de Freud era decididamente pautada pela *estilo romanesco* de descrição e não pelos cânones médicos de cientificidade, estabelecidos rigorosamente que estes seriam então nos discursos da clínica médica e da clínica neurológica. Freud se referiu especificamente a isso tanto na "Psicoterapia da histeria" (Freud, 1895/1971), ensaio que foi publicado em 1895, quando numa carta a Fliess de 1896 (Freud, 1887-1902/1973). Além disso, comentou justamente a mesma questão na narrativa clínica de Dora, que foi publicada em 1905 (Freud, 1905/1975), evidenciando a sua ironia em relação a esta modalidade de recepção negativa de seus textos.

Contudo, se no "Projeto de uma psicologia científica", ensaio escrito em 1895, Freud enunciou o conceito de *aparelho psíquico*, no lugar do anterior conceito de aparelho de linguagem, o que estava em pauta era ainda o dito aparelho de linguagem, mas permeado agora pela inserção do registro das *intensidades* (Freud, 1895/1973). Ao lado disso, em "A interpretação dos sonhos", livro publicado em 1900, Freud inscreveu o registro do *fantasma* no aparelho psíquico, de forma a articular intimamente neste os diferentes registros da linguagem, da intensidade e do fantasma (Freud, 1900/1976).

Se a ruptura teórica e clínica entre o discurso psicanalítico e o discurso da medicina científica já estava fundamentalmente assentada na passagem da *teoria da sedução* para a *teoria do fantasma*, enunciada que foi esta em "A interpretação dos sonhos", Freud retomou ainda esta diferença e oposição cruciais entre aquelas ordens discursivas nos anos 20, do século XX, em dois ensaios importantes, quais sejam, "Uma neurose demoníaca do século XVII", que foi publicado em 1923, e no ensaio sobre "A questão da análise profana", que foi publicado em 1926 (Freud, 1926/1985). Com efeito, se no primeiro ensaio Freud aproximou o discurso psicanalítico do discurso da demonologia, pois em ambos a questão do fantasma foi devidamente destacada nas experiências da possessão, do transe e na experiência psicanalítica, em oposição ao discurso da medicina científica (Freud, 1923/1985), em contrapartida, no

ensaio sobre a análise profana a questão de Freud era a de enfatizar de maneira eloquente a eficácia terapêutica da linguagem e do discurso na experiência clínica (Freud, 1926/1985).

Além de todas estas dimensões que já foram devidamente enfatizadas e que aproximavam decisivamente o discurso psicanalítico com os da protoclínica e da medicina da Idade Clássica, deve-se evocar também que o discurso freudiano retomou ainda a *teoria da crise* da medicina pré-moderna – pela qual a enfermidade se enunciava então com intensidade e na sua plenitude a sua verdade efetiva –, com o conceito de *neurose de transferência* na experiência psicanalítica, pela qual na relação das figuras do analista com a do analisando a neurose se evidenciaria com todas as suas coordenadas, se explicitando então em toda a sua verdade (Freud, 1972).

Desta maneira, por todos estes signos ostensivos que destacamos acima podemos enunciar que a clínica psicanalítica, delineada pelo discurso freudiano desde a emergência teórica e histórica da psicanálise, se diferenciava e se opunha rigorosamente às coordenadas presentes nos campos das clínicas médica e psiquiátrica, nas quais o que estaria em pauta era efetivamente a figura da enfermidade e não a do sujeito.

Seria ainda por conta disso que a leitura freudiana da *psicose* passou pela formulação decisiva de que o *delírio* era uma produção psíquica positiva e não negativa, na medida em que através dele o sujeito estaria realizando uma *tentativa de cura*, desde pelo menos a publicação do ensaio sobre Schreber (Freud, 1911/1975). Com efeito, esta interpretação de Freud se baseava no pressuposto de que o delírio seria fundamentalmente uma forma de linguagem, considerado que foi então como algo efetivamente *positivo* pela *enunciação* do sujeito que estaria em pauta e não como algo *negativo* (Freud, 1911/1975), como era então considerado no discurso psiquiátrico.

VI. O analista hoje

Contudo, é bastante claro que o sofrimento na contemporaneidade não se apresenta mais com as mesmas características e signos que eram apresentadas nos tempos iniciais da psicanálise. As *formas de subjetivação* (Foucault, 1976)

de outrora não mais se apresentam na atualidade da mesma maneira, pois a conflitualidade psíquica não se sustenta e não se mantém mais hoje de forma *interiorizada* como antigamente, mas de forma decididamente *exteriorizada* (Birman, 2012), num confronto direto e face a face do sujeito com o outro, que se manifesta ainda numa relação de corpo a corpo do sujeito com o outro.

Com efeito, o mal-estar contemporâneo se enuncia principalmente como *dor* e não mais como *sofrimento* como outrora, indicando esta mudança e deslocamento do registro da interioridade em direção ao da exterioridade (Birman, 2012), na medida em que o registro do *desamparo* psíquico foi substituído pelo do *desalento*. Portanto, o mal-estar na atualidade se enuncia nos registros do *corpo*, da *ação* e da *intensidade*, com pequeno índice de interiorização (Birman, 2012), evidenciando ainda, em contrapartida, nesta exteriorização do conflito, o desinvestimento correlato que ocorreu nos registros do pensamento e da linguagem.

Porém, se tudo isso evidencia efetivamente e de maneira patente que um processo crucial ocorreu no que tange ao campo das subjetivações, o que isso nos revelou como base deste processo foi a perda e o desinvestimento das marcas *do narcisismo* do sujeito na contemporaneidade (Birman, 2012). Isso implica em dizer, com efeito, que a figura do *infantil* não é hoje mais representada pela figura de "sua majestade o bebê" (Freud, 1914/1973), como nos disse Freud no ensaio intitulado "Para introduzir o narcisismo", pois uma perda de investimento narcísico fundamental foi produzida na contemporaneidade.

Desta maneira, face a estas novas modalidades de subjetivação, marcadas negativamente pelo narcisismo, o *dispositivo clínico* da experiência psicanalítica teve que ser substituído, em múltiplas condições clínicas, pelo dispositivo do face a face, para possibilitar decisivamente o investimento *narcísico* nestas novas modalidades de subjetivação disseminada na contemporaneidade (Birman, 2012). O que implica dizer que o registro do olhar se inscreve, de fato e de direito, no campo da experiência psicanalítica, ao lado do registro da escuta, tendo como pressuposto para isso o imperativo para a restauração narcísica do sujeito.

Além disso, a figura do analista, nestas novas condições clínicas e face a estas novas formas de subjetivação, não pode mais se pautar pela relativa

ausência e pelo silêncio na experiência psicanalítica, como fazia outrora, pois estes procedimentos supõem não apenas a interiorização do conflito psíquico, como também o relativamente alto investimento narcísico do sujeito.

É por este viés que o lugar e a posição da figura do analista na experiência psicanalítica se transformou nas suas linhas de força e de fuga na atualidade, pois para articular devida e concisamente hoje os diferentes registros da linguagem, do fantasma e da intensidade, é preciso, na atualidade, realizar um trabalho psíquico preliminar voltado e condensado no registro do narcisismo que se empreende certamente num outro dispositivo de cura, baseado em novas coordenadas inscritas no campo psicanalítico.

Referências bibliográficas

Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.

Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Canguilhem, G. (1968). L'objet de l'histoire de la science. In: Canguilhem, G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: PUF.

Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris: PUF.

Freud, S. (1887-1902). Lettres à Wilhem Fliess, Notes et Plans. In: Freud, S. *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1973.

Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris: PUF, 1989.

Freud, S. (1891). Traitement psychique. In: Freud, S. *Résultats, idées, problèmes* (1890-1920), v. I. Paris: PUF, 1984.

Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris: PUF, 1989.

Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF, 1976.

Freud, S. (1926). *La question de l'analyse profane*. Paris: Gallimard, 1985.

Freud, S. (1894). Les psychonévroses de défense. In: Freud, S. *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF, 1973.

Freud, S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. In: Freud, S. *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1973.

Freud, S. (1895). La psychothérapie de l'hysterie. In: *Études sur l´hystérie.* Paris: PUF, 1971.

Freud, S. (1896). *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*. Paris: PUF, 1973.

Freud, S. (1905). Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora). In: Freud, S. *Cinq psychanalyses*. Paris: PUF, 1975.

Freud, S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides). In: Freud, S. *Cinq psychanalyses*. Paris: PUF, 1975.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcisisme. In: Freud, S. *La vie sexuelle*. Paris: PUF, 1973.

Freud, S. (1923). Une névrose diabolique au XVIIe siècle. In: Freud, S. *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris: Gallimard, 1985.

Freud, S. (1972). *La technique psychanalytique*. Paris: PUF.

Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie.* Paris: PUF, 1971.

Kant, E. (1971). *Critique de la raison pure.* Paris: PUF.

Kuhn, T. (1976). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.

A psicanálise, o novo e a garantia[1]

Romildo do Rêgo Barros

Gostaria de agradecer o convite que me foi feito pelo NEPECC e também pelos 10 anos de existência e de prática. Quero também agradecer a Julio Verztman, com quem tive um contato mais direto. Esta mesa, este encontro aqui, que me dá também a alegria de mais uma vez trabalhar com meu amigo Jurandir, teria a finalidade, digamos última, de falar um pouco do que foi chamado de novos sintomas. Eu preferi me deter em alguma coisa que seria mais os fundamentos, fundamentos de quê? Fundamentos da crise, crise de quê? Crise da psicanálise. Lembro de um encontro franco-brasileiro que houve há muitos anos em Paris no qual um psicanalista, que tinha sido convidado para falar justamente sobre a crise da psicanálise, disse: a crise da psicanálise vem desde que inventaram a psicanálise. Vocês deveriam ter me dito de que época vocês queriam que eu falasse, porque a crise da psicanálise e a história da psicanálise são quase a mesma coisa.

Vou partir de uma citação que encontrei um pouco por acaso. (Como quase todo mundo que está aqui, quando eu tenho uma ideia ou sou convidado para falar, a primeira coisa que faço é ver no Google o que se diz sobre o assunto, somente depois é que vou aos livros e aos arquivos). É uma citação

[1] Palestra proferida no Colóquio "Sofrimentos Narcísicos", em 2012.

de um livro de Jean-François Lyotard que se chama *O pós-moderno explicado às crianças*. Lyotard, como vocês sabem, é o autor que difundiu os termos pós-modernismo e pós-moderno em seu livro *A condição pós-moderna*. Ali ele propõe uma definição do pós-moderno que se tornou célebre: o pós-moderno é um efeito da falência das metanarrativas (*métarécits*).

Vejam como é interessante esta citação, é um pouco longa mas não vi como cortar. Falando com uma criança, Lyotard diz que o que se esboça como horizonte para o seu século é o crescimento da complexidade na maioria dos domínios, inclusive nos modos de vida, na vida cotidiana, complexidade que, me parece, pode ser tomada exatamente no sentido que, no final do século XIX, Durkheim emprestava ao termo complexificação para designar uma espécie de diferenciação gradativa, de tal maneira que os coletivos vão mais ou menos se dissolvendo na direção de uma diferenciação individual, que, paradoxalmente, reforça o corpo social. Parece-me que Lyotard está usando esse termo mais ou menos no sentido da hipótese de Durkheim.

Lyotard diz: um novo cenário se instala lentamente, o cosmos é o que restou de uma explosão, ou seja, de uma explosão e não de uma criação divina ou de algo em perpétua evolução (é o contrário do que a gente sempre pensou). Os estilhaços ainda se espalham desde o impulso inaugural, isto é, o surgimento do universo vai completar-se com a sua destruição. Os astros, ao se queimarem, transformam os elementos, as suas horas estão contadas, a vida do sol também. A chance de que a síntese das primeiras algas ocorresse na água sobre a terra era ínfima. O humano era ainda menos provável: seu córtex cerebral é a organização material mais complexa que se conhece, ou seja, mais diferenciada. As máquinas que ele engendra são uma extensão sua, a rede que formarão será como um segundo córtex, mais complexo. A complexificação, continua Lyotard, atravessa o abismo que parecia insondável entre o homem e as máquinas. Ela deverá resolver os problemas de evacuação da humanidade antes da morte do sol. Vocês sabem que isso é um encontro marcado que nós temos com o fim da vida na Terra daqui a cinco bilhões de anos. A triagem daqueles que poderão partir e dos que estão condenados à implosão já começou (lembro que é um texto para crianças), sob o critério do subdesenvolvimento, ou seja, pode ser que esse cenário esteja no inconsciente. Essa triagem é o último enquadramento jurídico da humanidade, tal

como o entendemos, e a última das diferenças. Lyotard termina dizendo: o último atentado ao narcisismo da humanidade (além daqueles três célebres que foram apontados por Freud) está a serviço da complexificação. Esse cenário está erguido no inconsciente dos jovens desde já, está erguido no teu inconsciente, ele termina se dirigindo à criança para quem ele fala.

Um primeiro comentário: pode ser que este cenário esteja no inconsciente dos jovens de hoje, mas uma coisa parece certa, ele não estava, pelo menos com esse formato, no inconsciente dos pacientes histéricos de Freud. Então, é alguma coisa que caracteriza uma época diferente. Depois da leitura do texto feito por Lyotard para as crianças, veio-me à cabeça perguntar que diferença faz, que diferença existe entre a narrativa de Lyotard, que é perfeitamente contemporânea, e um conto de fadas. Ou entre essa narrativa e um texto literário do tipo *O paraíso perdido*, de John Milton.

Certamente, a diferença não vai estar no fato de a narrativa de Lyotard tratar de uma catástrofe, porque os contos de fadas e o relato de Milton também falam de catástrofes. Talvez a diferença esteja no fato de que essa narrativa se refere a algo que pode ou deve acontecer, a supor que o saber da ciência conduz de fato a algum tipo de certeza, enquanto os contos de fadas se situam fora da disciplina da ciência, não tendo, por conseguinte, nenhum compromisso com a certeza. O encontro entre Chapeuzinho Vermelho e o Lobo não vai acontecer na realidade e, o mais importante, as crianças sabem disso. As crianças creem em muita coisa, mas não necessariamente na realidade dos contos de fadas.

Uma segunda diferença é a relação que cada uma dessas narrativas mantém com o mito ou com a ficção, como Lacan preferia chamar. Mesmo no caso do saber científico, é necessário o uso de algum tipo de ficção sob pena de ser intransmissível. Estou lembrando o livro publicado há alguns anos de Octavio Souza, aqui presente, chamado *Fantasias de Brasil*, que mostra com bastante clareza esse ponto de encontro entre a ficção, a fantasia e o real. Quer dizer, existem descobrimentos feitos pelos europeus do Novo Mundo, existem imaginários acerca do paraíso perdido e, ao mesmo tempo, existe uma estruturação, como Octavio mostrava, exatamente a mesma estruturação de uma fantasia, de uma fantasia, digamos, freudiana. E, finalmente, a diferença está sobretudo naquilo que serve de garantia para essas narrativas.

Em que essa narrativa de Lyotard se garante? Podemos dizer, claro: na ciência. Em que esses contos de fadas se garantem? Pode-se dizer que eles se garantem na formação familiar, na dramática da formação familiar que, em geral, é o que dá a lógica do desfecho dos contos de fadas. No caso dos escritores, poetas, etc., a garantia está na língua, na medida em que esses artistas trabalham construindo e reconstruindo novos limites para a língua. Basta que a gente pense em escritores como, aqui no Brasil, Guimarães Rosa, Céline, na França, Joyce, artistas que se caracterizam por criarem quase à margem da língua materna, mas, apesar disso, são autorizados pela língua que utilizam.

Garantia das diferenças

Queria concentrar o que tenho pra dizer hoje no plano dessa terceira diferença que é o plano da garantia: o que é que garante as diferenças? É uma pergunta quase coextensiva à psicanálise, ou, pelo menos, é uma pergunta fundadora da psicanálise.

Em psicanálise, a primeira ideia que nos aparece é que está em questão a garantia do pai, esta é a garantia freudiana. A garantia freudiana é circunscrita pelas várias figuras e versões do pai. Podemos perguntar de saída o que acontece com a psicanálise – e aí encontramos o assunto desta mesa: qual o papel da psicanálise se a garantia paterna sofre um declínio ou uma decadência ou uma séria crise que exija, digamos, novos paradigmas? Dito de maneira mais simples: será que a psicanálise resiste às transformações da família a que estamos assistindo e que, sem dúvida, vão se radicalizar? Vemos, desde já, tendências que vão ser, cedo ou tarde, assimiladas ou englobadas pelos aparatos legais, não há nenhuma dúvida. Isso vem se dando no plano da filiação, do casamento, da definição mesmo da família etc.

Há um tempo atrás, tive a curiosidade, e um pouco a obrigação, porque estava tratando disso em um seminário, de olhar de perto a questão da família no novo Código Civil brasileiro, de 2002, e tive a oportunidade de compará-lo superficialmente com o Código Civil de 1916, conhecido pelo nome de seu autor Clóvis Beviláqua. Nessa comparação, mesmo superficial, pode-se

ver a mudança ou a evolução nas definições de família, que, de uma unidade social heterossexual, monogâmica e única capaz de criar filhos, passa a ter uma consistência bem diferente, que prepara as transformações que ocorreram a partir de 1916 e, sobretudo, deixa um espaço aberto para as que estão por acontecer. Se a psicanálise não estiver à altura de responder clinicamente a essas mudanças, que não estão somente no Código Civil, será que ela foi simplesmente um último recurso para um pai que perdia suas forças ou, como queriam Gilles Deleuze e Félix Guattari no começo dos anos 1970, terá sido apenas uma tentativa de defesa do edipianismo que estava começando a mostrar os seus limites?

Parece-me que podemos dizer que a garantia opera sobretudo na manutenção, por um lado e por outro, na administração das diferenças. Esta seria uma quase definição da garantia, é algo que opera na manutenção e na administração das diferenças. Parece-me que um bom exemplo disso está no próprio termo *complexificação* que se lê na frase de Lyotard, e que Durkheim usava para se referir à tendência à diferenciação que caracteriza a história. É curioso porque, de fato, há um paralelo com a expansão do universo que vai terminar com o seu desaparecimento.

À medida que as funções se diferenciam, ou seja, à medida que as ações e decisões individuais se tornam mais importantes, paradoxalmente o corpo social se torna igualmente mais complexo. Então, mais perto do nosso interesse, me parece que podemos testar uma ideia, não hoje, mas fica como uma sugestão, em relação à dupla diferença que tem inspirado a compreensão psicanalítica sobre o sujeito, essa dupla diferença que Freud consagrou e que poderíamos talvez desenhar sob a forma de um traçado cartesiano. Ele teria, no vetor vertical, por exemplo, a diferença de gerações e, no horizontal, as diferenças sexuais, o que ilustra o quadro a partir do qual Freud trabalhava. Dois textos me parecem importantes sobre isso: um de Freud, de 1923, amplamente trabalhado e conhecido, "A organização genital infantil", e um escrito de Lacan de 1958 que se chama "A significação do falo", que na verdade foi uma conferência que ele fez na Alemanha. Mas isso é só uma pista que evidentemente não vai ser explorada hoje.

Eu estava pensando, é muito difícil se saber o que é uma diferença absoluta. É verdade que no Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da*

psicanálise, Lacan fala da diferença absoluta como o ponto, digamos, estratégico de uma análise. O ponto onde uma análise deveria chegar é aquele em que o sujeito experimenta uma diferença absoluta não só no sentido da singularidade, mas também no sentido de que não conta com nenhuma garantia. A diferença relativa é mais fácil de entender, pois ela parte sempre de uma comparação, sempre pede, portanto, uma garantia. Em que, ou em quem, em que mestre, em que autor você se baseia para propor essa diferença?

Sempre há uma autoridade e sempre há um binômio que são os termos da comparação. É alguma coisa que fazemos praticamente todo dia e que define esse enquadramento freudiano clássico de um sujeito situado em algum lugar entre a diferença de gerações e a diferença sexual. Se essa diferença não é avalizada por ninguém ou por nenhuma instância, ela se dispersa e, quando se dispersa, mostra paradoxalmente o engodo que estava na base da garantia. Cada vez que uma garantia perde sua membrana externa, se posso falar assim, fica ao mesmo tempo evidenciado que a garantia que ela tinha para ter aquela membrana, não valia no final das contas grande coisa. É precisamente essa, me parece, a crise que sofre a psicanálise clássica em relação à garantia paterna.

Os novos sintomas são aquelas manifestações que ao mesmo tempo aprofundam as diferenças e denunciam o engodo paterno. Vê-se aqui a grande importância do surgimento, eu não diria nem de sintomas inéditos, mas de certos sintomas que ganharam uma prevalência na patologia geral de nosso mundo. Depressão sempre existiu, o consumo de drogas que alteram o estado de consciência sempre existiu, consumismo (bem, este é um pouco mais recente), mas, enfim, as compulsões e as depressões sempre existiram. A questão é qual o papel que elas têm hoje e qual a função que é dada à psicanálise face a essas patologias que passaram a ser sintomas sociais. Quer dizer, não se trata mais de alguém que vai dizer ao analista "eu vim aqui porque eu estou triste", porque está triste como todo mundo; entra aqui um pouco a questão do narcisismo, termo que figura no título desta mesa. O sujeito está desamparado pela decadência da garantia que lhe dava o pai. Lembro de uma discussão de que participei no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro junto com Teresa Pinheiro, precisamente em torno da questão da depressão como sintoma social, isto é, da depressão como um quadro que mostra a crise em

que vive o mundo, em que vivem as patologias, as famílias e a psicanálise. O surgimento do engodo da garantia quando ela começa a dispersar-se é o que a gente poderia chamar de lado progressista da diferença, da diferença relativa, no sentido de que, na medida em que denuncia a garantia que falhou, ela pede um novo enquadramento.

É aqui que se situa uma visão progressista da formação, deformação, ou transformação das diferenças. É o que parece estar experimentando a nossa época em relação à garantia paterna. Existe uma espécie de um esgarçamento da garantia paterna e, ao mesmo tempo, a denúncia de que a garantia repousava, no final das contas, sobre um terreno instável e sobre pés frágeis. Essas consequências atingem necessariamente a prática e a doutrina psicanalítica, se a gente supõe (como eu suponho) que a psicanálise surgiu, grosso modo, como tratamento para o declínio da garantia do pai. Freud, ou a psicanálise, aparece exatamente como um recurso para tratar a decadência da garantia simbólica. A manifestação disso no tempo de Freud se deu sobretudo através da exceção histérica.

É aqui, nesse ponto, me parece, que se pode situar a crítica que Lacan faz a Freud no Seminário 11, uma crítica de uma profundidade histórica muito grande. Lacan afirma que os limites da psicanálise são marcados pelo desejo que Freud tinha de salvar o pai. É uma frase que merece ser amplamente discutida.

Para terminar, eu diria que o declínio, a decadência, ou queda da garantia paterna resulta na suspensão da garantia do próprio pai. Ou seja, se o pai já não garante as diferenças, quem ou o que o garantirá? Esse é um exemplo do que chamei há pouco de engodo da garantia, que somente se torna manifesto quando a garantia está sob suspeita, pois uma garantia que não está sob suspeita não mostra sobre que pés frágeis ela se apoia. É como no delicioso paradoxo que Freud citava: se São Cristóvão carrega o Cristo, e se Cristo carrega o mundo, onde é que São Cristóvão põe os pés? Penso que é a partir dessa montagem paradoxal que podemos discutir as relações entre a psicanálise e os novos sintomas – ou os novos enquadramentos de velhos sintomas – quando se defrontam com uma dificuldade na garantia simbólica.

Obrigado.

Por um olhar de confiança

Leonardo Câmara, Thais Klein & Regina Herzog

Introdução

Uma das representações mais antigas do processo psicanalítico é a figura da arqueologia que se encontra presente desde os primórdios da psicanálise e atravessa boa parte do pensamento freudiano como uma metáfora recorrente. O trabalho psicanalítico é caracterizado como um processo análogo ao do arqueólogo que busca variadas camadas de sedimentos superpostas para reconstruir as civilizações antigas. O psicanalista, em seu deciframento, explora as diversas sedimentações do sentido, isto é, as interpretações das marcas originárias (Birman, 1991). A literatura psicanalítica, contudo, vem apontando que certas configurações subjetivas colocam em xeque tal dispositivo, indicando a necessidade de repensá-lo. Nos pacientes atendidos pelo NEPECC, os impasses gerados em certos momentos do tratamento confirmam esta posição.

"Eu não gosto de ser o centro das atenções", afirma de maneira categórica uma paciente em sua entrevista preliminar. Esta frase conclui seu curto pronunciamento quando solicitada a falar sobre si mesma. A imagem que surge na cabeça do analista é de uma porta sendo fechada violentamente em sua cara. De bolsos (ou de ouvidos) vazios, ele procura manter a sobrevida da

sessão com outras perguntas, que são respondidas de maneira semelhante. A entrevista é encerrada pouco tempo depois.

Evidentemente, nem todos aqueles que se qualificam como tímidos se *recusam* a falar de si de forma tão incisiva no tratamento. Outra paciente mobilizava-se para responder às perguntas; entretanto, era notável o esforço que despendia para cumpri-lo. A impressão é que seu silêncio subsequente expressava um esgotamento completo do assunto. Não à toa, terminada a sessão, reclamava de "dores na garganta". Outros pacientes, por sua vez, surpreendem pela completa desinibição com que se expressam, apesar de sofrerem graves transtornos na vida social. Suas falas não apenas preenchem todo o tempo regular de uma sessão, como atropelam quaisquer intervenções verbais do analista. Ou seja, o atendimento de pacientes tímidos pela pesquisa mostrou uma grande diversidade clínica.

O presente artigo se propõe trabalhar as dificuldades que vêm se apresentando nos atendimentos de uma parcela dos sujeitos tímidos com relação não apenas ao âmbito da expressão, mas também ao envolvimento no tratamento. É um fato amiúde observado a baixa adesão às diferentes terapêuticas, acompanhada de uma demanda por medicamentos para acalmar os mais diversos sintomas psíquicos. A experiência de estarem sob os cuidados psicológicos pode ser tão penosa que sua interrupção é uma alternativa fortemente considerada e muitas vezes levada a cabo.

O olhar clássico do *analista-investigador*, aquele que busca "extrair o metal puro dos pensamentos reprimidos do minério das ideias não intencionais" (Freud, 1905[1904]/1977, p. 267) parece repetir uma ameaça de desvelamento da qual o sujeito tímido se vê vítima. "Real" ou fantasiado, o olhar atribuído ao outro funciona com tonalidades persecutórias, na forma de algo que acusa e julga (Avrane, 2007; Saltztrager, Sales & Herzog, 2012). O sofrimento de ansiedade que acompanha a vergonha situa-se nessa tensão produzida pela exposição ao olhar do outro. Como buscar aquilo que está velado, a verdade por trás do discurso, se o sujeito se sente transparente, revelando toda a sua miséria na superfície? O olhar do analista conjurado a um modo interpretativo se apresenta como um dos fatores que pode ser aliado à interrupção do tratamento. Nestes termos, torna-se urgente repensar o dispositivo psicanalítico.

Para realizar uma leitura desta problemática, recorrer-se-á ao paradigma estabelecido por Winnicott (1971, p. 59) segundo o qual "a psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas". De acordo com o autor, quando um paciente não pode brincar, o analista deve prestar atenção nesse fato antes de interpretar seu discurso manifesto (Winnicott, 1971). Tais coordenadas serão o ponto de partida para a hipótese inicial de que os pacientes tímidos encontram dificuldades em brincar no *setting* analítico. Para sustentar esta afirmação, será primeiramente descrito o conceito de brincar dentro da perspectiva winnicottiana. Pretende-se, deste modo, encontrar elementos teóricos para auxiliar nas decisões técnicas a serem concernidas pelo psicanalista em sua prática.

O brincar

O brincar não é um comportamento, mas um conceito. Se por um lado remonta especialmente à infância, por outro não se reduz a tal período da vida ou às atividades que levam comumente seu nome; ou seja, está relacionado com o que se entende em psicanálise como o infantil, o que extrapola a infância. A elaboração deste conceito depende de dois movimentos teóricos distintos: sua diferenciação em relação às outras concepções psicanalíticas que versam sobre o brincar infantil e sua generalização para além das fronteiras da infância.

O brincar é enunciado, enquanto conceito, a partir da divergência de Winnicott (1971) em relação a algumas teses firmemente consolidadas pela psicanálise acerca das brincadeiras infantis. As críticas podem ser alocadas em dois registros, o metapsicológico e o ético. No primeiro deles, o brincar não é considerado uma atividade masturbatória. Esta crítica baseia-se no vértice teórico de Winnicott segundo o qual há uma criatividade primária (um impulso criativo básico), operando em um regime distinto da pulsão ou de sua sublimação, que emerge espontaneamente no encontro da criança com um ambiente adaptativo. A segunda crítica, estabelecida no plano ético, é de que o brincar não deve ser decifrado – isto é, não deve ser objeto de interpretação. A partir desta posição, o mesmo deixa de ser o mero veículo de conteúdos a

serem interpretados pelo analista para passar a ser uma experiência em si. Tanto a excitação sexual quanto a interpretação são tomadas como critérios negativos para a enunciação do conceito por serem considerados eventos que perturbam ou comprometem a capacidade do sujeito de brincar.

O brincar é compreendido, portanto, como uma *experiência*. Em consonância com esta posição teórica, Winnicott encontra condições para empreender o segundo movimento a fim de torná-lo um conceito. Este movimento consiste em extrair os traços estruturais dessa experiência, podendo assim transgredir os limites impostos pelo sentido comum da palavra. Assim, o brincar passa a ser um conceito com a potência de nomear certas formas de experiência que ocorrem com o sujeito, independentemente de sua idade.

Trata-se da realização de um potencial criativo, isto é, uma experiência na qual o sujeito sente ter plena e indubitável autoria. O exercício da criatividade é um elemento estrutural desta experiência: para Winnicott, é pelo brincar que a criatividade se manifesta. Aquilo que ele designa como "sentimento do *self*" – conjunto de sensações que podem ser agrupadas nas experiências de sentir-se vivo, real e autor de seus movimentos – é acessível de maneira privilegiada pelo brincar. Longe de ser um passatempo ou um mecanismo de defesa, implica uma ausência de intencionalidade. Nesta configuração não se busca lograr resultados ou produzir consequências – daí seu caráter intrinsecamente espontâneo. Esta particularidade é ora caracterizada como um estado não-intencional, ora designada como uma experiência de amorfia, na qual se verifica uma ausência de elementos impondo qualquer forma que preceda e oriente o brincar (Winnicott, 1971).

É evidente que tanto a criança quanto o adulto são incapazes de manter-se brincando indefinidamente. O brincar é uma atividade pontual, que começa em um momento e termina em outro de forma espontânea. Nestes termos, Winnicott (1971) afirma que a emergência de tal experiência é creditada por certas condições proporcionadas pelo ambiente. A partir da apreciação mais pormenorizada dos dois critérios negativos de enunciação do brincar – a excitação sexual e a interpretação –, é possível deduzir certas condições necessárias para que a experiência do brincar tenha lugar. A excitação conduz o sujeito a um estado de tensão levando-o a tomar medidas para reduzi-la. A interpretação, por sua vez, interrompe o fluxo de experiência do brincar,

forçando o sujeito a ocupar-se com um elemento estranho a ele próprio, ao invés de ocupar-se consigo. Desta maneira, tensão e adaptação são eventos que inibem a possibilidade da espontaneidade e de uma vivência criativa.

A tensão emparelha-se à ansiedade. Estas duas experiências induzem o eu a se reconfigurar em uma forma integrada com a finalidade de tomar as medidas necessárias para aliviá-lo de tais sensações penosas. Em outras palavras, um grau extremo de ansiedade destrói o brincar. O extremo oposto da tensão é o estado de relaxamento. Nesse estado, o sujeito não se sente ocupado em administrar ou conter suas ações, e nem preocupado com as reações que possam ser suscitadas no seu interlocutor em decorrência de sua conduta. Se no estado de tensão a morfologia do eu é figurada como integrada e constrita, no estado de relaxamento o eu pode ser imaginado como estando não-integrado. Winnicott (1958/1983) descreve esse último como um momento comparável ao devaneio, no qual não há qualquer orientação.

Nestes termos, o estado de relaxamento é uma condição necessária para viabilizar o brincar. Buscando uma maior precisão teórica, pode-se compreender que, se o brincar é uma experiência, o relaxamento é uma posição. Enuncia-se assim que é na posição de relaxamento que a experiência do brincar pode-se realizar.

O tímido e a relativa incapacidade para o brincar

A experiência clínica nos indica que certos pacientes que se qualificam como tímidos apresentam dificuldades quanto submetidos ao enquadre analítico clássico. Dentre as dificuldades destacamos, aqui, a impossibilidade de brincar. Tais pacientes mantêm-se retraídos e afastados, indicando pouco envolvimento no tratamento. Por consequência, a ansiedade é um afeto constante e mesmo visível. A regra fundamental – associação livre – não parece ter fundamento para sujeitos que sentem não ter nada a oferecer ao outro.

O analista, portanto, é convocado a sair da posição de escuta para assumir outra na qual consiga criar condições para o sujeito falar. Contudo, sustentar a posição de quem pergunta não é suficiente e pode fracassar nesse intento. Quando a expressão do analisando é lacônica, fica claro o quanto sua

capacidade criativa está comprometida. Para Winnicott (1963/1983), a criatividade consiste na possibilidade de dar um colorido autoral à sua experiência; o discurso desses pacientes, contudo, é praticamente monocromático.

A partir destas observações, podemos depreender a dificuldade que é o brincar em uma situação analítica para certos pacientes. O nível de tensão é de tal ordem que compromete esta experiência. Diante desta constatação, a decisão técnica a ser concernida pelo analista é a de oferecer condições nas quais o paciente sinta-se relaxado. Interroga-se, no entanto, como criar tais condições. Tanto Ferenczi (1931/2011) quanto Winnicott (1971) respondem que a posição de relaxamento ou (não-integração do eu) é dependente da confiança que o sujeito adquire em relação ao ambiente. Para estes autores, a confiança pode ser estabelecida a partir de certas modificações do enquadre analítico, sendo elas notadamente orientadas pelas especificidades dos pacientes (Câmara, 2012). Entretanto, é fundamental a delimitação de marcos conceituais que esclareçam a natureza dessas especificidades no que concerne aos sujeitos tímidos.

Se a aquisição do senso de confiança em relação à análise é um meio de contornar os níveis insuportáveis de tensão que o sujeito sofre no encontro com o analista, verificar a natureza dessa tensão pode fornecer evidências para as especificidades a serem levadas em conta. Considera-se que as teorizações sobre o sentimento de vergonha na clínica dos sujeitos tímidos oferece um campo conceitual profícuo para esta investigação.

A vergonha e o olhar

No discurso de pacientes que se consideram tímidos, o sentimento de vergonha ocupa um espaço não-negligenciável, sendo descrito constantemente como uma fonte particular de mal-estar. Segundo as considerações feitas a partir da pesquisa empreendida pelo NEPECC, a vergonha é compreendida como a principal emoção a organizar o modo de relação do sujeito tímido com o mundo e consigo mesmo. A experiência deste sentimento não está atrelada, de maneira fundamental, à reação do sujeito a uma situação específica potencialmente embaraçosa, mas à própria imagem que tem de si.

Mais precisamente, a forma de vergonha vivida pelos pacientes localiza-se na tensão desta imagem de si com o olhar do outro (Venturi & Verztman, 2012).

Constata-se, desde os clássicos estudos de Darwin sobre as expressões emocionais no homem e nos animais, que a vergonha é uma emoção que "refere-se à presença e à opinião dos outros" (Darwin, 1872/2013, p. 293). O "maior desejo" de uma paciente atendida pela equipe, por exemplo, era de poder cantar no karaokê e dançar com desenvoltura em festas. Naturalmente, em decorrência de sua timidez, sentia-se inibida quando as oportunidades se apresentavam. A presença de outras pessoas – potenciais espectadores – intimidava-a, impedindo-a de ser espontânea e concretizar suas aspirações. Na solidão de sua casa, por outro lado, fechava as cortinas e era capaz de dançar e cantar com liberdade, sem nenhum pudor; até o momento em que alguém chegasse ao seu apartamento, evidentemente. Esta narrativa trazida pela paciente demonstra que os tímidos são capazes de brincar apenas em condições muito específicas: isto é, na solidão, quando se está seguro de não haver testemunhas.

Dois fatores intimamente relacionados estão em jogo no sentimento de vergonha: a imagem que o sujeito tem de si e o valor atribuído ao olhar do outro. Clinicamente, as descrições que o tímido consegue tecer sobre ele são geralmente acompanhadas de comparações em relação às outras pessoas. Estas comparações funcionam sob a tirania de uma lógica do fracasso: sempre o eu é pior que o objeto, não importando o critério que se utilize. Frequentemente, o tímido se descreve como pequeno e ridículo, inadequado e insuficiente. Desta forma, o eu é um retalho onde é costurada uma série de adjetivos negativos que atestam a condição de inferioridade do sujeito em relação ao mundo. Como revela Fausto a Mefistófeles: "Com esta longa barba minha, / Falta-me o jeito airoso, a linha; / O ensaio ser-me-á infecundo; / Jamais soube adaptar-me ao mundo, / Ante outrem sinto-me tão miúdo, / Sempre estarei sem jeito em tudo" (Goethe, 1808/2013, p. 199).

O sentimento de vergonha é acompanhado pela sensação de permanente desvantagem nas relações sociais. Tais pacientes sentem-se em um estado constante de ameaça, como se as relações mantidas com os outros fosse caracterizada por uma fragilidade essencial. Qualquer acontecimento pode vir a quebrar estas relações, enviando os pacientes de volta à solidão. Neste

sentido, os tímidos costumam sentir-se pouco à vontade com as pessoas com as quais, paradoxalmente, desejam manter relações.

Qualificar-se de tímido é descrever-se como alguém que sofre o desejo continuamente fracassado de ingressar em um mundo sentido como impossível. Na cultura na qual estamos inseridos, em que a reinvenção de si é um produto de consumo tão disponível e rápido quanto um corte de cabelo, é de se esperar que a demanda desses pacientes para uma psicoterapia seja a de reconstruí-los em uma versão mais adaptada ao mundo. Em certos discursos no campo da psicologia, designa-se como "habilidades sociais" o repertório de competências no qual o tímido deve ser treinado e instruído para ser capaz de funcionar da forma esperada nos eventos sociais.

Um objeto de constante preocupação destes pacientes é estar diante do olhar do outro: este pode desvelar a insuficiência que o envergonhado deseja tanto ocultar. Seja em uma situação concreta ou imaginada, o olhar atribuído ao outro funciona com tonalidades persecutórias. O sofrimento da vergonha só pode ser entendido neste "espaço" onde o sujeito se encontra na tensão de sentir-se exposto diante de um olhar estranho. O tímido não se sente visto, mas cruamente exposto, como se os seus elementos mais íntimos adornassem as partes mais visíveis de si.

Uma paciente passa a se considerar "preguiçosa" após sua mãe designá-la desta maneira. Não se limitando apenas às fronteiras de sua casa, este marco identificatório é convocado quando se compara aos colegas da faculdade. À iminência de uma entrevista de estágio, a paciente revela que terá de saber esconder o fato de ser preguiçosa para conseguir a vaga. "Preguiça" torna-se uma palavra que condensa o valor explicativo para todos os fracassos que vivenciou, assim como para todos aqueles que certamente vão advir. A preguiça torna-se um adjetivo fundamental, provocando a sensação de que todos aqueles que a olharem poderão acessar este traço e condená-la. Os versos de T. S. Eliot (1920/2013) se revestem de uma nova coloração a partir dessas considerações: "And I have known the eyes already, known them all- / The eyes that fix you in a formulated phrase [...]"[1].

[1] "E eu já conheci os olhos, conheci todos eles / Os olhos que te fixam em uma frase pré-formulada". Tradução nossa.

O olhar do analista

O estudo do sentimento de vergonha nos permite compreender com maior apuro a natureza da tensão que o tímido sofre no tratamento. Conforme explicitado pela fala da paciente coligida no início deste trabalho, para estes sujeitos ser o "centro das atenções" é uma experiência insuportável. Ora, como então realizar um tratamento psicanalítico, se esta terapêutica consiste justamente em colocar o sujeito sob a luz dos holofotes? Isto jamais parece ter sido um problema na clínica da histeria, por exemplo. Nesta perspectiva, o sujeito histérico funciona a partir da máxima "falem mal, mas falem de mim". O obsessivo, por sua vez, concede ser o centro das atenções, desde que domine os holofotes e os guie meticulosamente para onde ele quiser que estejam apontados. É certo que a timidez não se encontra no mesmo plano nosológico que estas duas entidades clínicas; entretanto, a comparação caricatural é pertinente para ilustrar uma dificuldade premente destes sujeitos em relação ao tratamento analítico.

Seguindo esta analogia, o tímido não dispõe nem das indumentárias da histérica, nem do domínio do obsessivo. Estar diante do olhar do analista é estar potencialmente nu e impotente. Se o recurso à metáfora é uma maneira de falar sobre si, preservando-se da exposição absoluta, o sujeito tímido encontra grandes dificuldades para desempenhar tal movimento. Neste sentido, a figura do analista não está incólume de se tornar uma ameaça aos pacientes envergonhados. Com muita facilidade, o rosto pouco responsivo e neutro do analista converte-se em um olhar hostil, que avalia e acumula os achados percebidos para usá-los em algum momento ulterior. Compreende-se que o sujeito tímido se encontra, neste cenário, em um estado de constante insegurança. Estar diante de um olhar que a todo o momento busca devassar o sujeito e fazê-lo confrontar-se consigo mesmo é como lançá-lo em uma condição de vulnerabilidade. A situação analítica falha em propiciar um espaço confiável para que o sujeito sinta-se minimamente protegido e possa se expressar. A consequência direta disso é um estado de tensão constante, no qual o paciente se sente incapaz de brincar.

É compreensível o motivo pelo qual algumas abordagens psicoterapêuticas sejam tão bem recebidas pelos sujeitos tímidos: aprender a agir de uma

maneira mais adaptada às expectativas sociais é uma forma de alienar-se de outras formas de ação menos adaptadas, porém mais próximas do que o sujeito sente como sendo suas. Observa-se que estas últimas formas de agir são gestos espontâneos, que eventualmente escapam do cuidadoso repertório de inibições e cálculos prévios. Estes lapsos momentâneos de espontaneidade podem ser seguidos por um afeto de extrema angústia, tornando-se, amiúde, objetos de longa ruminação e lamento. Estas ações são descritas como inadequadas ou ridículas. Elas induzem a um intenso desprazer e afloram o afeto de vergonha quando relembradas. A paciente que sonhava em dançar em festas e em cantar em karaokês relatava não ter domínio algum sobre seu corpo. Quando, em certos momentos, arriscara dançar em uma boate, descreveu sua forma de dançar como desengonçada e, mais que isso, ridícula. Não tarda a perfilarem adjetivos negativos que marcam o desempenho do ato e estigmatizam as qualidades do ator.

Em parte dos pacientes tímidos, nota-se um grande sofrimento, consistindo na dificuldade de se sentirem autores de suas vidas; o uso de técnicas que os façam adaptar-se é o preço que estão dispostos a pagar para realizarem esta aspiração. Algo nestes sujeitos não foi reconhecido por um olhar importante no momento de sua constituição narcísica (Avrane, 2007). Este algo luta por se tornar reconhecido ante outros olhares; entretanto, observa-se que este reconhecimento jamais é adquirido. Tais esforços são colididos frontalmente por fantasmas de desaprovação e críticas fulminantes enunciados por olhares unívocos em suas sentenças. Uma direção que privilegie a criatividade se torna compreensível ao se cotejar esta problemática: a observação da disposição para o brincar destes pacientes converte-se em uma ferramenta teórica útil para o estudo da técnica a ser concernida.

O percurso desenvolvido até agora ressaltou a dificuldade do sujeito tímido com relação ao brincar na situação analítica, mostrando como esta dificuldade está articulada a uma tensão cuja experiência se contrapõe à condição essencial para que essa experiência se realize: o estado de relaxamento. A partir destas considerações, vimos que em um aporte clínico tradicional o olhar do analista potencialmente reatualiza o olhar judicativo e avaliativo que ameaça o envergonhado. Nestes termos, o olhar do analista pode reproduzir e evocar as mesmas experiências que conduzem o sujeito tímido a uma

sensação de angústia insuportável, tolhendo a possibilidade de espontaneidade. Neste sentido, cabe refletir sobre o olhar do analista, visando atribuir a este olhar o estatuto de ferramenta clínica que possa favorecer o estado de relaxamento, logo, o brincar.

Por um olhar de confiança

Propiciar para o sujeito tímido um espaço que viabilize uma experiência de autoria é um dos objetivos a que se propõem os atendimentos no NEPECC. Esta postura diverge completamente de uma postura adaptativa e aposta na primazia da criatividade, o que configura um referencial ético da análise destes pacientes. Se o brincar é uma das manifestações mais francas da potência criativa, sua eleição como ferramenta clínica é uma via importante na direção do tratamento. Sendo, portanto, nos casos citados, o impedimento do brincar um fato clínico, Winnicott (1971, p. 80) supõe duas decisões lógicas a serem levadas em conta: "Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adéqua ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar".

Segundo esta perspectiva, a constituição de um ambiente confiável auxilia o paciente no sentido de se tornar capaz de brincar. Se para que o tratamento aconteça é indispensável a criação de um vínculo com o paciente, é necessário se criar um espaço para tal. Este espaço é construído pela confiança no analista. A confiança é um estado consistente e contínuo que marca a introjeção do sentimento de que o objeto é confiável. Esta confiança não é um fato natural e espontâneo, mas construído na relação entre os dois atores da cena analítica. Ressalta-se, assim, que este sentimento é adquirido pela experiência. Desta forma, é somente através da relação que o laço se transforma, remodelando-se em termos de um vínculo positivo e estável entre o paciente e o analista. A confiança se torna, assim, um elemento importante para potencializar a continuidade do tratamento – ou até mesmo para possibilitar que o trabalho analítico tenha lugar. Mas como construir esta relação de confiança?

Ferenczi e Winnicott são enfáticos ao afirmar que a confiança do paciente é algo que se conquista – muitas vezes a duras penas. A confiabilidade do objeto condiciona-se a partir de sua capacidade responsiva diante de experiências que remetem o sujeito ao desamparo. Nestes termos, a confiança se adquire em ocasiões em que o analista consegue adequar o enquadre, de tal maneira que possa se efetivar uma resposta a certos estados de angústia desorganizadores no sujeito. Ferenczi (1928/2011) nomeia "elasticidade da técnica" a ideia de que não seria o paciente quem deveria se enquadrar ao dispositivo analítico, mas sim o analista. Como uma tira elástica, este último deve ceder às tendências do paciente sem, no entanto, abandonar a tração na direção da bagagem conceitual como psicanalista.

Ora, sendo o olhar o ícone privilegiado para indicar o sofrimento da vergonha e seu consequente impacto na capacidade para o brincar, é por esta via que deve-se abordar o sujeito tímido. Entretanto, surge uma questão: como transformar o olhar do analista que inicialmente pode reatualizar a experiência traumática da vergonha em uma ferramenta que possibilite um laço consistente entre analista e analisando? Esta situação é paradoxal (Roussillon, 2005), na medida em que estes pacientes parecem, por um lado, demandar a presença concreta do olhar do analista e, por outro, evitá-la ou repudiá-la. O fato de o analista ser exigido em presença indica que o seu olhar, numa dimensão perceptiva, pode ser utilizado a favor para a constituição e preservação do campo terapêutico, desde que seja respeitada a especificidade dos pacientes.

Nestes termos, propõe-se a noção de *olhar de confiança*. Longe de ter a pretensão de ser um alicerce no tratamento desses sujeitos, sugere-se que esta noção seja uma figura, uma expressão discursiva, um operador clínico ou uma chave que integre o material teórico apresentado com a experiência obtida no tratamento do paciente. Sua função é representar um vetor que agregue e oriente decisões e soluções a serem concernidas pelo analista no tratamento de pacientes tímidos que apresentem sinais importantes de inibição ou angústia ante a visibilidade concreta adquirida na relação terapêutica. Os fatores "olhar" e "confiança", conjugados nesta função, conduzem à composição de um olhar que seja elástico e moldado pelas peculiaridades ligadas ao sofrimento da vergonha.

Os esboços que serão apresentados nesta conclusão não têm o valor de regras, recomendações ou dicas, mas apenas de imagens que possam compor alguma materialidade à noção proposta e instigar a criatividade do analista quando em sua prática – e, logo, instigar a criatividade do paciente. A este propósito, não podemos esquecer-nos de levar em conta a prudência, inaugurada por Freud, no que concerne aos discursos sobre a técnica psicanalítica. Posto este parênteses, invoca-se o que Winnicott considerou como o dilema inerente à atividade artística: no imo do artista, há a "coexistência de duas tendências, a necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado" (Winnicott, 1963/1983, p. 168). Pode-se reler esta dualidade na clínica do sujeito tímido, enunciando-se que este demanda um olhar que o conduza não a um desnudamento, mas a um reconhecimento.

Remetendo-se ao princípio de abstinência, o analista pode decidir manter um olhar neutro e uma postura opaca. Isto ocasiona, por sua vez, consequências sérias na relação analítica com os pacientes tímidos. A qualidade desse olhar invoca ressonâncias traumáticas, mobilizando o paciente para lidar com elas. Em tais casos, o analista pode ter de se distanciar de uma posição de investigador que para estes pacientes encarna uma série de características hostis, como o de examinador, avaliador, perseguidor, destruidor, etc. Uma interpretação pode ser tomada como uma crítica. Por outro lado, ler-se o mesmo fenômeno como a demanda por um reconhecimento não-obtido, isto é, por um olhar que consiga acolher e legitimar aquilo que não o foi anteriormente, também é uma maneira de portar-se na clínica. Compreende-se, a partir desta interpretação, que o sujeito anseia menos por um deciframento do que pela possibilidade de conseguir comunicar-se, tanto consigo quanto com o outro. A dificuldade singular que estes sujeitos apresentam ao tentar empreender um diálogo verbal solicita do analista a atenção para outros planos de comunicação, tanto no registro daquilo que recebe do paciente, quanto do que emite para ele.

O campo perceptivo, nesse sentido, ganha certa importância, pois permite ampliar os modos de expressão. A via discursiva, na esteira do pensamento de Ferenczi (1931/2011), não consiste no único modo de expressão possível; uma comunicação por meio de gestos e sinais figurados no corpo

constitui uma via privilegiada para certas experiências. Conjecturou-se que para o sujeito tímido falar de si é uma tarefa árdua, logo as dimensões gestual e corporal ganham o estatuto de via de expressão através da qual se pode entrar em contato com mensagens que não necessariamente passam pelo campo da linguagem. O face-a-face, ou o lado-a-lado consistem em posições privilegiadas, permitindo reintroduzir a expressão de experiências através de mensagens não-verbais e permitindo um modo de "conversação" que passa por ancoragens corporais. O discurso, no entanto, continua sendo a via principal no quesito da comunicação; contudo, trata-se de pensar a existência de uma comunicação mediante a qual as experiências psíquicas possam ser comunicadas por meio de outras vias (Mello, 2012). A noção de comunicação é, portanto, expandida: não se trata somente de um meio através do qual se informa o outro, mas destaca-se uma interação por meios viscerais, uma troca pelo detalhe (Roussillon, 2005). Com tais pacientes, portanto, o campo perceptivo ganha um lugar privilegiado: a postura corporal, os gestos, momentos em que o conteúdo psíquico é "apresentado" mais que dito. Dessa forma, é possível pensarmos em ferramentas clínicas que partem das impressões sensíveis para o sentido e não somente das palavras para o sentido (Gondar, 2010).

À luz das ideias de Winnicott (1971), o analista, tal qual o olhar da mãe, pode servir como uma espécie de espelho para o analisando. O olhar da mãe, em condições favoráveis, reflete aquilo que vê no bebê que, por sua vez, apreenderá seus gestos e movimentos através desse olhar. Tal movimento, de acordo com o autor, é essencial para a distinção entre eu e não-eu e para um sentimento de continuidade da existência. Isto é, para ver o mundo com o olhar de uma existência singular é necessário inicialmente apreender a experiência de ter sido olhado. Assim, o olhar da mãe consiste em um dos aspectos dos cuidados iniciais que fornece a experiência do prazer em ser olhado, permitindo ao bebê obter, através do olhar, uma existência singular. O analista-espelho, por sua vez, ao invés de interpretações pertinentes, reflete para o analisando aquilo que este apresenta, se tornando um derivado complexo da face materna que reflete o que é visto no bebê (Winiccott, 1971, p. 117). Dessa forma, os gestos e detalhes do analisando são reenviados pelo analista, reforçando que o olhar não é necessariamente algo que destitui a existência

causando embaraço. Supõe-se que, ao receber de volta os gestos posturais apreendidos pelo analista, o analisando constitua uma ideia de interioridade e intimidade, criando um estofo subjetivo que irá contra a sensação de obviedade do fracasso de si diante do olhar do outro. O olhar do outro, destituído de um sentido absoluto, ganha outras funções tais como a função de prazer no ato de olhar e ser olhado. Nestes termos, o olhar de confiança privilegia uma forma de comunicação alternativa ao registro verbal. A disponibilidade de perceber nas expressões corporais ou afetivas algo que anseia ser reconhecido é complementada pela possibilidade de responder a elas através de alterações do *setting*. O olhar de confiança é, portanto, um operador clínico que consiste em um olhar que se mostre curioso, mas não invasivo; paciente, mas não inerte; encorajador, mas não imperativo.

Retomando os versos de T. S. Eliot, espera-se que um olhar de confiança ofereça para o sujeito tímido ao menos um par de olhos que não o fixem em uma frase pré- formulada. Talvez, assim, o tímido sinta-se capaz de brincar na presença do outro.

Referências bibliográficas

Avrane, P. (2007). *Les timides*. Paris: Éditions du Seuil.

Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Câmara, L. (2012). *Do descrédito (desmentido) à catástrofe: a teoria ferencziana do trauma.* Monografia, Instituto de Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro.

Ciccone, A. & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris: Dunod.

Darwin, C. (1872). *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

Eliot, T. S. (1920). The love song of J. Alfred Prufrock. In: *Prufock and other observations*. Disponível em: <http://www.bartleby.com/198/1.html>. Acessado em: 5 de dezembro de 2013.

Ferenczi, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Obras completas*: *Psicanálise*, v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (1931). Análise de crianças com adultos. In: *Obras completas*: *Psicanálise*, v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Freud, S. (1905 [1904]). Sobre a psicoterapia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

Garcia-Roza, L. A. (1990). *Palavra e verdade: na filosofia antiga e na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

Goethe, J. W. (1808). *Fausto: uma tragédia – primeira parte*. São Paulo: Editora 34, 2013.

Gondar, J. (2010). As coisas nas palavras. Ferenczi e a linguagem. In: *Caderno de psicanálise-CPRJ*. Rio de Janeiro, ano 32, n. 23.

Mello, R. (2012). A problemática da clivagem: aspectos teóricos e clínicos. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.

Pacheco-Ferreira, F. (2012). Algumas questões sobre a angústia e sua relação com a vergonha. In: Herzog, R.; Verztman, J.; Pinheiro, T. & Pacheco-Ferreira, F. (Orgs.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Roussillon, R. (2005). La "conversation" psychanalytique: un divan en latence. In: *Revue Française de Psychanalyse*, v. 69. *P.U.F.*

Salztrager, R.; Sales, J. L. & Herzog, R. (2012). A fobia social é uma fobia?. In: Herzog, R.; Verztman, J.; Pinheiro, T. & Pacheco-Ferreira, F. (Orgs.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Venturi, C. & Verztman, J. (2012). Interseções da vergonha na cultura, na subjetividade e na clínica atual. In: Herzog, R.; Verztman, J.; Pinheiro, T. & Pacheco-Ferreira, F. (Orgs.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Winnicott, D. W. (1958). A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

Winnicott, D. W. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

Winnicott, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Um paradoxo nos sofrimentos narcísicos

Jô Gondar

Aquilo que tem sido atualmente designado como sofrimento narcísico não é uma entidade psicopatológica definida, mas uma forma de considerar alguns modos contemporâneos de padecimento para os quais se buscam alternativas teóricas e clínicas. Designá-los assim implica uma hipótese sobre o tipo de sofrimento que acomete esses sujeitos: considera-se que há modos de ser e de sofrer que se caracterizam por uma ausência de coesão subjetiva. São modos subjetivos que remetem a uma fragilidade na constituição do narcisismo em consequência de vivências traumáticas muito primitivas. Existe nesses sujeitos algum contorno, alguma unificação do corpo, mas essa unificação não tem muita consistência; o contorno egoico é frágil e pode se desvanecer com facilidade. É justamente essa inconsistência ou tendência ao desvanecimento que está sendo apontada como característica do sofrimento narcísico.

É possível, e nada incomum, encarar essa modalidade de sofrimento a partir de sua dimensão negativa, isto é, definindo ou patologizando o sujeito que assim sofre pela distância que ele apresenta em relação a um modelo positivo de subjetividade. A esses sujeitos faltaria algo – um contorno, uma identidade, uma unidade – e devido a isso eles padecem. Trata-se de uma forma possível de pensar e existem trabalhos importantes que a desenvolvem. Também existem outras. Gostaríamos de desenvolver uma hipótese sobre

essa forma de funcionamento subjetivo que, em vez de tomá-la apenas em uma dimensão negativa, procura considerá-la como uma estratégia existencial positiva de lidar com o sofrimento. Nesse sentido, nossa abordagem se fará sob a lógica do paradoxo: serão levadas em conta uma perspectiva negativa e uma perspectiva positiva sobre os sofrimentos narcísicos, sem qualquer possibilidade de síntese entre as duas.

Porém a lógica do paradoxo não se reduz, nesse caso, a um problema de abordagem ou de perspectiva. Não é simplesmente o olhar que lançamos sobre esse tipo de sofrimento que é paradoxal. O próprio modo de ser e de sofrer desses sujeitos também o é. Fazendo recurso ao paradoxo, estamos apenas procurando ser fiéis à modalidade existencial que está sendo tratada, procurando entendê-la como algo que se pesquisa, mas também como algo com que se empatiza.

A hipótese apresentada como paradoxal é a de que os sofrimentos narcísicos se caracterizam por um modo subjetivo instável e por uma oscilação entre tendências opostas: uma delas caminharia no sentido da unificação, enquanto que outra no sentido de uma fragmentação cada vez maior. É essa ideia que pretendemos agora explicar.

Entre fragmentar e unificar

As patologias contemporâneas não apresentam o recalcamento como operador psíquico fundamental; sobre isso não há muita discordância, sendo essa uma das principais razões pela qual se admite que o modelo erigido a partir da neurose histérica é insuficiente para pensá-las. Com isso não se está afirmando que os sujeitos contemporâneos não recalcam; o que está sendo dito é que o recalcamento não é o seu principal operador subjetivo. O operador privilegiado nesses casos é a clivagem psíquica, modo de subjetivação que foi objeto de estudo de Ferenczi (1931; 1933) e de outros psicanalistas posteriores, dedicados ao trabalho com formas não neuróticas de sofrimento.

Ora, a clivagem não incide sobre representações inconciliáveis com o eu, como o recalque; ela age no plano do eu, conduzindo a sua fragmentação e até mesmo à pulverização do eu. Como indica Ferenczi, há casos em que a

fragmentação é a única forma que o sujeito encontra de poder suportar uma dor impossível. O abandono de uma percepção unificada "faz desaparecer, pelo menos, o sofrimento simultâneo de um desprazer com múltiplas faces. Cada fragmento sofre por si mesmo; a unificação insuportável de todas as qualidades e quantidades de sofrimento é eliminada" (Ferenczi, 1930/1992, p. 248). Em casos de clivagens sucessivas, como costuma ocorrer com o acúmulo de microtraumas ou de situações traumáticas, o eu pode se tornar por demais fragmentado e pulverizado, espalhado como um arquipélago de muitas ilhas, podendo mesmo não se constituir no sentido que habitualmente lhe damos: o de projeção mental da superfície do corpo, capaz de forjar um contorno próprio para o sujeito. Knobloch explica, em termos existenciais, a proposta ferencziana: quando as forças a serem enfrentadas são ao mesmo tempo grandes e múltiplas, "o melhor jeito é tornar-se múltiplo, fragmentar-se, pois assim aumenta-se a superfície, diminui-se o impacto e pode-se suportar as várias forças" (Knobloch, 2013, p. 202).

Essas são situações nas quais não teríamos a constituição de um contorno egoico, nem mesmo a de um contorno precário. São modos de funcionamento nos quais a parcialidade, a multiplicidade e a fragmentação predominam sobre toda tentativa de unidade. Num texto sobre a relação entre acolhimento e domínio das pulsões, Ferenczi mostra como uma criança mal acolhida teria muito mais dificuldade de passar de um estado de dispersão pulsional para a constituição de um eu unificado e para o plano de uma sexualidade genital (Ferenczi, 1929). O não-acolhimento conduziria à tendência à fixação em funcionamentos regidos principalmente pelas pulsões autoeróticas, parciais e dispersas. Nesses casos, nos deparamos com algo para aquém de um narcisismo frágil. Falamos de fragmentação, parcialidade e de operações logicamente anteriores ao narcisismo: falamos de uma atividade autoerótica. É importante frisar que entre autoerotismo e narcisismo existe uma anterioridade lógica, mas não cronológica, já que, como veremos em seguida, esses momentos convivem e não se sucedem um ao outro.

O autoerotismo pode ser definido como uma resposta à pressão pulsional caracterizada por um modo fragmentário e multiforme de erotizar (Accioly, 2010). Por um lado, poderíamos dizer que o autoerotismo seria uma primeira forma de erotismo, erotismo que sofre uma reorganização depois que uma

nova ação psíquica – o narcisismo – se estabelece. Essa ideia, porém, não é exata. Não apenas porque o autoerotismo se reorganiza em modos mais complexos de funcionamento erótico, mas principalmente porque o autoerotismo não desaparece, ou seja, ele não é inteiramente substituído por formas supostamente mais organizadas ou mais evoluídas. Mesmo depois de uma nova ação psíquica ele permanece operante, ou seja, o registro autoerótico continua em ação depois do surgimento de outros modos de organização pulsional e de outros investimentos libidinais. Existe sempre em todos nós uma operação do fragmento que coexiste com a tendência à unificação, o que nos conduz a supor uma tensão interna entre o empuxo unificador do eu e a parcialidade multiforme da sexualidade autoerótica (Accioly, 2010). Isso vale para todos os modos subjetivos.

A questão é que nas neuroses clássicas a tendência à unificação consegue levar alguma vantagem. É por amor à imagem de si que a histérica e o obsessivo recalcam. Todas as representações ou os desejos inconciliáveis com essa imagem de si são recalcados pelo eu, um eu com força suficiente para tal. Mas nos chamados sofrimentos narcísicos esse eu aparece fragmentado, e a unificação que o narcisismo promove não se dá. A busca pela unificação se mantém, porém não consegue dominar outra tendência em sentido contrário. A tensão é mais forte, conduzindo a uma eterna oscilação entre a tendência a fragmentar e a tendência a unificar.

Não devemos considerar o empuxo ao fragmento como uma tendência apenas negativa, como resultado de um desenvolvimento que deveria ter sido feito e não pôde sê-lo. Existe positividade na fragmentação, e podemos ver nela alternativas que não apenas a patológica. Para além de um corpo despedaçado ou de um sujeito dissociado, vislumbramos a constituição de um modo sagaz de existência. Ferenczi, como vimos, mostra como em determinadas situações a fragmentação é a única maneira de lidar com uma dor insuportável. Porém a fragmentação não é apenas uma defesa; ela é também uma forma paradoxal de manter a singularidade e alguma autonomia em situações de captura subjetiva. Uma subjetividade fragmentada é menos capturável: trata-se, como propõe Felicia Knobloch (2013), de buscar uma modificação autoplástica criando realidades que não se situam na relação narcísica com o outro. Ao clivar-se em muitos corpos, estando em toda a

parte ao mesmo tempo e, assim, em nenhuma, o eu aumenta sua superfície, diminui o impacto das forças oponentes e se torna capaz de suportar várias forças (Knobloch, 2013). Cria assim uma "arte de viver em perigo", uma prática através da qual ele busca, ativamente, "desfigurar-se para não desfigurar, fragmentar-se como forma de resistência à fragmentação" (Knobloch, 2013, p. 202).

Uma estratégia semelhante se verifica na literatura e na arte a partir do século XX. Não por acaso, uma lógica fragmentária se faz presente tanto nos modos de subjetivação quanto na estética contemporânea. E com que propósito? Esse problema foi muito bem colocado por Maurice Blanchot em *L'entretien infini*, ao considerar a fragmentação como possibilidade de criação de mundos: "Quem diz fragmento não deve apenas dizer fragmentação de uma realidade pré-existente, nem momento de um conjunto ainda por vir [...]. Na violência do fragmento uma outra relação, inteiramente diferente, nos é dada, numa afirmação irredutível à unidade" (Blanchot, 1969, p. 32). É também o que realiza Proust nos sete volumes de sua *Recherche*. O universo proustiano é um universo em pedaços. Suas partes permanecem divididas, fragmentadas, sem que nada lhes falte, como sugere Deleuze:

> partes eternamente parciais levadas pelo tempo, caixas entreabertas e vasos fechados, sem formar nem supor um todo, sem nada faltar nessa divisão, e denunciando de antemão toda unidade orgânica que se queira introduzir. Quando Proust compara sua obra a uma catedral ou um vestido não é para defender um Logos como bela totalidade, mas, ao contrário, para defender o direito ao inacabado, às costuras e aos remendos (Deleuze, 2003, p. 150).

Entre esquizoidia e narcisismo

Retornemos agora ao tema dos sofrimentos narcísicos. Poderíamos dizer, em resumo, que neles observamos uma oscilação entre um movimento na direção do narcisismo e um movimento na direção do autoerótico, ou, de outro modo, uma tendência à unidade convivendo com uma tendência à

fragmentação. Essa ideia se aproxima da que a psicanalista norte-americana Althea Horner propôs, na década de 70, ao descrever o funcionamento oscilatório dos pacientes *borderline*. Horner (1976) mostrou que esses pacientes apresentavam um padrão pendular, marcado pela instabilidade e por mudanças súbitas. Uma dessas variações foi por ela apontada como fundamental: a oscilação entre uma questão narcisista e uma questão esquizoide. Ora, um modo esquizoide é justamente o que estamos aqui chamando de cindido, fragmentário, parcial. É, de fato, a conotação de *esquizo*, termo originado do grego *schizo*, que significa dividir, separar, cindir. O *esquizo* é o clivado por excelência.

Pretendemos aqui usar a ideia proposta por Horner – como outros analistas já fizeram[1] – só que agora a expandindo como uma tendência ou, melhor dizendo, como tendências presentes em quaisquer modos de subjetivação. A ideia, em suma, é a de que nos chamados sofrimentos narcísicos se radicaliza uma tensão existente em todos nós.

Residiria aí, talvez, a complexidade e a riqueza desses sujeitos. Suas flutuações e mudanças bruscas estariam ligadas justamente à oscilação entre esses dois movimentos libidinais. A tendência na direção do narcisismo seria um movimento de busca de unificação, mas realizado por esses pacientes de uma forma canhestra: ao invés de construírem um eu mais coeso para si, eles buscariam a unidade aderindo a um outro, convocando esse outro como uma espécie de prótese da existência do sujeito, estabelecendo-se assim uma espécie de narcisismo por tabela. Aparentemente, o movimento é de constituição de um eu; contudo, essa suposta constituição se vale da adesividade ao outro externo. Há, contudo, e ao mesmo tempo, um movimento na direção contrária: uma operação de retirada do investimento nos outros externos e um retraimento para si. Essa seria a forma pela qual o sujeito se defende da invasão que a adesividade proporciona: produz-se uma diminuição de contatos com o mundo e o retorno à parcialidade autoerótica. Através dessa atividade, o sujeito tenta evitar que a situação traumática primária, na qual teria experimentado um estado de perdição, seja reativada nas relações com o mundo.

---

[1] Ver por exemplo Figueiredo, L. C. O caso-limite e as sabotagens do prazer in *Elementos para a clínica contemporânea*.

Entretanto, não se pode reduzir a tendência ao autoerótico a um procedimento defensivo. O movimento na direção da parcialidade e do fragmentário pode ser visto como um processo participante da constituição existencial do sujeito, processo que lhe dá uma potência e uma capacidade para viver em situações e zonas-limite (Knobloch 2013, p. 205). Como escreve Renata Mello, "os estilhaçamentos psíquicos, positividades pelo avesso, sobrevivem em meio aos ventos e às marés" (Mello, 2012, p. 70).

Fairbairn (1952/1996), grande especialista nesses movimentos de retirada – próprios do que ele chama de paciente esquizoide – afirma que todo modo de subjetivação possui como base uma certa esquizoidia, constituindo-se a partir de cisões do eu. O filósofo Gilles Deleuze cria uma bela imagem para este modo cindido de funcionamento: são as ilhas oceânicas, ilhas múltiplas, espalhadas e independentes umas das outras, capazes de expressar concretamente as múltiplas clivagens que jamais formam um eu consistente (Deleuze, 2006). Diferentemente das ilhas continentais, as ilhas oceânicas não possuem um istmo que as ligue ao continente e, em sua multiplicidade, isolamento e deserção do mundo estabelecem um modo singular de territorialização.

De qualquer modo, ainda que em alguns sujeitos haja a predominância de um ou de outro modo subjetivo, mais canhestramente unificado ou mais fragmentário, podemos supor que exista sempre, nos sofrimentos narcísicos, uma oscilação entre os dois. É por isso que esses pacientes apresentam inúmeras vezes um funcionamento paradoxal: são impulsivos e lentos; parecem não ter noção do outro, ao mesmo tempo que são excelentes observadores dos outros e de si mesmos. Oscilam entre momentos de retração e de expansão. Nesses últimos eles costumam agir ou, com frequência, *atuar* de uma maneira precipitada, incauta, sem se darem conta de certos aspectos óbvios do entorno, sem perceberem os sinais do mundo. Momentos em que sua percepção da realidade parece bem pequena – é a hora em que o paciente narcísico se mostra "sem noção" ou muito ingênuo. Em outras situações eles se voltam para dentro, para uma auto-observação. São os momentos de retração autoerótica quando, paradoxalmente, demonstram um aumento da percepção: nessa hora são capazes de perceber com acuidade a si mesmos e ao ambiente e de realizar análises surpreendentemente lúcidas sobre o que

acontece com eles e com o entorno. Nesse aspecto eles são bastante sensíveis (são muito hábeis para "sentir com") e perspicazes.

Em suma, existem momentos em que o outro é visto como uma espécie de ideal e, nesse sentido, um semelhante – mesmo se idealizado –; enquanto que em outros o sujeito se sente sem semelhante algum, num mundo sem outrem. (É importante dizer que esses momentos não são tão "puros", e que nem sempre essas características se mostram tão claramente. Mas, de qualquer modo, suas características paradoxais se mantêm). Poderíamos resumir as duas tendências, em suma, como um movimento de expansão inconsistente (no estilo de um gigante com pés de barro) e um movimento de retração e isolamento. A ideia proposta por Green de que as angústias fundamentais dos *borderline* – a angústia de abandono e a angústia de invasão – podem se combinar bem com essa proposta. Nos sujeitos *borderline* – e os pacientes narcísicos se encaixam bem aqui – a questão é sempre a da boa distância. Problema que acaba desembocando num paradoxo de resolução impossível, já que uma invasão também constitui um abandono, e um abandono não deixa de ser uma invasão.

De qualquer modo, não me parece que os sofrimentos narcísicos devam ser situados de um lado ou de outro de uma báscula; é clinicamente mais rico – além de mais fiel ao que empiricamente observamos nos tratamentos analíticos – situá-los na própria báscula, no movimento pendular incessante, capaz de promover um equilíbrio metainstável como o de um funâmbulo na corda bamba, sustentando-se a partir do próprio desequilíbrio. Isso significa pensar que o paciente narcísico não se caracteriza por um delineamento, por um tipo de contorno e nem tampouco pela falta dele; o que marca esses sujeitos é um certo modo de circulação – de energia, afetos, padrões relacionais, humores. Esse modo de circulação não é avesso à produção de contornos ou formas; a questão é que essas formas seriam temporárias, formas em trânsito. Ao invés de se situar em um ou outro polo, as subjetividades narcísicas permaneceriam no *entre*, constituindo uma lógica paradoxal.

É importante deixar claro que, em um paradoxo, o *entre* não constitui um lugar do meio, e nem mesmo um novo lugar. Não se trata de, entre preto e branco, estabelecer um cinza – o que implicaria uma síntese entre os polos –, e sim de levar em conta os inúmeros matizes que existem entre preto e

branco, matizes em deslocamento permanente que apontam para um movimento de oscilação: quando os dois polos são afirmados ao mesmo tempo, não podemos reduzir nem a um nem a outro o que pretendemos observar.

Pensar por fronteiras, pensar por limiares

Quando estão em jogo experiências psíquicas que se situam para além das vivências neuróticas, é preciso usar um modo de pensamento ou uma lógica que também as ultrapasse. Caso contrário, seríamos levados sempre a pensar nos sofrimentos narcísicos como neuroses mal acabadas, instituindo a neurose como modelo universal da subjetividade e definindo as outras modalidades subjetivas em relação a ela. Teresa Pinheiro (2007) menciona, a esse respeito, as pesquisas sobre autismo realizadas por Paulina Rocha e Ana Elizabeth Cavalcanti. Houve um momento em que, ao invés de definir as crianças autistas pelo *déficit* – por sua ausência de desejo ou fantasia, por sua dificuldade na relação com o mundo e com a vida –, elas se perguntaram: mas o que, afinal, essas crianças têm?[2]. De que maneira elas poderiam ser positivamente definidas? Como descrever seu modo próprio de subjetivar-se? Poderíamos fazer a mesma pergunta em relação aos pacientes narcísicos: o que é que eles têm? Como é que positivamente funcionam?

O que pode ser dito, de saída, é que a dinâmica do sofrimento narcísico é paradoxal. Não é *isso ou aquilo* (oposição que caracteriza uma lógica binária); na verdade é *isso e aquilo ao mesmo tempo* (tensão que caracteriza o paradoxo). Se tentarmos entender o sofrimento narcísico a partir de uma lógica binária – bom/mau, fora/dentro, positivo/negativo, esperança/desespero – só vamos apreendê-lo enquanto deficitário, pois vamos pautá-lo no modo de funcionamento que mais conhecemos; esse sujeito então será visto pelo negativo, como um neurótico mal acabado – aquele que não simboliza, não representa, não integra, não recalca e não tem fronteiras. Ou, ao menos, que realiza tudo isso de forma muito precária.

---

[2] A este respeito ver Pinheiro, T. Prefácio a Cavalcanti, A. e Rocha, P., *Autismo: construções e desconstruções*.

Todavia, quando o que está em jogo é um funcionamento pendular, oscilatório, a própria ideia de fronteira não se aplica. Fronteira é o que se constitui a partir do recalcamento neurótico; um psiquismo caracterizado por fronteiras foi a proposta de Freud em sua primeira tópica – na qual a neurose de destacou como modelo subjetivo – construída na suposição de limites definidos entre as instâncias psíquicas e entre o eu e o outro. Lidos desde esta clave, os sujeitos narcísicos teriam que ser descritos pelo que eles não têm. Que noção então poderíamos usar, de maneira positiva, para caracterizar o funcionamento narcísico? Sem dúvida, é necessário, para caracterizar qualquer modo de funcionamento, supor que ele ocorre a partir de algum limite, tanto no registro intrapsíquico quanto na relação com o outro. Mas seria possível falar de limite sem falar de fronteira?

Walter Benjamin nos ensina como podemos fazê-lo, estabelecendo uma diferença entre fronteira e limiar. No livro inacabado das *Passagens*, no caderno sobre prostituição e jogo, Benjamin escreve: "O limiar deve ser rigorosamente diferenciado de fronteira. O limiar é uma zona. Remete à mudança, transição, fluxo" (Benjamin, 1927-1940/2006, p. 535).

Jeanne-Marie Gagnebin (2010) escreve um belo artigo sobre essa distinção. A fronteira, diz ela, designa uma dupla operação de espírito e de linguagem: desenha-se um traço ao redor de algo para lhe dar uma forma bem definida e evitar que esse algo se derrame sobre suas bordas. A fronteira contém e mantém algo, evitando seu transbordar; define seus limites e as limitações de seu domínio. É um conceito que remete a contextos jurídicos de delimitação territorial. "Sua transposição sem acordo prévio ou controle regrado significa uma transgressão, interpretada no mais das vezes como uma agressão potencial" (Gagnebin, 2010, p. 13).

Quanto ao limiar, Gagnebin explica que ele se inscreve num registro mais amplo do que o da fronteira – um registro de movimento, de ultrapassagem, de "passagens", de transições. Na arquitetura, o limiar apresenta justamente essa função de transição: permite ao morador ou ao passante que possa transitar, sem dificuldade, de um lugar a outro, um lugar diferente, às vezes até oposto. Como exemplos arquitetônicos teríamos a rampa, o umbral, a soleira de porta, vestíbulo, corredor, escadaria, sala de espera num consultório, sala de recepção num palácio, pórtico, portão numa catedral gótica. Em suma,

o que o limiar faz não é simplesmente separar dois territórios (como faz a fronteira): ele permite a transição. Benjamin o aproxima da ideia de onda. E não é por acaso que escreve sobre o limiar num caderno sobre prostituição: o limiar é uma *zona*. Lembra viagens, fluxos e contrafluxos. "Não significa simplesmente separação, como a fronteira, mas aponta para um lugar e um tempo intermediários e, nesse sentido, indeterminados [...]" (Gagnebin, 2010, p. 15). É aquilo que se situa "entre" duas categorias, essa zona intermediária à qual se costuma opor tanta resistência, pois na maioria das vezes se prefere as oposições demarcadas e claras (masculino/feminino, público/privado, eu/outro), mesmo que se procure, em seguida, dialetizar essas dicotomias.

Mas de que maneira a noção de limiar poderia contribuir para o desenvolvimento de nossa questão? Seria possível se construir um modelo de funcionamento psíquico a partir de uma dinâmica pautada por limiares?

Rede e vesícula: duas metáforas para a vida psíquica

Vale a pena aqui retomarmos os modelos de funcionamento psíquico propostos por Freud. Quanto a isso, Pontalis (1974) apresenta um comentário capaz de nos fazer avançar; não por acaso, ele o escreve a propósito da publicação francesa de um texto de Fairbairn sobre esquizoidia. Segundo Pontalis, Freud teria nos oferecido duas metáforas para pensar a vida psíquica. A primeira teria sido apresentada no "Projeto" (Freud, 1895): é a imagem da rede neural e da rede associativa, pressupondo fluxos, transmissões, trajetos, entrecruzamentos, pontos nodais. A noção de trilhamentos é tributária desse modo de conceber a vida psíquica. A outra imagem se encontra em "Além do princípio do prazer": é a imagem da vesícula viva que, para proteger-se de uma efração traumática, cria para si mesma um escudo protetor estabelecendo um limite entre o dentro e o fora.

Pretendo aqui fazer um certo deslocamento, usando as metáforas de Pontalis de um modo diferente do que ele próprio utilizou. É possível pensar que a imagem da vesícula é a imagem da fronteira, enquanto que o modelo da rede neural indica que é possível se estabelecer ligações sem que haja a necessidade de erigir sínteses ou contornos delimitados.

É nesse sentido que o modelo proposto por Freud em 1895 é absolutamente contemporâneo: é justamente a lógica da rede que teria hoje, no plano social, cultural e político, substituído uma lógica arborescente, disciplinar, baseada em um modelo identitário. Ehrenberg (1998) mostra como a primeira tópica freudiana, construída desde a ideia de fronteiras bem delineadas entre as instâncias e entre o fora e o dentro, é tributária de uma sociedade disciplinar. Hoje vivemos uma outra forma de organização social e subjetiva, na qual predomina o funcionamento rizomático, isto é, a lógica da rede. Lógica que não é muito distinta da que nos é oferecida pelos trilhamentos freudianos: nela a memória consiste na "capacidade de ser permanentemente modificado por experiências únicas" que estabelecem facilitações e diferenças entre essas facilitações (Freud, 1895/1976, p. 399), ou, em outros termos, choques que criam trajetos privilegiados em rede, sem fronteiras definidas, podendo combinar-se sob modos diferentes.

A atualidade dessa proposta é surpreendente se pensamos no funcionamento da *Web*: não há nela configuração de fronteiras ou de identidades, e sim *links* rizomáticos, que se espalham como grama. A memória na *Web* pode ser equiparada ao modelo do "Projeto" (Freud, 1895): em ambas, a memória não se caracteriza por algum tipo de conteúdo – como uma imagem ou um som; ela não é concebida como um conjunto de lembranças e sim como uma combinação que vai sendo criada conforme a transmissão da excitação ou de *inputs*. A memória é a própria rede, são os próprios trilhamentos, e não algo dentro deles. Desse modo o que importa são os trânsitos, as passagens e não as fronteiras ou as identidades. Para que um estímulo possa constituir trilhamentos, é preciso que ele tenha impressionado, marcado suficientemente o sujeito; é preciso que ele o tenha excedido – vamos usar aqui o termo psicanalítico: traumatizado. É necessário que um estímulo forte impressione o psiquismo para que uma trilha se constitua, e se constitua com o intuito de descarregar o estímulo.

Dizer que a rede se constitui devido aos choques pode parecer surpreendente, mas Freud o sugere, e Ferenczi, mais tarde, fará disso uma tese sobre a memória: ela seria constituída por traumas ou, para usar seus próprios termos, "os traços mnêmicos são cicatrizes de impressões

traumáticas" (Ferenczi, 1926/1993, p. 402). Há em Ferenczi, como há em um certo Freud, o reconhecimento da dimensão criadora dos traumas, dimensão esta que poderia levar à construção de um modelo de funcionamento organizado por limiares, ao invés de uma lógica identitária, pautada por fronteiras.

Foi dito mais acima que o modelo da rede permite estabelecer ligações sem a necessidade de sínteses ou contornos delimitados. Nesse ponto, cabe estabelecer uma distinção entre dois conceitos que costumam ser confundidos: o conceito de ligação e o conceito de síntese. É verdade que algumas formas de ligação – como as ligações entre representações ou entre afetos e representações – se fazem no sentido de estabelecer sínteses, integrações, colaborando para a constituição de um "eu". Neste sentido, o funcionamento autoerótico, fragmentário, trabalharia no sentido de dissolver ligações. Todavia, nem toda ligação se estabelece visando a constituição de um contorno unitário. O modelo da rede caracteriza-se justamente pela sua capacidade conectiva, de ligação. Seria possível estabelecer ligações sem que elas confluam para a construção de um "eu"? Ana Accioly nos aponta um caminho interessante a este respeito: segundo ela, podemos pensar que "o autoerotismo, como operação erótica fragmentária e multiforme, potencializa as ligações de *Eros*, na medida em que as multiplica e autonomiza" (Accioly, 2010, p. 22). Nesse caso, as ligações não se fazem no sentido da síntese, mas da multiplicidade: elas podem criar novas formas de erotização e novas possibilidades de subjetivação – ainda que, sem dúvida, com sua dose própria de sofrimento. De qualquer modo, podemos dizer que se toda síntese corresponde a uma ligação, nem toda ligação corresponde a uma síntese.

E o lugar do analista?

As fronteiras, como vimos, predispõem aos binarismos, às oposições binárias entre eu e outro, ou mesmo no seio do próprio sujeito. Porém um sujeito que permanece no *entre,* isto é, que apresenta um funcionamento paradoxal não pode se encaixar nessa lógica, pois o *entre* é justamente o que nos lança

nos matizes, impedindo e desfazendo os binarismos. Se deixamos de usar as fronteiras como base, o que nos permite conhecer ou reconhecer uma forma subjetiva é o seu modo de circulação e seu movimento. Mas como poderíamos pensar, nesse caso, a função ou o lugar do analista?

Talvez tenhamos que questionar a própria pergunta. Pois a suposição de lugares na clínica corresponde a um pensar por fronteiras – elas também delimitam lugares. Ora, se pudéssemos definir um lugar do analista, bastaria que nos posicionássemos corretamente para que um trabalho de análise acontecesse. Mas para isso teríamos que combinar previamente com o outro lado – como propôs Garrincha. Feliz ou infelizmente, não é assim que as coisas se passam, nem no futebol nem na clínica.

O que não significa que devamos descartar tão rapidamente a questão sobre os lugares na psicanálise. Talvez a clínica seja sempre uma interrogação sobre o lugar do analista e sobre os lugares em geral, interrogação proveniente de nossa sensação de estarmos sempre fora de lugar – e, nesse sentido, podemos aprender muito com os pacientes narcísicos. Tratando-se de clínica contemporânea, esse é o sentimento mais comum que ambos, paciente e analista, experimentam. Os sujeitos contemporâneos não possuem referências identificatórias capazes de lhes proporcionar um lugar. Nós tampouco. Quanto mais determinarmos o lugar a partir do qual a experiência clínica pode se dar mais vamos nos afastar dela, ao menos com esses sujeitos. Talvez sejamos mais fiéis à experiência analítica justamente quando abrimos mão de nossos referenciais teóricos e clínicos e nos deslocalizamos, para usar o termo feliz de Ana Accioly (2010).

De fato, a clínica possui um caráter contingente e contextual que não pode ser previsto pela teoria. Isso não implica que devamos descartar de vez nossos conceitos; o que podemos fazer é colocá-los em suspensão e, se quisermos realmente avançar, trabalhar com aporias. Na filosofia, a aporia remete ao paradoxo, à dúvida, ao movimento de autocontradição que impede a determinação do sentido de um texto. Aristóteles definiu as aporias como igualdade de conclusões contraditórias. Trabalhar com aporias nos conduz a suportar o indecidível nos textos e nas situações, nas crenças e nas práticas. Isso significa também afirmar e sustentar, como *topos* positivo, o fio da navalha, o mesmo lugar onde nossos pacientes se encontram.

Referências bibliográficas

Accioly, A. (2010). *Autopoiese e auto-erotismo na transferência.* Tese de Doutorado em Saúde Coletiva defendida no IMS/UERJ.

Benjamin, W. (2006). *Passagens* (1927-1940). Org. W. Bolle. São Paulo: IMESP.

Blanchot, M. (1969). *L'entretien infini.* Paris: Gallimard.

Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. (2007). *Autismo. Construções e desconstruções.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Deleuze, G. (2003). *Proust e os signos.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Deleuze, G. (2006). Causas e razões das ilhas desertas. In: *A ilha deserta e outros textos*. São Paulo: Iluminuras.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et societé.* Paris: Odile Jacob.

Fairbairn, R. (1952). Schizoid factors in the personality. In: *Psychoanalytic studies of the personality.* London: Routledge, 1996.

Ferenczi, S. (1926). O problema da afirmação do desprazer. In: *Obras completas. Psicanálise III.* São Paulo: Martins Fontes, 1993.

Ferenczi, S. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *Obras completas. Psicanálise IV.* São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Ferenczi, S. (1930). Traumatismo e aspiração à cura. Notas e fragmentos. In: *Obras completas. Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Ferenczi, S. (1931). Análise de crianças com adultos. In: *Obras completas. Psicanálise IV.* São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Ferenczi, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras completas. Psicanálise IV.* São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Figueiredo, L. C. (2003). *Elementos para a clínica psicanalítica.* São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Gagnebin, J.-M. (2010). Entre a vida e a morte. In: Otte, G.; Sedimayer, S. & Cornelsen, E. (Orgs.). *Limiares e passagens em Walter Benjamin*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Horner, A. (1976). Oscillatory pattterns of object relations and the borderline patient. In: *International Review of Psychoanalysis*, n. 3, p. 479-482.

Knobloch, F. (2013). No exílio da doença: polifonias subjetivas. In: *Cadernos de Psicanálise SPCRJ*, n. 29, p. 195-208.

Mello, R. (2012). *A problemática da clivagem: aspectos teóricos e clínicos*. Tese de Doutorado em Teoria Psicanalítica defendida no IP/UFRJ.

Pinheiro, T. (2007). Prefácio: O que essas crianças têm? In: Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. S. *Autismo. Construções e desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pontalis, J.-B. (1974). À propos de Fairbairn. In: *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n. 10, p. 56-59.

Tempos da interpretação e modalidades rítmicas em análise

Ana Bárbara Andrade & Regina Herzog

A interpretação, como dispositivo clínico, vem sendo considerada insuficiente para dar conta das configurações subjetivas mais referenciadas pela teoria da clínica contemporânea. Esta é uma constatação recorrente na comunidade psicanalítica diante dos impasses que o analista vem enfrentando na atualidade e se deve ao fato de que, hoje, muitos daqueles que buscam tratamento psicanalítico apresentam dificuldades acentuadas no âmbito da dimensão imaginativa da fantasia. A problemática apresentada por esses pacientes parece referir-se, mais precisamente, a uma paralisia da plasticidade e mobilidade da atividade fantasmática. Nesta medida, todo deslizamento de sentido a ser promovido pelo movimento interpretativo encontra obstáculos frente a um enrijecimento das possibilidades de fantasiar.

Na pesquisa clínica realizada no NEPECC, a imobilidade fantasística ganha contornos mais claros quando se observa nos pacientes a presença de uma fantasia estática que ocupa o espaço psíquico de forma determinante, cuja característica central é a crença em uma indiferenciação entre sujeito e objeto. Esta fantasia de indiferenciação associa-se predominantemente à figura materna, com quem estabelecem imaginariamente uma relação de intimidade absoluta, a qual nos leva a pensar em uma espécie de apagamento da diferença eu-outro (Andrade, 2013; Andrade *et al.*, 2013).

A ausência de plasticidade e mobilidade da fantasia parece ser resultado de dificuldades para atravessar a experiência de separação e interiorização do objeto primário. Em linhas gerais, esses sujeitos apresentam perturbações da função da alteridade em sua organização psíquica precoce. Tais perturbações estariam relacionadas a um excesso de presença do objeto primário, mantendo-o atrelado a uma fantasia de não-diferenciação e tornando estagnada sua mobilidade psíquica. Quando o investimento materno não permite ao sujeito vivenciar de forma gradual experiências de ausência objetal, o outro é sentido como excessivamente presente, o que vem impedir o ensejo e o livre curso de sua vida imaginativa.

No contexto de um investimento objetal benéfico, a criança buscaria elaborar a perda do objeto através de sua capacidade de pensar e de representar a ausência. Ela pode utilizar sua atividade incipiente de fantasiar imaginando que o objeto ausente perceptivamente está presente em outro lugar, representado junto a um outro (Roussillon, 2003). Assim, ao lidar com a perda do objeto, o sujeito dá ensejo à vida fantasística, quando preenche a falta do objeto com sua própria atividade de fantasiar. Desse modo, suas fantasias vão se ampliando gradativamente em termos de plasticidade e mobilidade psíquica. Isto não é o que ocorre com os casos clínicos a que nos referimos acima.

Vale observar que o caráter de indiferenciação que se destaca na fantasia privilegiada desses sujeitos se coaduna ao modo particular de inserção do sujeito na cultura contemporânea, a qual incide, como se assevera atualmente, em uma acentuada homogeneização, sustentada por um movimento tenaz de apagamento de toda diferença. A este respeito, Birman (2012) nos indica em sua leitura do processo sócio-histórico de transição da modernidade à contemporaneidade que tal transição teria engendrado uma modificação essencial da posição subjetiva predominante na cultura. Isto é, teria ocorrido uma mudança que implica a transposição de uma posição subjetiva de ordem *alteritária*, qual seja, uma posição que pressupõe a inclusão do outro em sua experiência psíquica, para uma posição *solipsista* do sujeito, que implica em um fechamento diante do outro. Neste sentido, é possível estabelecer linhas de continuidade entre a fantasia de indiferenciação eu-outro, observada nos casos atendidos pela pesquisa, e a cultura *solipsista* contemporânea. Ainda

que esta fantasia dual do paciente, atribuída mais correntemente à relação objetal primária, pareça admitir um reconhecimento do outro, no acento dado à dependência absoluta a um objeto privilegiado, tal fantasia só ocorre a expensas de um apagamento do outro em toda a sua diferença – o que não deixa de significar, em última instância, o apagamento de si.

Nosso objetivo aqui é o de examinar a especificidade da técnica psicanalítica que uma abordagem clínica com esses pacientes exige. Supomos que o desafio fundamental para a direção do trabalho analítico com esses pacientes seja, como bem sugere Fédida (2009), que o analista passe a se interrogar sobre "o seu poder de descobrir para ele uma língua inédita" (Fédida, 2009, p. 156; tradução nossa). O tempo e o ritmo dessa tal língua inédita serão os aspectos que buscaremos desenvolver no presente artigo.

Com efeito, uma primeira questão que se coloca é a de saber se seria preciso rejeitar a interpretação como modalidade técnica central. Nossa posição é a de que o dispositivo técnico da interpretação não está ultrapassado e não deve ser descartado, mas sim redimensionado no contexto clínico atual. Para tanto, propomos compreender o *movimento interpretativo* em um sentido mais amplo. Supomos ser possível apresentar uma definição mais abrangente de interpretação, entendendo-a como um *fazer* interpretativo que contempla todas as falas, ações ou gestos do analista capazes de produzir alguma mobilidade psíquica no paciente. Esta expressão vai permitir explicitar o caráter múltiplo e flexível da intervenção do analista, tal como se faz necessário no tratamento psicanalítico das subjetividades contemporâneas.

Desta maneira, nossa aposta é a de que, ao concebermos o movimento interpretativo como o conjunto das intervenções do analista no tratamento – quer ganhem a forma de imagens simples, falas interrogativas ou apaziguadoras, quer ganhem a forma de construções mais elaboradas ou extensas –, reconhecemos que elas comportam virtualmente um valor interpretativo a ser atualizado na relação transferencial entre analista e analisando. Convém esclarecer que o valor interpretativo de uma intervenção, mais do que promover deslizamentos de sentidos, tem o poder de operar um trabalho de ligação entre o discurso do analisando e o discurso do analista, graças a um compartilhar afetivo de pensamentos, sentimentos ou imagens cujo resultado será um novo ato de constituição de si.

Partindo desta definição mais abrangente de interpretação, nos interessa abordar a particularidade da direção do tratamento com os casos clínicos cuja dificuldade central se situa na fixidez da atividade fantasmática. A nosso ver, o trabalho analítico com esses pacientes visaria tornar mais fluido o acesso do psiquismo ao direito e ao prazer de pensar, de fantasiar, de existir. Nesta perspectiva, o movimento interpretativo do analista não teria como propósito a elucidação de uma verdade latente, isto é, a decifração de um "significado secreto" (Freud, 1900/1974, p. 544) a ser desvendado pelo método da interpretação. Com base na inspiração freudiana presente em "Construções em análise" (1937), a função do analista com esses casos depende eminentemente de um trabalho de invenção. Invenção de novas narrativas, novos afetos, novas histórias possíveis de serem contadas.

Os tempos da interpretação

Prosseguindo na questão da especificidade da função do analista na clínica atual, convém examinar determinados processos psíquicos operantes no *movimento interpretativo* do analista. Entre as ideias com as quais o analista se confronta durante o tratamento, há, de um lado, aquelas construções mais elaboradas, resultado de um trabalho psíquico alcançado por meio de uma articulação reflexiva entre as suas próprias associações e as associações do paciente e, de outro, determinadas construções que se impõem ao analista como interpretações estranhas, abstratas, que "nos vêm não se sabe de onde" (Pontalis, 1994, p. 109).

Estamos mais familiarizados com o primeiro tipo de experiência psíquica da interpretação, sobretudo pelo fato de a teoria da técnica psicanalítica ter conferido a essa modalidade sua legitimidade como método clínico. É possível observar que a interpretação, quando produzida por meio de um trabalho psíquico de elaboração, supõe uma temporalização ordenada, relativamente linear, do movimento interpretativo. Trata-se de uma tentativa de encadear lógica e cronologicamente os momentos apropriados para se propor a interpretação.

O segundo tipo de experiência, por sua vez, diz respeito ao modo pelo qual determinada interpretação é forjada pelo analista de forma impensada, irrefletida, como se tivesse sido formulada inadvertidamente, a qual surge tanto sob a forma de imagens, quanto de expressões espontâneas de linguagem. Essa modalidade interpretativa produziria no analista uma experiência de desterritorialização, como se perdesse provisoriamente seus referenciais identitários. Na definição precisa de Pontalis, uma experiência que nos deportaria "para além das fronteiras do nosso campo afetivo costumeiro" e de "nossa geografia interna" (Pontalis, 1994, p. 109). Nessas condições, é como se o analista não tivesse tido a possibilidade de realizar um trabalho de elaboração consciente sobre o seu próprio processo psíquico antes de formulá-la. A essa segunda modalidade interpretativa sugerimos denominar interpretação irrefletida.

A propósito desta modalidade, M'Uzan (1994) nos oferece, com a noção de quimera psicológica, elementos importantes para a discussão. Trata-se, segundo o autor, de uma forma de organismo novo, criado como produto de uma colisão entre os processos psíquicos do analista e do analisando. A atividade dessa quimera manifestar-se-ia através de "um cortejo de imagens banais ou estranhas" que ocupariam o campo psíquico do analista. Ao estudar os processos inconscientes do analista passíveis de se expressar na interpretação, M'Uzan (1994) os descreve, à semelhança de Pontalis (1994), como matérias psíquicas "brotadas não se sabe de onde" (M'Uzan, 1994, p. 169; tradução nossa). Sua natureza insondável é remetida, assim, à *quimera psicológica*, processo que se desenvolveria no psiquismo do analista de maneira quase subterrânea (M'Uzan, 1994).

Sendo assim, se a interpretação reflexiva supõe um tempo linear e ordenado, a modalidade irrefletida da interpretação pressiona o psiquismo do analista ameaçando desfazer as ordenações por ele constituídas, indicativa de um tempo que o ultrapassa, avesso a qualquer ordenação. Esse tempo corresponde à própria temporalidade do inconsciente, se o entendemos como uma virtualidade que, súbita e descontinuamente, pode se atualizar em manifestações inesperadas e imprevisíveis (Gondar, 1995). Esse tempo contempla, portanto, o caráter fortuito, a natureza imprevisível da experiência interpretativa.

A nosso ver, a possibilidade de se abrir para tais interpretações irrefletidas deve pressupor que uma atividade psíquica do analista em sua própria identidade se mantenha integrada, coesa, mas ao mesmo tempo predisposta a uma abertura aos afetos súbitos e inesperados que surgem na sessão. Deste modo, seu espaço psíquico estaria preservado, impedindo a instalação de uma área de experiência psíquica de indiferenciação, onde o processo analítico acabaria por se mostrar improdutivo e estagnado.

Importa esclarecer ainda que os dois registros da interpretação coexistem na experiência analítica, convivendo sob a forma de tensão. Se o campo psicanalítico lida tanto com o tempo ordenado quanto com o tempo puro da pulsão, como nos mostra Gondar (1995), ele engloba, na mesma medida, o devir caótico e os modos de dominá-lo, isto é, de lidar com (*Bewältigen*)[1] o tempo da pulsão. A partir desta distinção, convém nos interrogarmos a respeito do estatuto da interpretação na obra freudiana, o que permitirá aprofundar a discussão. Para tanto, faz-se necessário o exame de determinadas proposições freudianas acerca do trabalho analítico.

A temporalidade da interpretação em Freud

Comecemos pela afirmação de Freud (1912/1974) a respeito da comunicação entre inconscientes. A referência a este modo de comunicação aparece em sua obra sob a forma de uma menção, surgindo de maneira súbita, quase como um acidente fortuito que interrompe a continuidade de seu discurso. Ela funcionaria, segundo Freud, à semelhança de um receptor telefônico, incluindo, ainda que indiretamente, a possibilidade da ocorrência de uma interpretação irrefletida. A disponibilidade do analista para direcionar seu próprio inconsciente ao inconsciente do paciente implica que o analista renuncie ao controle de uma temporalidade ordenada da interpretação, tornando-a suscetível aos possíveis arrebatamentos pulsionais despertados neste encontro.

---

[1] Para uma maior compreensão sobre o modo como Freud indica a possibilidade de *lidar com* o devir pulsional, remetemos o leitor à análise hermenêutica do termo alemão *bewältigen*, no contexto de uma discussão sobre os afetos do analista (Andrade & Herzog, 2011).

Todavia, essa proposição não é desenvolvida ou retomada posteriormente por Freud. No que concerne à figura técnica da interpretação, vemos que o modelo clínico mais dominante na obra freudiana decorre de um trabalho psíquico de elaboração por parte do analista. Em "Psicanálise 'silvestre'" (1910/1974), Freud critica as intervenções *selvagens* em análise que teriam o efeito de surpreender o paciente muito precocemente. Ao contrário de uma espontaneidade irrefletida da interpretação, Freud privilegia outro modelo de condução clínica. Ele valoriza a espera de um longo intervalo de tempo para que as intervenções do analista possam ser apresentadas ao paciente, a fim de garantir que as resistências ao tratamento não se intensifiquem de forma a impedir sua continuidade. Deste modo, Freud prescreve duas condições para a intervenção analítica: a necessidade de que o paciente esteja, graças ao trabalho de elaboração, muito próximo de determinado conteúdo recalcado para que o analista venha a propor sua interpretação. E em segundo lugar, que o vínculo transferencial esteja assegurado, estabelecendo um terreno afetivo que permita ao analista propor sua interpretação (Freud, 1910/1974).

Em "A questão da análise leiga", Freud (1926/1974) aborda novamente a necessidade de uma posição analítica atenta ao bom tempo para a interpretação. Em suas palavras: "A fórmula é: esperar até que o paciente tenha chegado tão perto do material reprimido que ele tenha apenas mais alguns passos na dianteira da interpretação que o senhor propuser" (Freud, 1926/1974, p. 251). Ao ordenar a temporalidade da interpretação, procura mostrar que o determinante não é somente o que o analista sente ou compreende a respeito do paciente, mas que a interpretação esteja fundada – como bem pontua Green (1974) – na avaliação da distância entre aquilo que o analista se prontifica a comunicar e a apreciação hipotética daquilo que o paciente pode receber como comunicação.

Ainda que esta seja a posição dominante no texto freudiano, podemos notar nas entrelinhas de seu pensamento a ideia de uma abertura do analista para aquilo que é da ordem do intensivo em seu próprio psiquismo. Ou seja, é possível extrair de seu pensamento uma tensão entre duas perspectivas clínicas, dois tempos distintos – ambos possíveis – para o movimento interpretativo.

Neste sentido, não é à toa que Freud (1913/1974) teria proposto uma analogia entre o processo analítico e o jogo de xadrez, o que denota tanto uma abertura para a surpresa, como também a necessidade de uma apreciação reflexiva do movimento interpretativo. Embora ele tenha chamado a atenção para o caráter de imprevisibilidade do jogo, o jogador de xadrez não deixa de refletir sobre todas as suas jogadas em termos mais amplos, prevendo seus efeitos em todas as suas possibilidades e atento ao esquema mais geral do jogo. Trata-se, em ambos os casos, quer seja o analista quer seja o jogador, de recorrer a uma capacidade estratégica de avaliar suas ações e de tentar prever seus desdobramentos. Freud parece conceber o trabalho analítico nestes termos, como um trabalho de avaliação e de previsão consciente dos efeitos de suas ações, as quais são operadas de forma ordenada e refletida. Neste sentido, o excessivo apego de Freud a um modelo de interpretação fundada em um trabalho consciente do analista não deixa de revelar, de seu lado, uma tentativa de controle e domínio daquilo que é da ordem do intensivo, do pulsional não-ordenado, a fim de referenciá-lo segundo uma ordem temporal.

Mas se Freud desenvolveu sua teorização da técnica pautada prioritariamente em um tempo ordenado, novas elaborações neste campo puderam ser propostas pelos autores pós-freudianos, no sentido de indicar uma prática analítica voltada também para o tempo do *imprevisto*. Se o jogo de xadrez é a analogia utilizada por Freud para pensar a experiência psicanalítica, o jogo do rabisco winnicottiano serve como analogia para se pensar uma prática clínica mais sensível à afetividade circulante na relação transferencial, modelo menos ancorado em uma visada estratégica da intervenção do analista. Para defini-lo de forma sucinta, o jogo do rabisco – uma inovação técnica proposta por Winnicott (1968) para o atendimento com crianças – era realizado sem quaisquer regras ou regulamentos, escapando a toda tentativa de cálculo (Phillips, 2008). Winnicott (1968) propunha à criança que completasse um rabisco rudimentar que ele acabava de traçar em uma folha em branco, desenhando algo que pudesse ser reconhecível e partilhável. Em seguida, era a vez de a criança começar o jogo, fazendo seu rabisco para que Winnicott o completasse. Estes "desenhos conjuntos" tinham sua origem em movimentos espontâneos tanto do paciente quanto do analista, visando construir um

produto novo, algo maior do que a soma das partes dos rabiscos dos dois (Winnicott, 1968).

Podemos depreender que essa nova visada clínica, bem representada pela contribuição teórico-clínica winnicottiana, admite um modo de interpretar sujeito às *surpresas*, que surgem menos ordenadamente e mais espontaneamente no encontro entre analista e analisando. A perda estratégica é compensada por um ganho tático. Em outras palavras, o movimento psicanalítico, menos afeito a intervenções com objetivo estratégico, se ancoraria em uma perspectiva clínica de natureza tática, isto é, quando o analista é capaz de se tornar sensível para a particularidade de cada momento do tratamento, cada um deles comportando arranjos afetivos inéditos. Essa sensibilidade do analista se refere, especialmente, ao caráter rítmico do movimento interpretativo.

O tempo rítmico: entre a consonância e a dissonância

Convém diferenciar dois modos possíveis de o analista manejar a transferência. Daí decorreriam dois ritmos temporais distintos, por assim dizer, para a condução clínica. Em primeiro lugar, há o ritmo que é capaz de produzir um efeito de ruptura, de descontinuidade, entre o discurso do analista e o do paciente. Segundo esta perspectiva – bem ilustrada pelas indicações de Fédida (2009) –, a interpretação do analista viria introduzir uma diferença, a fim de tornar o analisando, ele próprio, desarmônico em relação a seus ideais, seu discurso. Nesta concepção clínica, o modo de lidar com a transferência se orientaria por uma relação de dissonância entre analista e analisando. A interpretação não ressoaria de forma harmoniosa no analisando, mas, ao contrário, teria a potencialidade de subitamente desordenar sua organização subjetiva, tal como uma nota musical fora de seu tom. Em contraposição à perspectiva da dissonância, podemos destacar outro modo de o analista manejar a relação transferencial, que se estabelece a partir de um estado de consonância psíquica entre analista e analisando. Nesta perspectiva, a ênfase é dada à capacidade do analista de exercer sua função em harmonia com a subjetividade do paciente (Andrade, 2013).

Considerando os dois ritmos descritos acima, retomemos a questão que movimenta nossa discussão. Sendo nosso propósito investigar as condições de possibilidade para o movimento interpretativo na clínica atual, nos perguntamos: na experiência analítica com esses pacientes, o ritmo do manejo deve privilegiar uma consonância ou uma dissonância entre analista e analisando? Nossa aposta, mais do que privilegiar a consonância *ou* a dissonância, é a de propor a concomitância entre os dois ritmos.

Privilegiar uma posição exclusivamente consonante acabaria pode acarretar, na experiência analítica, uma ilusão de apagamento da diferença, justamente a ilusão que o sujeito se esforça por manter imutável em sua fantasia. Nesta perspectiva, a dissonância teria o efeito positivo de desfazer minimamente a ilusão de indiferenciação eu-outro, efeito visado na direção do tratamento com esses pacientes.

Quanto à importância de certa dissonância entre analista e analisando, Winnicott (1987) nos oferece uma importante contribuição com sua noção de "mãe suficientemente boa". Muito embora seja comum a crítica ao seu pensamento pela suposta ilusão de uma figura materna indefectível – uma mãe sem erros e acertadamente cuidadosa na atenção ao seu bebê –, a proposição de Winnicott é justamente oposta. O conceito de uma "mãe suficientemente boa" remete, segundo Winnicott, a uma mãe que, no máximo, consegue ter um cuidado razoável com seu bebê, o que certamente implica em erros e falhas. O que o autor procura mostrar é que, durante o tempo em que a mãe cuida de seu bebê, "ela está continuamente corrigindo as suas falhas. Estas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso" (Winnicott, 1987, p. 80).

Do mesmo modo, na relação transferencial, Winnicott (1969) aponta a necessidade de o analista errar com seu paciente, ou seja, de que não tenha uma posição perfeitamente consonante. Algumas interpretações mal feitas pelo analista, afirma o autor, podem ser destinadas a informar ao paciente sobre o limite de sua compreensão, o que possibilita marcar uma distinção entre o analista e o analisando, para que uma diferenciação eu-outro possa emergir (Winnicott, 1969). Pontalis (2005a) vai nesta mesma direção ao se referir aos "bons efeitos da interpretação errada"; ele indica que o analista pode e deve cometer erros – erros geralmente bem menos danosos do que o

próprio analista poderia pensar (Pontalis, 2005). Por erros entende-se aquelas falas ou movimentos do analista que produzam no paciente a impressão de que não se amoldam ou não se ajustam aos seus próprios pensamentos e afetos, tendo o efeito de um acorde dissonante em seu psiquismo.

Quando o analista comete erros, o paciente pode responder a esses enganos por meio da expressão de sua agressividade, resposta essencial para que o sujeito possa "descobrir a própria externalidade do objeto" (Winnicott, 1969, p. 127). Desta maneira, o paciente pode se afirmar em sua existência separada do outro – modalidade de afirmação subjetiva fundamental para um psiquismo submetido aos efeitos de uma fantasia de não-diferenciação eu-outro. "Sem a experiência de destrutividade máxima (objeto não protegido), o sujeito jamais coloca o analista para fora" (Winnicott, 1969, p. 127). Neste contexto, a resposta do analista ao ódio expresso pelo paciente é igualmente importante, a qual consiste – para dizer de forma simplificada – em "não retaliar", isto é, a de não esboçar qualquer represália (Winnicott, 1969)[2].

Quanto à experiência de consonância entre analista e analisando, trata-se mais propriamente dos momentos férteis da análise em que uma comunicação do analista coincide com a do paciente, em um tempo processual capaz de dar continuidade à experiência de criação de um material psíquico novo. Com isso analista e analisando podem vivenciar juntos uma experiência particular capaz de promover a ilusão, no paciente, de que aquilo que lhe é comunicado é recebido como um produto que poderia ter sido criado por ele próprio. "Imagino esse processo como se duas linhas viessem em direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão*" (Winnicott, 1945, p. 227)[3]. Este momento de ilusão produziria no paciente a impressão de que aquele material comunicado pelo analista é encontrado/criado, amoldando-se harmonicamente aos seus próprios afetos e pensamentos.

---

[2] A dinâmica transferencial ora descrita refere-se à formulação winnicottiana relativa ao "uso de um objeto" (Winnicott, 1969).

[3] Esta citação de Winnicott (1945) refere-se mais especificamente à experiência de ilusão propiciada pela relação mãe-bebê, quando aquilo que o bebê alucina e aquilo que o mundo apresenta para ele são vistos como idênticos. "Em outras palavras, o bebê vem ao seio, pronto para alucinar alguma coisa [...] nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando" (Winnicott, 1945, p. 227).

Considerações finais

Para construir em análise um espaço que assegure a presença do analista muito vivamente, porém sem exceder em interpretações que soem invasivas, é preciso que este recorra às imagens que se formam em seu psiquismo. Com aquelas imagens que *provém não se sabe de onde* e que se formam na atualidade do encontro transferencial, o analista confere uma forma ao discurso do paciente, promovendo alguma mobilidade à fixidez do fantasiar que emperra a sua plasticidade psíquica. Oferecer-lhe imagens – esta é a direção do tratamento que, quando utilizada pelo analista como recurso técnico, é capaz de propiciar um desdobramento da mobilidade psíquica do paciente.

Em vista disso, cabe indagar, mais precisamente, como as imagens comunicadas pelo analista podem ser capazes de mobilizar a atividade fantasmática do analisando. Para responder a esta questão, convém retomar mais uma vez a concepção winnicottiana a respeito da interpretação. Para o autor, o essencial de uma interpretação não se refere ao seu conteúdo ou à intenção que a sustenta, mas àquilo que o paciente pode fazer dela. Neste sentido, o importante não é o conteúdo que o analista comunica, mas aquilo que, em sua comunicação, se oferece para ser modificado (Winnicott, 1968a). Em outras palavras, "a interpretação é um objeto brilhante[4] que excita a cobiça do paciente" (Winnicott, 1941, p. 53; tradução nossa). Trata-se, portanto, de algo de natureza amorfa, "aquilo com que o material se assemelha, antes de ser moldado, cortado, ajeitado e agrupado" (Winnicott, 1971, p. 54). Nesta perspectiva, o *movimento* interpretativo pressupõe o aspecto inacabado da interpretação – um movimento de caráter infindável, inconclusivo, a ser completado.

Nestes termos, cabe prioritariamente ao paciente moldar ou dar forma às imagens emprestadas pelo analista. Quando o paciente usa as imagens comunicadas pelo analista e as complementa, moldando-as ao seu modo, ele experimenta um prazer novo, surpreendendo-se a si mesmo em função daquilo que vai surgindo. "Quando nos surpreendemos a nós mesmos", afirma Winnicott (1970, p. 36), "estamos sendo criativos e descobrimos que podemos

[4] Aqui Winnicott (1941) compara a interpretação do analista à espátula de metal que ele utilizava no atendimento por ocasião de uma situação padronizada de observação de bebês.

confiar em nossa inesperada originalidade". A direção do tratamento com esses sujeitos não visa, portanto, produzir uma submissão do paciente àquilo que o analista oferece, mas, sim, a possibilidade de ambos compartilharem a experiência de se surpreender com o que surge de forma criativa e irrefletida em análise. Dessa maneira, o sujeito poderá vir a inventar uma nova narrativa sobre si mesmo, graças a um acesso mais livre à matéria plástica e mutável de sua vida imaginativa.

Referências bibliográficas

Andrade, A. B. T. (2013). *O lugar do analista na clínica atual: da fixidez da fantasia à mobilidade psíquica*. Tese de doutorado, UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica.

Andrade, A. B. T.; Pacheco-Ferreira, F. & Verztman, J. (2013). Transparence psychique et traumatisme: considérations à partir d'une recherche clinique. Paris: *Recherches en Psychanalyse*, 2013/2, n. 16.

Andrade, A. B. T. & Herzog, R. (2011). Os afetos do analista na obra freudiana. In: *Psicologia Clínica*, v. 23, n. 1.

Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Fédida, P. (2009). *Crise et contre-transfert*. Paris: PUF.

Freud, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. V. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1910). Psicanálise silvestre. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1926). A questão da análise leiga. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1937). Construções em análise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Gondar, J. (1995). *Os tempos de Freud*. Rio de Janeiro: Revinter.

Green, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. In: *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.

M'Uzan, M. D. (1994). *La bouche de l'inconscient*. Paris: Gallimard.

Phillips, A. (2008). *Winnicott ou le choix de la solitude*. Paris: Éditions de l'Olivier.

Pontalis, J.-B. (1994). A estação da psicanálise. *Jornal de psicanálise*, SBPSP. Vol. 27, n. 52.

Pontalis, J.-B. (2005). O psiquismo como dupla metáfora do corpo. In: *Entre o sonho e a dor*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Pontalis, J.-B. (2005a). A partir da contratransferência: O morto e o vivo entrelaçados. In: *Entre o sonho e a dor*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Roussillon, R. (2003). *A dependência primitiva e a homossexualidade primária "em duplo"*. Disponível em: <http:/www.joseouteiral.com.br>.

Winnicott, D. W. (1941). L'observation des jeunes enfants dans une situation établie. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1992.

Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Winnicott, D. W. (1968). O jogo do rabisco [squiggle game]. In: Winnicott, C.; Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

Winnicott, D. W. (1968a). L'interprétation en psychanalyse. In: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, 2000.

Winnicott, D. W. (1969). O uso de um objeto. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1970). Vivendo de modo criativo. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Winnicott, D. W. (1971). Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1987). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Histeria e falso *self*: aproximações e diferenças

Teresa Pinheiro

Este trabalho é uma versão atualizada do artigo publicado em 2004[1]. Temos aí um dos aspectos levantados na pesquisa *Comparação Clínica e Metapsicológica entre Pacientes Melancólicos e Portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico* realizada entre 2002 e 2008 pelo NEPECC/UFRJ a partir do acordo do PPTP, IPUB e HUCFF. Esta investigação tinha como interrogação os impasses da clínica frente às chamadas novas formas de sofrimento psíquico. Nas duas últimas décadas temos nos deparado com um número cada vez maior de casos de depressão, somatizações, anorexia, bulimia e fobias, além dos casos de dependência química. Esses pacientes chegam aos consultórios ou às instituições levados por uma enorme angústia ou ansiedade, cuja causa desconhecem, ou apresentando um quadro clínico de forte depressão.

Nos últimos vinte anos temos trabalhado os argumentos principais apresentados por Freud na metapsicologia da melancolia: ambivalência, a diferença entre o luto e a melancolia frente a perda do objeto, a clivagem, o superego cruel, a identificação narcísica, a vergonha, o modo de produção fantasmática e a forma discursiva do melancólico tais como encontramos

[1] "Tornar-se uma outra na histeria e ser uma outra no falso-self", *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. VII, n.1, 2004.

nos textos freudianos e também as noções que estão presentes na teoria do trauma ferencziano – identificação com o agressor, introjeção, confusão de línguas, desmentido e as descrições clínicas deste autor sobre o que ele chamava de casos difíceis. Esse trabalho teórico foi sempre confrontado com a clínica e nos permitiu ampliar o leque nosográfico da melancolia (Pinheiro, 1995, 2002; Pinheiro, Quintella & Verztman, 2010; Pinheiro & Viana, 2011; Herzog, Verztman & Pinheiro, 2009). Procuramos retirar da melancolia o caráter com que geralmente é descrita e pensada – como ausência ou negativa com relação aos parâmetros do modelo da histeria. Pudemos identificar um modelo de subjetivação próprio da melancolia bastante diferente daquele que estamos acostumados a trabalhar na psicanálise através do modelo da histeria. Assim nos afastamos das descrições do melancólico como o que não fantasia, esvaziado, o que não soube fazer um luto, o que parece psicótico, mas que só fala de castração, o que parece as vezes neurótico mas que não é... Procuramos mostrar como ambivalência, ambiguidade, verdade, castração, ideal do Eu e crueldade superegoica são parâmetros para a compreensão do aparelho psíquico que fazem todo sentido na histeria e que serviram de balizadores para a compreensão das neuroses, das perversões e das psicoses tais como a esquizofrenia e a paranoia, mas que não dão conta da melancolia e das patologias descritas pelos americanos como sendo personalidades narcísicas, denominadas por Winnicott de falso *self*, e por grande parte dos psicanalistas de casos limites e que na clínica contemporânea vêm se apresentando em número cada vez maior.

Em virtude desses antecedentes, no presente artigo usaremos o termo melancolia não só para nos referirmos ao quadro clássico da melancolia, mas também quando nos remetemos às figuras nosológicas dos ditos casos limites, os falsos-*selves*, as personalidades narcísicas, os somatizadores, distímicos, bulímicos, anoréxicos e dependentes químicos.

Muito já se disse do quanto a melancolia se parece com uma neurose – mais especificamente com a histeria. Também há uma tendência a aproximar a melancolia da psicose. Para nós, tanto uma quanto outra tendência se apoiam em falsas premissas. Na verdade, consideramos que nos vemos diante da necessidade de problematizar o modelo da histeria visto que estamos nos deparando, na atualidade, com quadros que este modelo parece ser

insuficiente para explicar não só em relação às dificuldades que vêm colocando no âmbito da clínica, como também no âmbito de uma maior precisão conceitual.

Ao contrário da clínica da neurose, na qual a ilusão é o tecido sobre o qual trabalhamos, a clínica da melancolia parece nos remeter sempre para o insuportável da castração. Nossa proposta aqui é tomar o diferencial entre a histeria e as patologias que obedecem ao registro metapsicológico da melancolia no que se refere à dimensão ilusória do projeto de "ser uma outra", visando contribuir para que se estabeleça uma distinção mais nítida entre estes modelos.

Encontramos na histeria, entre outros projetos, o projeto de "tornar-se uma outra". "Ser uma outra", nesse caso, é estar em outro lugar, idealizar o príncipe encantado, viver no mundo que sempre parece tão perfeito dos salões da corte. Na histeria, o bordado fantasmático parece, na maior parte das vezes, excessivo, barroco demais, tem muita renda, muito ponto festonê, muito crivo. É assim que aparece para Dora o mundo maravilhoso de Mme. K., assim é também o mundo sonhado por Mme. Bovary (Cf. Kehl,1998). O projeto de ser uma outra é, nesses casos, muito elaborado e cultivado com carinho. A vida só parece ser possível se a ilusão ganhar todas as cores. Os filmes de Doris Day parecem ter sido feitos para as mulheres sonharem que a felicidade é um estado eterno e de preferência "cantante". É claro que antes disto elas têm que passar por muito sofrimento, tem que acontecer muito desencontro, mas, passado o susto, tudo acaba bem.

Hollywood vendeu durante anos o bordão de que para as mulheres serem felizes bastava estarem no lugar certo, na hora certa, com o homem certo. O modelo serve até hoje para qualquer novela ou seriado de sucesso.

A fantasia de "ser uma outra" está exemplificada na obra freudiana de várias maneiras, uma delas é essa:

> Depois que chamei a atenção de uma das minhas pacientes para suas fantasias, ela me contou ter-se surpreendido em lágrimas na rua e, ao refletir no mesmo instante sobre o motivo deste pranto, ter conseguido capturar a fantasia que se segue. Em sua imaginação, ligara-se amorosamente a um conhecido pianista de sua cidade (embora não

> o conhecesse pessoalmente); em seguida fora abandonada, com o filho que tivera com ele (na verdade não tinha filhos), ficando na miséria. Fora nesse momento de sua fantasia que irrompera em lágrimas (Freud, 1908/1993, p. 142).

Neste texto, como vemos, a fantasia histérica apresenta todos os ingredientes necessários de como é "tornar-se uma outra". "Ser uma outra" neste caso é ser a escolhida pelo grande pianista, que ela nem conhecia, mas no bordado fantasmático está implícito que ele certamente conhecia outras mulheres. E este dado, na histeria, é de importância fundamental. Na sequência da produção fantasmática, ele se apaixona por ela e a faz, neste instante, tornar-se uma outra: torna-se aquela com quem o pianista, que ela nem conhece, se liga amorosamente. Dentre todas as mulheres é ela a escolhida, e isso por si só já faz dela uma outra muito especial. Na sequência da cena, o pianista surge como sendo, na verdade, um vilão terrível, um falso príncipe encantado – assim como todos os homens, ou como todas as outras pessoas, no sintoma histérico – que abandona a mulher grávida sem ter nenhuma consideração por ela. Temos, portanto, um vilão e uma vítima, personagens cujas identidades de mau e boazinha ninguém pode pôr em dúvida. A vítima é vítima porque é ingênua. Não podia imaginar que o vilão fosse tão mau, logo ele que parecia tão bom e a quem todos admiravam. Ela é a moça ingênua, quase criança, fácil de ser enganada pelos homens. A sequência da cena pode ser dedutível pela construção histérica: ele a abandona certamente por outra mulher. O triângulo amoroso está formado e a disputa dela por um homem será sempre com uma outra mulher.

Um outro exemplo é dado por Freud em "Psicologia de grupo e análise do ego":

> Suponha-se, por exemplo, que uma das moças de um internato receba de alguém de quem está secretamente enamorada uma carta que lhe desperta ciúmes e que a ela reaja por uma crise de histeria. Então, algumas de suas amigas que são conhecedoras do assunto pegarão a crise, por assim dizer, através de uma infecção mental. O mecanismo é o da identificação baseada na possibilidade ou desejo de colocar-se na

> mesma situação. As outras moças também gostariam de ter um caso amoroso secreto e, sob a influência do sentimento de culpa, aceitam também o sofrimento envolvido nele (Freud, 1921/1993, p. 101).

Ser uma outra envolve sempre algum sofrimento, ou melhor, a estética histérica de ser uma outra pressupõe uma mulher que sofre. O sofrimento, aí, é o adereço estético imprescindível. O belo do feminino é apresentado como sendo o sofrer por um homem. Assim se faz o laço identificatório das meninas do internato. Experimentar o sofrimento de uma outra mulher é como tomar posse do saber sobre o que é ser mulher. Os enredos se fazem todos na mesma maneira: um homem cobiçado, uma mulher ingênua e sofredora, um vilão e uma vítima. A felicidade está sempre em outro lugar, numa outra festa, em outra cidade, outra família, com outro marido e assim vai... O bordão poderia ser, sem problemas, esse: há em algum lugar do planeta uma mulher mais feliz que eu e ser esta mulher é ter tudo, é ter toda a felicidade do mundo! Há um detalhe fundamental nesta postulação. Esse bordão é algo que a histérica sabe que pode ser falso, que está ali só alinhavando um tecido imaginário que ela considera imprescindível para viver, ele dá a ela o sonho de um dia banir todo o sofrimento e ao mesmo tempo garante, no presente, a estética da mulher que sofre por não ter aquilo que ela imagina que uma outra mulher pode ter.

O conceito de fantasia, dentre todos os conceitos freudianos, talvez seja o que reúne melhor e de forma mais sintética a aliança entre o eixo da linguagem e o da ordem da sexualidade. Quando Freud anuncia a Fliess que abandonou a sua neurótica (Freud & Fliess, 1887-1904/1986, p. 246) e que pode conceber esse psiquismo como sendo constituído de representações, neste momento, ele passa a dar à representação autonomia, voo próprio, concebendo-a como desvinculada de um referente. Não importa se elas são fruto da percepção ou de construção fantasmática, para a realidade psíquica terão o mesmo valor. Se com esta afirmativa a teoria da sedução, que sustentava a etiologia da histeria (Freud, 1896/1993, p. 185-218), se torna irrelevante, a fantasia, entretanto, passa a ganhar uma abrangência nunca antes pensada. Freud nos diz em 1914: "Se os pacientes histéricos remontam seus sintomas a traumas que são fictícios, então o fato novo que surge é precisamente que

eles criam tais cenas na fantasia, e essa realidade psíquica precisa ser levada em conta ao lado da realidade prática" (Freud, 1914/1993, p. 17).

A composição da fantasia histérica comporta sempre mais de um personagem e seu objetivo é ter a ilusão de que é possível ter acesso à subjetividade de todos os integrantes da cena fantasmática, ou seja, o que move o projeto da fantasia histérica é a ilusão, nesta montagem, de conhecer o desejo e aquilo que provoca o desejo em cada um dos personagens. O elemento mágico da fantasia histérica antecipa todas as surpresas, todos os desejos são imaginados, todos os desencontros humanos apresentados e apreendidos. O que importa é colocar-se no lugar do outro para saber o que o outro quer, sente ou pensa. Trata-se de sentir e imaginar todos os paradoxos que os sentimentos e as emoções humanas produzem. Neste sentido, o pré-requisito da dinâmica do aparelho psíquico reside na forma como foi concebido por Freud, qual seja, como um aparelho capaz de interpretar o objeto atribuindo-lhe uma subjetividade semelhante à sua própria. Não há, portanto, possibilidade de entender este aparelho de linguagem sem pensá-lo como um aparelho de interpretação. Em outras palavras, não se pode pensar o aparelho psíquico sem lançar mão do modelo da fantasia histérica. Desta forma, as propriedades de articulação da subjetividade como intérprete de outras subjetividades têm por pré-requisito o instrumental da fantasia.

Sem pretender esgotar a riqueza dessas formulações, podemos dizer, em linhas gerais, que é deste modo que se apresenta o modelo da histeria, modelo que forneceu as bases da primeira tópica freudiana permitindo-lhe descrever, metapsicologicamente, o funcionamento psíquico.

Em 1919, no texto "Bate-se numa criança", Freud propõe desmembrar a fantasia em três momentos. No primeiro momento a fantasia seria de que o meu pai está batendo em outra criança porque me ama. No segundo momento o meu pai está me batendo. Se tomarmos esses dois momentos da fantasia, temos a possibilidade de imaginar o que antecede as cenas e um depois das cenas, tanto no primeiro quanto no segundo momento. As cenas têm movimento. O enredo que se depreende delas está claramente vinculado à trama edipiana, os personagens são sujeitos que pertencem ao universo de quem elabora a fantasia. O cenário pode ser rico de detalhes, não há dúvida do tecido imaginário que constrói a paisagem em questão. Já no terceiro

momento, tudo parece bem diferente. Se não o tomássemos como sendo a síntese dos dois momentos anteriores como Freud propõe, mas como se ele fosse único, talvez aí encontrássemos algo bem próximo do modelo fantasmático da melancolia. Nossa proposta (Cf. Pinheiro, 1997, p. 41-44) é tomarmos esse terceiro momento isoladamente. Neste caso ele nada teria a ver com a fantasia histérica. O que está em questão aí não é interpretar o desejo dos personagens, não há tampouco nenhum movimento, não há uma causa que antecede a cena e nenhuma ação futura que se possa deduzir. A imagem é fixa, quase parada. A indeterminação dos personagens e a fixidez da imagem diferem totalmente da fantasia histérica, na qual uma elaboração está em curso e uma identificação será o resultado. Se tomarmos esse terceiro momento como base de um modelo fantasmático das patologias narcísicas, encontraremos nele todos os ingredientes que estão presentes na metapsicologia da melancolia e que nos trazem tantas questões na clínica com esses pacientes.

O trabalho de pesquisa com pacientes que chamamos de melancólicos inclui uma gama de sintomas que vão desde as descrições da escola americana que postulou as ditas personalidades narcísicas, até os pacientes traumatizados descritos por Ferenczi, o falso-*self* concebido por Winnicott, além da apropriação que a psicanálise fez da nosologia psiquiátrica dos borderlines, dos ditos casos limites, dos melancólicos e somatizadores. No andamento da pesquisa fomos obrigados a trabalhar o conceito de fantasia em Freud nos diferentes aspectos. Ao privilegiar aqui o projeto de ser uma outra para estabelecer uma distinção entre o modelo histérico e o modelo da melancolia vamos, sobretudo, nos calcar no atendimento com pacientes com lúpus, que na sua grande maioria parecem apresentar a descrição que Winnicott faz de falso *self*.

Ser uma outra no falso *self*, ou em qualquer patologia que obedeça à gramática da melancolia, é bem diferente do projeto de ser uma outra da histeria. Ser uma outra não é um projeto com os bordados da histeria, é a única forma de ser que se apresentou como possível.

Acreditamos que a proposta da teoria do trauma em Ferenczi, postulada para dar conta do que ele chamava de casos difíceis, é bastante próxima do paciente "falso-*self*" apresentado por Winnicott. A noção de progressão

traumática da qual Ferenczi fala seria uma invenção de um "Eu" antes que o Eu tivesse condições de advir. Neste sentido, como Abraham e Torok (1995), acreditamos que é perfeitamente possível aproximar a identificação com o agressor em Ferenczi e a sombra do objeto que caiu sobre o Eu em Freud. A explicação sobre a identificação com o agressor a partir do conceito de incorporação dá, inclusive, melhor inteligibilidade à noção de "a sombra do objeto caiu sobre o Eu". Ainda no mesmo sentido podemos tomar o falso-*self* patológico de Winnicott, figura nosológica quase idêntica ao traumatizado ferenczíano como equivalente à identificação com o agressor e à sombra do objeto. Essas aproximações são possíveis pela equivalência, entre esses autores, da descrição que fazem da clivagem nesses casos e, como consequência, da artificialidade do Eu nesses pacientes. Forjar-se um Eu é, nesse sentido, uma saída possível diante de uma situação limite para a criança. Inventa-se um Eu a partir de uma apropriação mimética do objeto, a identificação narcísica é aqui não uma primeira identificação e que mais tarde será o núcleo das instâncias ideais, como Freud afirmou em 1923. Ela é a única possível e não dará lugar a um Eu que seja um precipitado de identificações como encontramos na neurose. Ser uma outra é a única forma de ser, pois o si mesmo parece ser justamente o que foi perdido

Há sem dúvida um projeto estético envolvido nesse modo de ser melancólico. Essa outra que se forja é alguém que quer ser reconhecido como sendo corajoso ao encarar a própria condição humana, é alguém que não se ilude com bobagens como os neuróticos, é alguém que pretende dominar de forma unívoca os conceitos de sinceridade e justiça. Mas o que nos interessa aqui é o que vem a ser esse "ser uma outra" do falso *self*. O sentimento de estranheza parece ditar a questão. Como se ser o "ser si mesmo" fosse uma abstração, algo perdido pelo caminho e do qual elas não têm mais lembrança alguma.

Ferenczi fala, na sua teoria do trauma, que no momento do desmentido o traumatizado perde a certeza de si, não confia mais na sua própria percepção do mundo e dos seus sentimentos (Pinheiro & Viana, 2011, p. 352-360). Essa hipótese pode nos ajudar a entender por que o discurso melancólico é tão cheio de certezas, não parece permeado pela dúvida e é tão asséptico nos seus sentimentos. Como se o modelo defensivo de "ser uma outra" fosse "ser a outra da certeza de si", que jamais foi assaltada pela dúvida. Ser uma outra

é ter uma carapaça, algo que a distancia do sentimento de si e que forneceu todos os instrumentos para sobreviver neste mundo. O conceito de clivagem na teoria do trauma ferencziano enriquece de alguma maneira a postulação de falso-*self* de Winnicott (Verztman, 2002, p. 59-78). Uma das coisas que mais saltam aos olhos no trabalho com essas pacientes é a sensação de que procuraram se equipar como puderam para "sobreviver". O viver é um luxo neurótico. Ao nos depararmos com esses pacientes nos damos conta do quanto o instrumental da ilusão, instrumental que parece não estar disponível para esses pacientes, serve confortavelmente aos neuróticos. O que está em falta na melancolia é, entre outras coisas, o conforto. Conforto que a ilusão proporciona ao neurótico que, diante da inevitável aceitação da castração, a coloca entre aspas, como transitória, circunstancial, ao lançar mão das instâncias ideais que garantirão, graças à ilusão, uma construção imaginária de que o passado foi vivido longe dela (castração) e no futuro ela será banida, essa é pelo menos a promessa do ideal do Eu. Em contrapartida, a vida do melancólico é o aqui e agora. Não há para trás nenhuma figura de Sua Majestade o bebê, do passado pouco se lembram e do que se lembram são imagens soltas que não fazem elo, não constroem uma versão da história de si. O futuro é de novo uma imagem parada, fixa, sem possibilidade de troca. Está longe de ser uma tela branca onde se pode projetar e projetar-se no futuro, o que implicaria que esse futuro seria passível de ser mudado, modulado com o passar do tempo. Na maior parte das vezes projetar-se no futuro parece ser o inimaginável, pois para projetar-se no futuro é imprescindível que se tenha ilusão, é preciso ter familiaridade com o mundo dos sonhos, sair da concretude do aqui e agora.

O mundo melancólico é parnasiano, as imagens são descritas minuciosamente para que não paire qualquer dúvida ou ambiguidade. O ser uma outra não está ali para forjar a realização do desejo, mas para anestesiar, impedir as surpresas e sobressaltos. Resta ao sofrimento ter como destino de expressão o próprio corpo. Se parecem indiferentes ao falar dos seus sentimentos, no corpo o sofrimento tem concretude feito as palavras que usam. Não há entrelinhas nesse sofrimento, ou ambiguidades. As articulações doem ou a pele apresenta manchas, texturas diferentes, ou, ainda, o cabelo cai. O corpo com sua base material palpável parece ser o único reduto encontrado para uma história poder ser contada.

Poderíamos pensar que a questão da vitimização que aparece no discurso das melancolias apontasse para a mesma questão do lugar de vítima da histeria. Mas na melancolia isto não faz par com o vilão. Não há vilões. Não há também nenhuma intenção de, na relação transferencial, fazer do analista um mero espectador e comprovador de que há sempre um vilão e que o paciente, por sua vez, é a grande vítima. Se o analista é colocado como espectador no trabalho com as melancólicas é para que, nesta posição, ele possa vê-la, atestar sua existência enquanto outra e quem sabe ser testemunha de um si-mesma que foi ali para enfim advir. O analista é chamado a testemunhar que ela ali faz presença, é chamado para com seu olhar fazer o contorno da imagem corporal da paciente, ajudando-a assim a manter uma imagem de si que parece sempre ser tão tênue, tão frágil, pouco capaz de se manter no tempo. Tampouco reivindicam para si o lugar de ingênuas. Para as melancólicas, ser ingênua é quase um defeito de caráter. São vítimas porque a condição humana, a realidade brutal da consciência da castração não permite, segundo elas, um outro lugar que não esse. Mas não se pretendem as únicas vítimas, para elas todas nós somos vítimas. Na relação transferencial, o analista é testemunha do esforço delas em se resgatarem, se constituírem narcisicamente, sob o olhar de alguém. Ser uma outra é ser qualquer um, não há individualidade, singularidade, essa outra é um universal, uma bula para viver, não mais que isso. O que elas buscam no espaço analítico é um recuperar o si mesmo para poder abrir mão desta outra.

Referências bibliográficas

Abraham, N. & Torok, M. (1995). *A casca e o núcleo*. São Paulo: Editora Escuta.

Freud, S. (1893). La etiología de la histeria. In: *Obras completas*, v. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

Freud, S. (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. In: *Obras completas*, v. IX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

Freud, S. (1914). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. In: *Obras completas*, v. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

Freud, S. (1919). Pegan a un niño. In: Obras completas, v. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. In: *Obras completas*, v. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

Freud, S. & Fliess, W. (1986). *Correspondência completa* (1887-1904). Rio de Janeiro: Imago.

Herzog, R.; Verztman, J. & Pinheiro, T. (2009). Vergonha, culpa, depressão contemporânea e perdão. *Trivium*, v. 1.

Kehl, M. R. (1998). *Deslocamentos do feminino*. Rio de Janeiro: Imago.

Pinheiro,T. (1995). Algumas considerações sobre o narcisismo, as instâncias ideais e a melancolia. In: *Cadernos de* Psicanálise, SPCRJ, v. 12, n. 15.

Pinheiro, T. (1997). A castração: do interdito ao desamparo. In: *Revista Saúde, Sexo e Educação*, IBMR, n. 12.

Pinheiro, T. (2000). Algumas questões da metapsicologia freudiana. In: *Psicologia Clínica*, PUC-Rio, v. 12, n. 1.

Pinheiro, T. (2002). Escuta psicanalítica e novas demandas clínicas: sobre a melancolia na contemporaneidade. In: *Revista Psychê*, SP, n. 9.

Pinheiro, T. (2004). Tornar-se uma outra na histeria e ser uma outra no falso-self. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. VII, n. 1.

Pinheiro, T.; Quintella, R. R. & Verztman, J. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. In: *Psicologia Clínica*, Puc-Rio, v. 22, n. 2.

Pinheiro, T. & Viana, D. (2011). Losing the certainty of self. In: *The American Journal of Psychoanalysis*, v. 71.

Verztman, J. S. (2002). O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. In: *Revista Ágora*, v. V, n. 1.

A relação eu/outro nos estados limites: aspectos teóricos e clínicos[1]

Raquel Rubim Del Giudice Monteiro & Marta Rezende Cardoso

Na clínica psicanalítica contemporânea observa-se significativo aumento de pacientes anoréxicos, bulímicos, psicossomáticos, drogadictos, dentre outros, nos quais se percebe, de maneira significativa, a convocação do corpo e do ato.

Diversos psicanalistas têm reunido esses quadros clínicos, respeitada a peculiaridade de cada um, sob a designação de "estados limites". Não obstante, ao percorrermos diversas considerações teóricas relativas a estas patologias, constatamos que tal denominação não é empregada de modo uniforme no meio psicanalítico e que inúmeros termos distintos são utilizados para tentar circunscrever a problemática psíquica desses estados clínicos. Vale destacar que esses diferentes termos não significam apenas variações terminológicas, mas que cada um deles diz respeito a diferentes pontos de vista implicando, inclusive, diferentes estratégias de tratamento.

---

[1] Este artigo foi publicado primeiramente em *SIG Revista de Psicanálise* (Porto Alegre; Sigmund Freud Associação Psicanalítica), ano I, nº 1, agosto/2012.

A problemática do limite nos estados limites

Visando situar algumas das diferentes concepções acerca das patologias limites, nos apoiamos nas considerações de Villa e Cardoso (2004) que indicam que, ao buscarmos sintetizar a grande variedade de concepções investigadas acerca dessas patologias, "desembocamos em duas grandes correntes nas quais esse conjunto de ideias, de alguma forma, encontra-se inserido" (Villa & Cardoso, 2004, p. 60): a corrente dominante na escola inglesa e a outra, bastante difundida entre os autores franceses.

A corrente dominante na escola inglesa muitas vezes denomina as patologias limites utilizando o termo *borderline*. Esta denominação consiste na visão mais originária, no que tange aos estados limites, e surgiu diante da falta de um lugar próprio onde enquadrar certos pacientes que não se configuravam de acordo com a classificação freudiana. Ou seja, "eles pareciam se situar em uma *região fronteiriça* entre psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais" (Figueiredo, 2003, p. 78-79). Para esta corrente, tais patologias são consideradas como quadro clínico específico, com etiologia e sintomas particulares, o que, inclusive, justificaria a proposta de uma modalidade singular para o seu tratamento. "Segundo grande parte dos representantes dessa escola, o paciente *borderline* possuiria uma estrutura própria, relativamente estável, devendo ser situado, no que diz respeito ao diagnóstico, na fronteira entre a neurose e a psicose" (Villa & Cardoso, 2004, p. 61).

A outra corrente, bastante difundida entre os autores franceses, já se refere às patologias limites como estados ou situações limites. Esses autores consideram que os estados ou situações limite não configuram uma estrutura determinada, e suas características poderiam se referir a mais de um quadro clínico. Para esses autores tais patologias concernem a determinados aspectos da personalidade, ou a modalidades particulares de funcionamento psíquico. Conforme destacaram Villa e Cardoso (2004), o próprio termo propõe que estados ou situações limites sinalizariam algo de transitório. "Isso significa que essa forma de funcionamento psíquico não está necessariamente referida a algo fixo e estrutural, podendo fazer-se presente numa determinada fase de vida, sem persistir posteriormente" (Villa e Cardoso, 2004, p. 61).

Contudo, Figueiredo (2003) sublinha que, apesar das diferentes concepções a respeito das patologias limites, uma de suas características marcantes, reconhecida por todos os autores que ao longo dos anos vêm se dedicando a esse tema, sem exceção, e, para ele, é das que melhor definem a dinâmica própria ao funcionamento psíquico nessas patologias. Refere-se

> ao padrão oscilatório dos afetos, à questão da instabilidade, das flutuações, das oscilações, das mudanças bruscas, do que muitos descrevem como o vaivém dos humores e das reações, e que muitas vezes se confunde com uma psicose maníaco-depressiva (Figueiredo, 2003, p. 86).

Esse padrão oscilatório ocorre, nesses casos, de maneira cíclica e pendular, isto é, o sujeito se encontra "preso" numa dinâmica oscilatória que se repete de modo compulsivo e intermitente: tudo ora está bom, ora está mal. Tal padrão sinaliza um modo de defesa mais primitivo e elementar, marcado pelo caráter disruptivo da compulsão à repetição.

Segundo Figueiredo (2003), outra característica marcante dos estados limites é a falta de coesão, de integridade do ego, a qual "sugere que algum problema sério ocorreu no processo de construção e investimento pulsional das fronteiras externas e internas do eu" (Figueiredo, 2003, p. 89).

No entanto, essa última característica nos leva a uma questão sobre a qual gostaríamos de refletir brevemente: a própria denominação "estados limites" nos remete à questão das margens, das fronteiras, isto é, da definição dos limites internos e externos do aparelho psíquico que consideramos estar associada à da relação com o outro (interno e externo), fundamental na configuração das fronteiras psíquicas.

Segundo Villa e Cardoso (2004), no que tange aos estados limites não se trata de supormos apenas a presença de fragilidade nas fronteiras entre o eu e o outro interno e externo, já que isto poderia significar a redução destas a simples linhas divisórias. Nestas patologias, as autoras consideram que uma das principais marcas "é a presença no sujeito de uma dificuldade na capacidade de transitar entre os diversos espaços fronteiriços que compõem o universo psíquico" (Villa e Cardoso, 2004, p. 67), o que decorre do fato de a relação com o outro apresentar-se afetada por uma dimensão intensamente ameaçadora.

No que concerne à singularidade da dinâmica própria à formação e manutenção dos limites com o outro, com a alteridade, as autoras salientam que, ao pensarmos as fronteiras psíquicas como espaço potencial, podemos supor, nos estados limites, a "precariedade e a estreiteza desse espaço fronteiriço, desse espaço de trânsito entre o eu e o outro, espaço de elaboração e de formação de compromisso" (Villa e Cardoso, 2004, p. 67).

Os limites entre o eu e o outro

A relação eu-outro (interno e externo) encontra-se no cerne da problemática psíquica das patologias limites; há impossibilidade de vir a perder o objeto, o que resulta, em última instância, de uma relação precária com o objeto primário que não permite que este venha a ser interiorizado. Assim, as fronteiras entre o eu e o outro não se definem de forma consistente.

Através de sua teorização sobre o trabalho do negativo, Green (1986/2010, 1988/2010) demonstrou o papel fundamental que os objetos desempenham nos processos de constituição da subjetividade. Ele designa este trabalho como o conjunto das operações psíquicas, tais como o recalque, a negação, o desmentido e a forclusão, que se estendem ao conjunto das instâncias que compõem o psiquismo.

Uma das manifestações do trabalho do negativo consiste no apagamento do objeto primário, ou seja, a possibilidade de o objeto passar a ser uma presença ausente no psiquismo. Este modo de "dizer não" ao objeto produz um movimento estruturante, tornando possível ao objeto primário passar por um processo de negativização interna que concerne, dentre outros aspectos, à possibilidade de ser recalcado e transformado em representação psíquica.

O trabalho de internalização, de simbolização do objeto primário, sendo bem-sucedido, efetiva a diferenciação entre o eu e o outro, entre mundo interno e mundo externo. O "apagamento", a atenuação da presença do objeto no psiquismo dá lugar, por um lado, à representação e, por outro, à constituição de um vazio estruturante, capaz de permitir a formação do espaço psíquico de modo a possibilitar a trajetória desejante e do pensamento (Figueiredo & Cintra, 2004).

No processo de constituição da subjetividade, do ponto de vista das pulsões, o objeto primordial tem a função paradoxal de despertá-las e, ao mesmo tempo, contê-las, ligá-las. Contudo, para que contribua para a constituição da subjetividade, este objeto deve se deixar apagar no interior do psiquismo, devendo ser internalizado como um elemento constituinte que tem a função de estimulação e contenção da pulsão. O objeto primordial, eficaz e adequado, deve se fazer esquecer como elemento estruturante e existir "sob a forma da ilusão de que não é constitutivo da estrutura psíquica, mas se apresenta como diferente desta, como objeto de atração ou de repulsa" (Green, 1988/2010, p. 301).

Deste modo, o trabalho do negativo cumpre a sua tarefa constitutiva quando o objeto primário se torna esquecido e se transforma em uma "presença ausente", permanecendo sempre presente não como objeto, mas como elemento constituinte da vida psíquica, ou seja, inscrito como estrutura e vazio. Isso mostra que o objeto primordial estará para sempre perdido como objeto, propiciando a busca por objetos substitutos, por novas ligações. Assim, o sujeito torna-se apto, por si próprio, a administrar sua força pulsional, a contê-la e dirigi-la para investir novos objetos e a tolerar "todas as distâncias, ausências e inadequações dos objetos substitutos" (Figueiredo & Cintra, 2004, p. 20).

No que concerne às patologias limites, Green (1990) considera que o objeto não é apagado: a sua ausência não é representada. Nesses casos o objeto primordial fracassou em sua tarefa constitutiva, pois não permitiu que a sua perda fosse elaborada seja por sua ausência, seja pelo excesso de presença

A presença do objeto no interior do psiquismo é vivida como ameaça de aniquilamento; o ego vê-se diante da possibilidade de ser dominado, invadido pelo "outro", devido à incapacidade de constituir efetiva zona fronteiriça entre o eu e o outro. A relação objetal fica marcada por precária diferenciação entre o eu e o outro. Frente a esta ameaça, o ego tende a convocar como resposta defensiva o registro do corpo e do ato e, de maneira disruptiva, utiliza recursos defensivos externalizados. A fragilidade narcísica faz com que o eu se torne dependente do objeto externo como forma de manter reunidas suas partes desintegradas.

A incapacidade de perder o objeto desencadeia uma relação paradoxal entre o eu e o outro. Este é vivenciado como intrusivo, ameaçador devido à onipresença do objeto, e é também vivenciado como absolutamente necessário,

em razão da inacessibilidade do objeto. É isto que engendra o padrão oscilatório dos afetos, característica marcante dos estados limites que apontamos anteriormente, já que a precária delimitação dos espaços fronteiriços ocasiona a constante oscilação, de modo que esse outro, quando sentido como intrusivo, é lançado violentamente para fora; quando sentido como absolutamente necessário, é buscado desesperadamente, devido à ameaça de desmoronamento psíquico. Esta precária delimitação na constituição subjetiva se expressa através da angústia de engolfamento pelo objeto e, ao mesmo tempo, da angústia de abandono e perda.

Clivagem *do* ego em Freud / Clivagem *ao* ego em Roussillon

Os estados limites são marcados em sua base pela dimensão do traumático e delineiam o seu modo de funcionamento psíquico a partir, dentre muitos outros fatores, de uma vivência traumática que inviabiliza a inscrição psíquica de certos elementos. Essa impossibilidade de representação fala-nos da presença no psiquismo de um trauma, de um "traumatismo primário" (Roussillon, 1999), o qual se caracteriza pelo esgotamento muito precoce dos recursos internos do bebê, quando o objeto primordial não responde de forma adequada às suas necessidades. O bebê, então, encontra-se em completo desamparo, inundado pelo excesso pulsional e, em decorrência disso, há falhas na constituição egoica.

No que concerne aos estados traumáticos primários, este autor nos diz que eles

> possuem certo número de características que os especificam. São, como os estados de desamparo, experiências de tensão e de desprazer sem representação (o que não quer dizer sem percepção nem sem sensação), sem saída, sem recursos internos (foram esgotados) e sem recursos externos (que são falhos), são estados para além da falta e da expectativa (Roussillon, 1999, p. 19; tradução nossa).

Assim, o traumatismo primário engendra no psiquismo dos sujeitos limites uma significativa presença de marcas, ou seja, de impressões que

não vieram a ser representadas. Essas marcas, traumáticas, permanecem submetidas à compulsão à repetição, o que significa que são regularmente reativadas.

Diante dessa ameaça, o ego pode vir, como uma das defesas extremas possíveis, a se retirar da experiência traumática inicial, cortando-a de seu espaço psíquico, isto é, pode efetuar uma clivagem dos elementos traumáticos. A clivagem seria, então, uma das formas de defesa que o ego utilizaria para lidar com o que é excessivamente intolerável, o que a torna fortemente correlacionada com as experiências traumáticas.

Tal modo de defesa, é importante salientar, é distinto do mecanismo do recalque – no qual as representações psíquicas incompatíveis são retiradas da consciência – e se situa na dimensão do conflito psíquico. A clivagem é um modo de defesa primitivo radical contra os riscos impostos à integridade narcísica, no qual "o que se tenta é evitar a constituição do conflito psíquico" (Figueiredo, 2003, p. 16), segregando o ego em partes distintas – como consequência disto, se situa na dimensão do paradoxo.

A noção de clivagem do ego foi definida por Freud essencialmente nos artigos "Fetichismo" (1927/1996), "A divisão do ego no processo de defesa" (1938a/1996) e no "Esboço de psicanálise" (1938b/1996), a partir de sua reflexão sobre as psicoses e o fetichismo. Nestes textos, ele mostra que a divisão do ego consiste num mecanismo de defesa egoico acionado a partir de uma situação traumática.

Freud sustenta que – sobretudo na psicose e no fetichismo –, diante das exigências de uma realidade externa que se tornou insuportável e do fato de as pulsões terem se tornado extremamente intensas, o ego não seria capaz de responder a ambas as reivindicações (externa e interna). Frente ao traumático, a função de síntese do ego sofreria perturbações, desencadeando o mecanismo da clivagem do ego. Esta consistiria na divisão do ego em duas atitudes psíquicas opostas, uma delas levando em conta a realidade externa, e a outra, negando-a. Ambas coexistem, sem se influenciar mutuamente; o predomínio de uma atitude em relação à outra dependeria da força relativa de cada uma delas. A clivagem do ego constitui recurso defensivo que o ego engendra para lidar com o excessivo afluxo pulsional advindo do exterior e do interior (Freud, 1938b/1996).

Freud, porém, chama a nossa atenção para o fato de a existência de duas condutas opostas e independentes uma da outra não constituir algo novo ou estranho para a psicanálise, uma vez que corresponderia a uma característica universal da neurose. Distingue, contudo, a diferença entre a divisão que ocorreria na neurose e a clivagem do ego, demonstrando que o fundamental não seria a existência de condutas contrárias, mas a questão de sua localização tópica:

> No caso das neuroses, entretanto, uma dessas atitudes pertence ao ego e a contrária, que é reprimida, pertence ao id. A diferença entre ambos os casos é essencialmente uma diferença topográfica ou estrutural, e nem sempre é fácil decidir, num caso individual, com qual das duas possibilidades se está lidando (Freud, 1938b/1996, p. 217).

Ou seja, o que é marcante na clivagem do ego não é a existência de duas atitudes contrárias, mas a existência de duas correntes psíquicas incompatíveis, que dividem o ego, tornando possível ao sujeito se "reconhecer" em cada uma delas.

Nos estados limites o recurso à clivagem também nos parece marcante. Mas trata-se, nestes casos, de uma tentativa de sobrevivência psíquica engendrada pelo ego diante do traumático. Roussillon (1999) indica, com precisão e pertinência, que nestas patologias este mecanismo de defesa egoico seria distinto daquele descrito por Freud, pois a clivagem não seria aqui uma clivagem *do* ego, mas, sim, uma clivagem *ao* ego. A menção a uma clivagem ao ego diz respeito à ruptura que ocorre na subjetividade frente ao traumatismo primário. O sujeito corta sua vida psíquica subjetiva, retira de si a impressão traumática. A subjetividade passa a estar dividida em uma parte representada e uma parte não representada.

Deste modo, estaríamos diante de um mecanismo defensivo que opera por uma ruptura, conforme Freud nos mostrou ao abordar o mecanismo da clivagem do ego. Mas, conforme indicamos acima, nas patologias limites o que parece ocorrer não é a divisão do ego em duas cadeias representativas diferentes, mas sim um corte na constituição subjetiva, pois uma parte

desta permanece fora da representação, não conseguindo se integrar no ego. Na clivagem

> [...] o ego se cliva de uma experiência experimentada e ao mesmo tempo não constituída como uma experiência do ego, o que suporia que ela tivesse podido ser representada. De um lado a experiência foi "vivida" e deixou "traços mnésicos" do que foi experimentado e, de outro lado, ela não foi vivida e apropriada como tal, uma vez que, como diz Winnicott, ela não foi colocada na presença do ego, o que suporia que tivesse sido representada (Roussillon, 1999, p. 20; tradução nossa).

De acordo com Figueiredo, o que ocorre nesse mecanismo de defesa egoico é uma "desautorização" da vivência traumática, isto é, trata-se "de um 'acontecimento' sem autoria legitimada, de um 'episódio' sem sujeito da experiência, em que a própria distinção entre externo e interno se anula" (Figueiredo, 2003, p. 19-20). É como se o ego negasse a autorização para que a vivência traumática se inscrevesse no campo da experiência do sujeito e este se tornasse o seu autor. Em consequência disto, os elementos traumáticos permanecem no psiquismo em uma condição de enclave psíquico, ou seja, encontram-se dentro do psiquismo, mas isolados, em uma área afastada, inacessível e paralela. Os conteúdos clivados ficam impossibilitados de transitar pelas redes de representação e de "se transformar em experiência em um campo subjetivo relativamente unificado e ramificado, aberto às metabolizações, metaforizações e disseminações" (Figueiredo, 2003, p. 20).

No entanto, como Freud havia sublinhado, qualquer que seja o esforço de defesa que o ego faça, mesmo que recorra a uma defesa extrema como a clivagem, "o seu sucesso nunca é completo e irrestrito" (Freud, 1938b/1996, p. 217). No caso das patologias limites, isto tende a ocorrer porque a defesa está sob o domínio do princípio de prazer, mas o conteúdo clivado, não representado, estaria além do princípio de prazer, submetido à compulsão à repetição.

Nesses estados, parece haver fragilidade na constituição egoica, decorrente da incapacidade do aparelho psíquico para conter, elaborar e/ou recalcar o

excessivo afluxo pulsional que incide sobre ele de forma abrupta e violenta. Diante disto e da ameaça de reviver a experiência traumática, o psiquismo coloca em ação defesas complementares, ou seja, de acordo com as proposições de Roussillon (1999), as ligações primárias não simbólicas.

Como vimos anteriormente, os elementos traumáticos, apesar de clivados do espaço egoico não desaparecem do psiquismo, que conserva a sua marca. A operação da clivagem não é, portanto, suficiente; será necessário repeti-la ou organizar as defesas contra o retorno do estado traumático. Para tentar ligar e interromper o retorno do clivado, o ego põe em ação as defesas complementares.

Quanto à questão das defesas complementares utilizadas pelo ego nesses casos, elas dizem respeito ao modo como a experiência traumática primária foi ligada, de maneira não simbólica. Roussillon (1999) sinaliza que se trata de modalidades de mecanismos egoicos acionados nos quadros clínicos das patologias limites que nos falam dos destinos do retorno do clivado nesses casos. Essas soluções, que se opõem ao retorno do clivado, são, no fundo, soluções solipsistas. Mesmo que possam se acomodar com os complementos provindos dos objetos, são soluções que não procedem de efetivo processo de simbolização da experiência subjetiva. Ao contrário, mostram como o sujeito tenta tratar aquilo a que está confrontado sem passar pelo custoso desfiladeiro da simbolização e dos lutos que este engendra necessariamente.

Em "Agonia, clivagem e simbolização", Roussillon (1999) apresenta de forma minuciosa as especificidades das ligações não simbólicas que, conforme aponta, são respostas do ego que pressupõem uma situação de fragilidade narcísica. De acordo com as considerações do autor, o empobrecimento do ego constitui característica geral das patologias limites. A amputação que a clivagem faz o sujeito sofrer estaria sempre presente nesses casos, embora nem sempre de forma manifesta. Esse empobrecimento resulta do fato de as modalidades de defesa narcísica implicar a exploração de uma parte do psiquismo para tentar fazer oposição ao retorno do clivado e poder operar os contrainvestimentos indispensáveis.

Poder-se-ia mesmo sustentar que aqui a melhor parte do psiquismo é empregada, sendo alienada de si mesma na tarefa de proteger o resto do

psiquismo do retorno do traumatismo primário. De certo modo, o empobrecimento do ego está sempre mais ou menos presente, podendo, portanto, ser manifesto e situado no primeiro plano do quadro clínico. Quando isto ocorre encontramo-nos diante do domínio de um dos tipos de ligação primária não simbólica enunciado por Roussillon: a "neutralização energética".

Esta consiste na tentativa de neutralizar o retorno do clivado por uma organização da vida psíquica destinada a restringir, tanto quanto possível, os investimentos de objeto e as relações que arrisquem a reativação da zona traumática primária e o estado de falta degenerativa que a acompanhou. "Toda falta que arrisque o reinvestimento do estado traumático, toda relação que possa gerar um retorno da falta, será evitada ou 'congelada'; todo engajamento será, assim, restringido e, com ele, a vida que vai junto" (Roussillon, 1999, p. 25; tradução nossa). A neutralização pode ser o mecanismo de complementação da organização narcísica, podendo ser acompanhada por outras modalidades defensivas complementares, ou pode ser o principal mecanismo utilizado.

O processo de neutralização simples, como pontua Roussillon (1999), é certamente aparentado às formas de depressão "fria" sem, no entanto, o cortejo dos afetos depressivos – o que, de fato, marca uma diferença clínica notável entre esses dois processos. Tudo parece se passar como se o psiquismo, confrontado aos fracassos de suas tentativas para integrar a experiência traumática, viesse a colocá-la de lado esperando que um objeto venha, em nome do amor ou em virtude de uma forma de contrato narcísico extremo, reencontrar e vivificar ou reaquecer a parte da qual o ego teve que se separar mediante a clivagem.

Os estados limites, como procuramos explorar neste tópico, nos remetem a uma dimensão traumática pela presença no psiquismo de marcas que não podem ser simbolizadas, as quais insistem como compulsão à repetição. Frente a este quadro cujas defesas tendem a ser elementares, a questão da técnica necessita ser examinada minuciosamente, considerando as formações intrapsíquicas e intersubjetivas que caracterizam estes estados e seu modo de funcionamento psíquico.

Na clínica dos estados limites um aspecto especialmente relevante é o manejo da contratransferência, que analisamos a seguir.

Particularidades da contratransferência na análise dos estados limites

No decorrer de sua obra, Freud fez apenas breves referências à contratransferência, descrita por ele como o resultado da influência do paciente sobre o inconsciente do analista que vem a se relacionar aos complexos e resistências internas do analista. Para Freud, a contratransferência se mostrava prejudicial ao tratamento analítico pelo fato de prejudicar a percepção do analista, já que "nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas" (Freud, 1910/1996, p. 150) e, em função disto, insistia para que o analista se esforçasse para dominá-la.

Diz ele, por exemplo, que: "O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado" (Freud, 1912/1996, p. 130). Desta forma, Freud considera a contratransferência como uma espécie de resistência cuja manifestação se dá no psicanalista em relação a seu paciente, que pode, com o conteúdo de sua fala, vir a nele mobilizar conflitos inconscientes.

Na análise das patologias limites, com a presença de elementos clivados que se apresentam pela via da sensorialidade, a comunicação entre inconscientes torna-se fundamental, indicando a necessidade de uma análise extremamente minuciosa da relação transferencial-contratransferencial. Nesse contexto, a contratransferência apresenta maior amplitude do que na análise dos pacientes neuróticos. Mas, como pontua Figueiredo (2003), a contratransferência possui diversas modalidades, devendo ser tratada como o conjunto das experiências emocionais do analista no campo em que se dá o encontro analista-analisando, assim como o conjunto das defesas que são ativadas neste encontro.

Retomando algumas proposições muito pertinentes de Racker (1981), um dos autores considerados clássicos no estudo da contratransferência, Figueiredo (2003) pontua que na clínica dos estados limites o psicanalista tende muitas vezes a se encontrar diante do que o referido autor denominou "contratransferências concordantes". Trata-se da ativação no analista de afetos e representações semelhantes ou mesmo idênticos aos do paciente. Embora essa dimensão da contratransferência não se restrinja aos casos em

questão, parece, no entanto, ser bastante frequente que no atendimento deles o analista tenda a se identificar "com aspectos que o paciente exclui e não assume como seus: por exemplo, seu ódio, sua indignação, seu pânico, sua necessidade vital, etc" (Figueiredo, 2003, p. 120).

Vemos, então, que a problemática psíquica dos estados fronteiriços caracterizada pelos limites da representação pode ter como ressonância na situação clínica a ativação de intensa contratransferência no analista. No processo analítico dos pacientes limites o analista necessita esforçar-se para representar aquilo que o paciente não foi capaz de representar; ele precisa colocar o seu próprio aparelho mental em ação para auxiliar o do paciente, incluindo, assim, a sua elaboração imaginativa. "De fato, nestas análises, cabe ao analista utilizar sua capacidade vinculatória para suprir o prejuízo representacional dos pacientes e possibilitar a expressão daquilo que são incapazes de representar" (Garcia, 2007).

Na situação analítica, a contratransferência diz respeito aos afetos do analista e, também, aos movimentos inconscientes nele produzidos na situação analítica. Mas como o analista identifica esses movimentos inconscientes? De acordo com Bertrand (2008), esta identificação se dá através dos afetos despertados, mas também de impressões sensoriais, de imagens que vêm espontaneamente ao seu espírito e, ainda, de seus próprios impulsos a agir.

No que concerne especificamente aos estados limites, Green (1975/1988) sustenta que as turbulências emocionais, os sentimentos contratransferenciais do analista atuam sobre ele como pressão interna, levando-o a entrar em um mundo que exige dele esforços de imaginação para ser vislumbrado.

Nessas situações clínicas, as impressões do analista tendem a se definir de modo precário, não assumindo a forma de imagens ou de lembranças nítidas; apenas reproduzem determinadas trajetórias de pulsionalidades mediante a expressão do movimento interno inconsciente que nele tem lugar. Diante daquilo que o mobiliza, o analista necessitará realizar um trabalho psíquico intensivo para tentar vincular as impressões incipientes e contê-las numa forma que possa vir a significar algo para o paciente; este recurso poderá ser usado como protótipo para a decifração de uma situação traumática.

Assim, o analista coloca seu próprio aparelho mental em ação, fazendo uso de sua elaboração imaginativa, o que visa auxiliar o aparelho mental do

paciente a construir a sua própria elaboração da experiência traumática. Mas para tal o manejo da contratransferência revela-se fundamental. Acrescenta Aisenstein (2002) que, diante dos elementos clivados, submetidos à compulsão à repetição, o analista necessita realizar um trabalho psíquico através do que é atuado na relação transferencial para, assim, poder vir a apreender tais conteúdos.

"Implicação" e "reserva" do analista no atendimento dos estados limites

Como vimos, no espaço clínico a relação paradoxal que o sujeito tende a estabelecer com o outro tenderá a ser repetida na relação transferencial, exigindo do analista extremo cuidado no seu manejo para que suas intervenções não sejam vivenciadas como intrusivas. Mas o analista deverá também ficar atento à necessidade de ser percebido como presente, pois a sua ausência pode remeter o analisando a um insuportável sentimento de desamparo. Qual a singularidade do manejo da transferência na análise dos estados limites?

Para iniciarmos as nossas considerações a respeito desta questão, seguindo inicialmente várias indicações enunciadas por Arthur K. Silveira (2006) em sua pesquisa de Mestrado, recorremos a uma imagem utilizada por Ferenczi (1928/1984) por meio da metáfora do boneco "João-Bobo", a qual, como sinalizou Figueiredo (2003) seria a melhor maneira de lidar com o padrão oscilatório próprio aos estados limites, ou seja, as turbulências afetivas que tendem marcar a relação do paciente com o outro. O que caracteriza este boneco é o fato de ele oscilar de um lado para o outro ao ser empurrado, mas, devido a sua estrutura – base larga e pesada somada a uma parte superior leve e estreita –, não perde o eixo, não caindo, retornando sempre à posição vertical, recuperando seu equilíbrio. No discurso ferencziano é enfatizado que se se dispuser a ser *utilizado* como um "joão-bobo", se oferecendo como suporte das mais intensas manifestações transferenciais, não apenas se protegendo, mantendo-se mais reservado, mas também encorajando o analisando, mantendo-se presente, implicado, o analista poderá vir a propiciar a superação de resistências.

Para isto, uma boa sintonia afetiva entre analista e analisando revela-se igualmente essencial para que o analista consiga avaliar a justa medida de suas intervenções. Por um lado, elas devem permitir que o paciente se sinta vivo e, por outro, não devem ser sentidas como intrusivas. No que concerne à posição do analista no processo analítico dos pacientes limites, Figueiredo (2003) pontua que o que deve caracterizá-la é a sustentação de uma presença ao mesmo tempo *implicada* e *reservada*, isto é, uma forma de estar presente por meio da qual se constitui um "espaço potencial". Nesse espaço potencial podem emergir recursos da simbolização, sendo esta fundamental para que as transformações psíquicas aconteçam. Assim o lugar do analista se constitui como

> um modo de estar presente em que se constitui e se mantém uma reserva de *espaço potencial* no qual o paciente pode vir a ser. Indo além: nesse espaço vazio, mas garantido pela presença reservada do analista, é que se poderão instalar os jogos transferenciais e contratransferenciais e as demais modalidades e dimensões da relação terapêutica, indispensáveis para que a análise progrida e propicie transformações (Figueiredo, 2003, p. 112-113).

Para isto, o analista deverá ocupar uma posição reservada, mas implicada, isto é, trata-se de uma presença que contenha em si uma certa ausência, sendo esta uma ausência convidativa, acolhedora, que se constitui como disponibilidade do analista de uma "reserva de si para o outro" (Figueiredo, 2003, p. 25).

A implicação do analista decorre da necessidade de ele se colocar de forma mais presente no contexto analítico. Diante da problemática apresentada pelos estados limites, o analista não deve ocupar um papel passivo, que se limita a escutar e a interpretar as associações do paciente. O paciente limite necessita do outro para sentir-se vivo. Ao se colocar numa posição mais passiva, conforme indicamos acima, o analista tende a remeter o paciente a uma vivência de ausência do outro, devido à sua dependência em relação a este como forma de manter reunidas as partes do eu desintegradas. Este sentimento de ausência poderá remetê-lo à angústia de aniquilamento e de perda de si, circunstância que viria inviabilizar o tratamento.

No entanto, o analista deverá sustentar o seu lugar na situação analítica, por outro lado, de forma reservada, considerando o cuidado que deve também tomar para que a sua presença não seja sentida como intrusiva, o que se desdobraria num sentimento de ameaça de aniquilamento. Se o analista se colocar demasiadamente presente, o sujeito poderá se sentir dominado, invadido pelo outro, devido, em última instância, à frágil delimitação da constituição de suas fronteiras egoicas, fronteiras, no plano interno, entre o eu e o outro.

Na análise dos estados limites a sustentação pela figura do analista de uma presença reservada torna-se imprescindível, pois, se esta posição não for mantida e sustentada, o analista provocará intromissões mais ou menos traumáticas no psiquismo do paciente. Isto nos indica que no decorrer do processo de análise dos pacientes limites o analista deverá sustentar a sua posição de forma *elástica*, cedendo às tendências do paciente, conforme as indicações de Ferenczi (Silveira, 2006).

Deste modo, podemos perceber que a posição do analista no atendimento dos pacientes limites requer muito cuidado devido à precária relação entre o eu e o outro (interno e externo) que se repete na relação transferencial. Isto nos indica que, para o analista conseguir ocupar o seu lugar e sustentá-lo no espaço analítico de forma reservada mas implicada, será justamente necessária a utilização de seu "tato psicológico". É este que lhe permite "sentir com" o paciente, escutando, também, os elementos clivados que lhe são apresentados e, assim, realizar um manejo da relação transferencial que permita o desdobramento do processo analítico.

Referências bibliográficas

Aisenstein, M. (2002). Construire, inventer, élaborer. In: *Inventer en psychanalyse construire et interpreter.* Paris: PUF.

Bertrand, M. (2008). Construir un passe, inventer un possible. In: *Constructions en psychanalyse*. *RFP*, t. LXXII, nº 5.

Ferenczi, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: Sandor Ferenczi. *Escritos psicanalíticos.* Rio de Janeiro: Tavares e Tristão Ed., 1984.

Figueiredo, L. C. (2003). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, L. C. & Cintra, E. U. (2004). Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In: Cardoso, M. R. C. (Org.). *Limites*. São Paulo: Escuta.

Freud. S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud. S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud. S. (1927). Fetichismo. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud. S. (1938a). A divisão do ego no processo de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud. S. (1938b). Esboço de psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Garcia, C. A. (2007). Os estados limites e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. In: *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v. VII, n. 1.

Green, A. (1975). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

Green, A. (1986). O trabalho do negativo (anexo 1). In: *O trabalho do negativo / André Green*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Green, A. (1988). Seminário sobre o trabalho do negativo (anexo 3). In: *O trabalho do negativo / André Green*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos estados limites*. Rio de Janeiro: Imago.

Racker, H. (1981). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Roussillon, R. (1999). Traumatisme primaire, clivage et liaision primaires non symboliques". In: *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF.

Silveira, A. K. (2006). A singularidade da técnica na clínica dos estados limites. Dissertação (Mestrado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica.

Villa, F. C. & Cardoso, M. R. (2004). A questão das fronteiras nos estados limites. In: Cardoso, M. R. (Org.). *Limites*. São Paulo: Escuta.

O corpo em psicanálise: entre a fragmentação e a ilusória unificação

Jôse Lane de Sales & Regina Herzog

Introdução

No curso dos atendimentos realizados pelo NEPECC o sentimento de vergonha de si tem comparecido como sofrimento privilegiado. Intimamente articulado a esse sentimento destaca-se, entre outras variáveis, um mal-estar oriundo da relação estabelecida com o próprio corpo. Tal constatação nos levou a refletir sobre a forma como o corpo vem figurando no dispositivo clínico atualmente.

Nesses atendimentos, diferentemente da descrição freudiana no âmbito da histeria, observamos que o corpo não comparece em sua dimensão erógena, mas sim envolto por questões que perpassam a sua unificação, apropriação e imagem. Por exemplo, um de nossos pacientes[1], cuja demanda para análise envolve uma extrema timidez, revelou que "sente vergonha desde

[1] Estes pacientes, bem como todos os demais atendidos no NEPECC, ao iniciar o tratamento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a divulgação de aspectos relativos ao seu atendimento para fins científicos, com a garantia de não ter a identidade revelada.

que se entende por gente" (*sic*) e, embora não saiba precisar o motivo de seu sentimento, apontou um enorme desconforto com relação a sua imagem corporal. Outro analisando ressente-se de seus "braços finos" (*sic*), afirmando com muita convicção nunca ter visto braços tão finos quanto os seus e, por esta razão, jamais veste roupas que os deixem à mostra, apesar de ter vontade de usá-las. Ambos revelaram ter nascido com severas complicações de saúde, correndo, inclusive, risco de vida.

O discurso de nossos pacientes, marcado por um sentimento de vergonha de si, remetido a uma autopercepção profundamente desvalorizada, chamou nossa atenção para a qualidade dos primeiros investimentos depositados sobre esses sujeitos. Será que foi possível aos genitores desprezarem as deficiências do *infans* e atribuírem a ele uma perfeição narcísica, tal como Freud descreve em 1914 ao tratar do narcisismo primário? Será que estes analisandos em algum momento foram "*Sua Majestade o Bebê*"?

Dessa forma, a articulação do sentimento de vergonha de si – remetido a questões narcísicas – com uma forma peculiar de o paciente lidar com o próprio corpo nos conduziu a refletir acerca da temática do corpo no pensamento de Freud. Mais precisamente, a respeito da problemática da fragmentação, pois o que se destaca no discurso desses pacientes diz respeito à imagem corporal.

Assim, o presente artigo se propõe explorar a tensão entre o corpo fragmentado do autoerotismo e a noção de um corpo unificado advinda do narcisismo. Para tal, caberá primeiramente contextualizar o estatuto de corpo na obra freudiana; em seguida vamos nos deter no registro do autoerotismo e do narcisismo. Este percurso colocará necessariamente em cena a participação do outro na constituição subjetiva; aspecto que também será contemplado ao longo das considerações.

O corpo a partir de Freud

Apesar de o corpo estar presente na elaboração freudiana desde os primórdios de sua obra, não chegou a receber uma conceituação precisa, o que não nos impede de vislumbrar a especificidade com que figura em seu pensamento.

Nesta perspectiva, fazer referência ao corpo implica em considerar ao menos três formas distintas e, ao mesmo tempo, interligadas de descrevê-lo. Ou seja, três recortes[2], sem fronteiras rígidas, coexistindo simultaneamente, tanto do ponto de vista teórico quanto clínico.

O primeiro recorte tem como ponto de origem os estudos de Freud no campo da histeria e se consolida com a postulação dos conceitos de autoerotismo e pulsão sexual, sendo por nós denominado de registro do corpo autoerótico. O segundo, vislumbrado a partir do conceito de narcisismo, o qual permite pensar um investimento libidinal no Eu e uma tendência à unificação corporal, designamos como o registro narcísico do corpo. Quanto ao terceiro recorte, se radicaliza com o advento da pulsão de morte em 1920, colocando em cena o excesso pulsional sem simbolização e evidenciando que o corpo também é permeado pelo "mais além do princípio do prazer" (Freud, 1920/1996): trata-se do registro do corpo irrepresentável.

Se a designação escolhida para os dois primeiros registros é facilmente apreensível, em vista da referência direta aos conceitos freudianos, o terceiro registro merece um esclarecimento. Optamos por usar a expressão corpo irrepresentável em função da dificuldade de circunscrever com propriedade a dimensão intensiva mais marcante no pensamento de Freud derivada da postulação do conceito de pulsão de morte. Porém estamos cientes de que esta escolha comporta o risco de ficarmos atrelados ao par representação/irrepresentável, o qual, conforme salienta Herzog (2011), está referido a uma lógica binária; lógica contrária aos nossos propósitos, tal como ficará claro ao longo do artigo. Assim, a denominação corpo irrepresentável visa apenas sinalizar um registro bastante singular do corpo no qual a representação em seu sentido restrito está em questão.

Nos três registros corporais propostos a alteridade tem um lugar de extrema relevância. No âmbito do primeiro registro, é através dos cuidados daquele que se ocupa do *infans*, em geral a mãe, que o organismo se transforma em corpo autoerótico. À medida que tem o corpo manuseado e as sensações decodificadas e nomeadas, o bebê é investido libidinalmente,

---

[2] A respeito desses três registros remetemos à dissertação de mestrado intitulada *Corpo e alteridade: processo de subjetivação* (Sales, 2013), na qual esta questão é explorada detalhadamente.

possibilitando o surgimento das zonas erógenas e consequentemente do corpo autoerótico.

No estatuto do corpo narcísico é somente através do outro que pode ter lugar "uma nova ação psíquica" (Freud, 1914/1996, p. 84) capaz de reunir as pulsões parciais autoeróticas, viabilizando a constituição de uma imagem unificada do corpo e, consequentemente, do Eu. Para que este processo ocorra é fundamental ao recém-nascido, além de ser investido libidinalmente, ser também alvo da reedição das fantasias narcísicas onipotentes dos genitores. Só assim o sujeito poderá se identificar e se reconhecer através de sua imagem.

Com relação à concepção de corpo irrepresentável, o papel da alteridade é ainda mais fundamental. Cabe ao outro acolher a descarga pulsional, transformando a exigência de trabalho em satisfação, impedindo a eliminação pulsional total e, consequentemente, a morte. Freud, desde os primórdios da psicanálise, aponta que no início da vida o aparelho psíquico não é capaz de lidar com as excitações sem auxílio externo. Já no texto "Projeto para uma psicologia cientifica" (1950 [1895]/1996), ao conceber um aparelho neural regulado pelo prazer e pela dor, a noção de ação específica assinala o imperativo de uma exterioridade ao sujeito na regulação do nível de energia do aparelho em questão. Nesta perspectiva, a ação específica – sempre efetuada por meio de ajuda alheia e necessitando da presença de certos objetos e condições – tem por objetivo eliminar ou diminuir a tensão interna criada pelo acúmulo de estímulos (Freud, 1950 [1895]/1996). Anos depois, em 1915, a definição de pulsão como uma força, uma medida de exigência de trabalho, indica que o organismo e o próprio psiquismo não são capazes de regular a excitabilidade sem a participação de um outro. A esse respeito, em 1926, Freud marca: "Na primeira infância o indivíduo realmente não está preparado para dominar psiquicamente as grandes somas de excitação que o alcançam quer de fora, quer de dentro" (Freud, 1926/1996, p. 144). Nesse sentido, com a postulação de uma modalidade pulsional que visa o retorno ao estado inanimado, a necessidade do outro para capturar as excitações se torna ainda mais fundamental. Somente o trabalho da alteridade, de oferecer ao bebê objetos de ligação à força pulsional que o invade, uma vez que esses objetos não estão dados de saída, pode instaurar a experiência de satisfação.

E através dessa experiência a excitabilidade pulsional poderá ser regulada de modo a se inserir no psiquismo evitando a descarga.

Antes de prosseguir, cabe reiterar que pensar o lugar do corpo no discurso freudiano a partir de três diferentes registros é apenas um recurso útil a nossa investigação; de maneira alguma concebemos a constituição subjetiva como uma sucessão progressiva de corporeidades. De fato, os três estatutos de corpo coexistem simultaneamente, sem que um anule o outro. O mais importante é ter presente que na perspectiva psicanalítica o corpo não se reduz ao organismo. Para começar, o corpo, diferentemente do organismo, não está dado de saída; é constituído gradativamente no encontro com a alteridade (Sales, 2013). Além disso, como coloca Ferreira (2003), enquanto o organismo visa a homeostase, o corpo é dinâmico, estando em constante reconfiguração, efeito do movimento da pulsão dada a impossibilidade de satisfação completa.

Como o objetivo central do presente artigo é o de refletir acerca da tensão entre a fragmentação autoerótica e a ilusória unificação narcísica, vamos retomar os dois primeiros registros de corpo brevemente apresentados: aquele advindo com o autoerotismo e a pulsão sexual e o que surge a partir do conceito de narcisismo. Reflexão extremamente necessária à clínica da contemporaneidade, na qual são cada vez mais comuns sofrimentos psíquicos decorrentes de dificuldades no âmbito da certeza de si, que, entre outras coisas, colocam em relevo o processo de apropriação do corpo.

Registro do corpo no autoerotismo e no narcisismo

Com as postulações feitas no artigo "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905), Freud abre espaço para pensarmos um corpo marcado pela pulsão sexual. Tanto ao assinalar que a sexualidade infantil está subordinada a várias zonas erógenas, como ao enunciar que a pulsão sexual se situa entre o psíquico e o somático, e que esta pulsão tem no corpo a sua fonte, Freud (1905/1996) indica claramente que o corpo é habitado e constituído pelas pulsões sexuais autoeróticas. Nesse contexto, o sexual não apenas atravessa o corpo, tal como aparecia nos textos iniciais sobre a histeria, mas o

constitui. Depreendemos daí o registro do corpo autoerótico, no qual o corpo não apresenta uma unidade, sendo marcado pela pluralidade de zonas erógenas sem uma organização definida (Sales, 2013) e, como salienta Leclaire (1992), ignora qualquer processo articulador e unificante.

O caráter fragmentário e descontínuo é, portanto, a principal característica do registro do corpo no autoerotismo; ele é efeito do funcionamento anárquico das zonas erógenas, da presença das pulsões parciais e do prazer do órgão. Este último designa o tipo de satisfação das pulsões parciais, as quais apresentam atividades inteiramente autônomas; partem de variadas fontes orgânicas; funcionam de modo anárquico, independentemente da função biológica e de um objeto particular; e somente alcançam uma síntese quando passam a trabalhar a serviço da função reprodutora (Freud, 1917/1996). A quantidade variada de pulsões parciais e zonas erógenas evidencia justamente a fragmentação e a ausência de unidade no registro do autoerotismo.

Nos sintomas histéricos é o registro do corpo autoerótico que está em questão. Por possuir um corpo investido de libido, inicialmente pelo outro e, depois, por si mesma, a histérica consegue, por exemplo, paralisar sua perna. Sintoma que não possui qualquer comprometimento orgânico, mas representa algo da ordem do sexual que não pode ser tolerado pela consciência. De acordo com Freud (1893/1996, p. 212): "A histeria ignora a distribuição dos nervos [...]. Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm".

Está implícita nas teorizações freudianas acerca do autoerotismo e da sintomatologia histérica a noção de erogeneidade[3], ou seja, a capacidade de determinada parte do corpo emitir estímulos excitantes ao psiquismo. No contexto do artigo "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905) a erogeneidade se restringe às zonas erógenas. Posteriormente, passa a ser entendida como "uma faculdade geral de todos os órgãos" (Freud, 1914/1996, p. 91). E, em 1938, Freud (1940[1938]/1996) abarca o corpo inteiro. Se, por um lado, a forma como a erogeneidade é pensada por Freud no registro do autoerotismo

[3] Conceito que só é formalmente postulado por Freud em 1914 ao tratar do deslocamento da libido entre os objetos e o Eu. (Freud, 1914/1996)

nos ajuda a sustentar a ideia de um corpo sem unidade, por outro lado o que ele enuncia a partir de 1914 nos dá subsídios para sustentar a ideia de uma unificação corporal, mesmo que ilusória. O mais importante concernente à erogeneidade é o lugar por ela ocupado no processo de subjetivação, uma vez que se encontra intimamente articulada à função da alteridade[4].

Em 1914, com a introdução por Freud do narcisismo como conceito, estabelecendo que o Eu também pode ser investido libidinalmente, o estatuto de corpo em psicanálise se amplia. O corpo deixa de ser compreendido como pura dispersão autoerótica, um amontoado de partes fragmentadas sem comunicação entre si e, através da ilusão de uma imagem corporal unificada, adquire certa organização (Sales, 2013). Como descreve Birman (2003), essa imagem representativa do corpo forjada pelas figuras parentais opera uma costura que perpassa as corporeidades autoeróticas, permitindo que as diferentes partes, até então desorganizadas, iniciem relações entre si, culminando em um corpo minimamente integrado e unificado que passa a ser representado pelo Eu narcísico.

A aproximação entre o Eu e o corpo torna-se mais visível com a construção da segunda tópica, em 1923. O Eu é postulado como uma instância psíquica voltada para o exterior, instância conectada com a realidade, sendo derivada das percepções, principalmente daquelas que emergem da superfície do corpo. Trata-se do Eu corporal (Freud, 1923/1996). Desta forma, o nascimento do Eu fica subordinado às sensações corporais, atrelando de forma ainda mais firme a unidade do Eu à unidade do corpo. Assim, o corpo, mais do que nunca, é parte constituinte do próprio psiquismo, a ponto de ser inviável falar da constituição egoica sem fazer referência a ele.

Ademais, à medida que as percepções corporais são apontadas como decisivas na constituição do Eu, observamos mais uma vez a importância capital da alteridade na constituição do sujeito. Nessa perspectiva, cabe aos pais viabilizar ao *infans* a apropriação do corpo próprio; ação complexa que, por estar na dependência da alteridade, não está previamente garantida.

A condução da análise de alguns pacientes do NEPECC vem sinalizando os inúmeros percalços passíveis de ocorrer no processo acima descrito. Entre

[4] Trataremos desse ponto um pouco mais à frente.

outras coisas, observamos falhas da alteridade em estágios bem precoces da subjetivação no relato dos analisandos cujo sofrimento está relacionado à imagem corporal. Sendo assim, é fundamental examinar o papel do outro neste laborioso processo no qual o corpo disperso do autoerotismo adquire uma organização, possibilitando ao sujeito tomá-lo como parte integrante de si mesmo.

A função da alteridade no processo de apropriação corporal

No registro do autoerotismo a relação com a alteridade é expressa no corpo do bebê, sobretudo por meio da erogeneidade. Ou seja, é através do corpo que o sujeito se constitui, introjetando o outro *em* si. Já no registro do corpo narcísico, o sujeito é constituído a partir do processo de oposição Eu x outro. Dito de outra forma, nesse segundo registro está em questão não a introjeção do outro em si, mas a constituição de um outro *de* si. Vejamos todo esse processo mais detalhadamente.

Se, em 1905, a participação do outro na construção da subjetividade se destaca principalmente com relação à sexualização do corpo infantil, a partir de 1914 esta participação passa a estar firmemente atrelada à constituição do próprio Eu. No ensaio de 1914, Freud aborda pela primeira vez de forma explícita a questão do nascimento do Eu, deixando claro tratar-se de uma construção e destacando, ainda, a necessidade de "uma nova ação psíquica" (Freud, 1914/1996, p. 84). Sua argumentação sinaliza que esta "nova ação" envolve a unificação do corpo disperso do autoerotismo e é desencadeada pela alteridade. Com efeito, o outro, representado pelas figuras parentais, através do investimento libidinal no corpo da criança, viabiliza a construção do Eu.

Ainda em 1914, ao abordar o modo como os pais se relacionam com os filhos, Freud (1914/1996) sublinha que ali está em jogo a reprodução do narcisismo deles próprios, que enxergam o filho da mesma forma como um dia já tinham se imaginado. Atribuem ao filho toda a perfeição e aspiram que realize tudo aquilo que eles próprios não conseguiram.

Nesse sentido, a constituição do Eu e do corpo unificado no *infans* é resultante da construção de um projeto narcísico dos pais (Pinheiro, 1995). Projeto que dá origem a "Sua Majestade o Bebê", permitindo à criança experimentar uma completude e onipotência fundamentais no processo de subjetivação.

Este projeto narcísico inclui necessariamente a fantasia de um corpo para o *infans*. Antes mesmo de o filho nascer, este corpo – tomado como uma unidade coesa – é investido libidinalmente pelos genitores, estando inclusive inserido em uma história familiar. Ou seja, os pais investem em uma imagem corporal por eles antecipada. A esse respeito Aulagnier (1991) comenta que no imaginário da mãe, desde as primeiras semanas de gestação, a criança não é representada pelo que ela é na sua realidade inicial – um embrião –, mas pelo "corpo imaginado" (Aulagnier, 1991, p. 15), um corpo completo, unificado, dotado de vários atributos e separado do corpo da mãe.

Sobre este processo, no qual o Eu se constitui a partir da antecipação de uma imagem corporal promovida pelos genitores, as formulações de Lacan acerca do estádio do espelho são bastante elucidativas.

Em 1938 (2003), no texto "Complexos familiares na formação do indivíduo", Lacan aborda brevemente o estádio do espelho, descrevendo-o como um momento genético comum aos *infans* por volta dos seis meses de idade. A partir desta idade, apesar da "imagem despedaçada do corpo" (Lacan, 1949/1992, p. 100) e da discordância das suas funções e pulsões, a criança, ao ver seu reflexo no espelho já é capaz de antecipar a unidade corporal. Hipótese sustentada através da comparação entre a reação infantil e a dos chimpanzés. O *infans*, diferentemente destes animais, ao invés de tentar apreender manualmente a imagem, demonstra um "esbanjamento jubilatório de energia que assinala o triunfo" (Lacan, 1938/2003 p. 36). Atitude que, para o autor, sinaliza o reconhecimento de que aquilo que vê refletido no espelho é na verdade si mesmo.

Em 1949, ao retomar a questão da experiência especular, Lacan dá ênfase ao processo de construção do Eu. O estádio do espelho é então definido como: "[...] uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume

uma imagem [...]" (Lacan, 1949/1992, p. 97). Nesta perspectiva, é o reconhecimento do reflexo no espelho como lhe sendo próprio que ordena, mesmo que ilusoriamente, o corpo fragmentado, permitindo ao *infans* a conquista de uma unidade mental e contribuindo para o nascimento do Eu. Ou seja, é a partir de uma exterioridade que o bebê toma a própria imagem como uma *Gestalt*: apropriação que culminará na formação do Eu.

Se em 1949 a exterioridade responsável por possibilitar ao *infans* se identificar com seu corpo era sobretudo a imagem, em 1953 Lacan relativiza seu peso e destaca o papel primordial da palavra. Ao repensar o estádio do espelho através dos esquemas ópticos[5], a exterioridade passa a estar firmemente atrelada à linguagem e, consequentemente, ao outro. Lançando mão do experimento citado, Lacan (1953/1986) chega à conclusão de que outros fatores também são necessários para aquisição do corpo como próprio, tais como a inserção do bebê no universo simbólico dos pais, uma ligação simbólica na relação estabelecida entre eles, bem como a confirmação por parte do outro de que aquela imagem unificada, a qual a criança reconhece no espelho, representa a si mesma (Lacan, 1953/1986).

Em resumo, o estádio do espelho de Lacan nos ensina que a linguagem ofertada pelo outro permite ao sujeito se conectar a sua história e ao seu corpo. As palavras que os pais, ou quem ocupa esse lugar, dirigem *ao infans* transformam a relação com o corpo. Este, antes vivido como "despedaçado" (Lacan, 1949/1992, p. 100), passa a ser experienciado como uma unidade, possibilitando a apropriação de sua imagem.

Tanto as formulações lacanianas quanto as de Freud aqui apresentadas, consideram principalmente o campo da neurose. Neste sentido, não é por acaso que Freud, em 1914, ao tratar do papel da alteridade, pressupõe de saída a participação de pais afetuosos capazes de construir as bases necessárias à assunção de um sujeito. Visando abordar os percalços que podem ocorrer neste processo de constituição narcísica, percalços com que nos defrontamos na condução da análise dos sujeitos atendidos pelo NEPECC, recorreremos às contribuições de Aulagnier (1979; 1999).

---

[5] Um experimento clássico da física, concebido como "O buquê invertido", retirado da obra de H. Bouasse, utilizado por Lacan no Seminário 1 (Lacan, 1953/1986).

Os riscos inerentes à função da alteridade

Aulagnier (1979; 1999), motivada por questões derivadas de sua clínica junto a pacientes psicóticos, e sem desconsiderar as formulações freudianas e as contribuições de Lacan, desenvolveu uma teoria própria a respeito da constituição do sujeito. Teoria esta que explora outras variáveis, além da imagem e da linguagem, no processo de constituição subjetiva, como os aspectos não verbais, os movimentos constitutivos da *psique* e sua relação com o corpo, destacando o valor primordial da sensorialidade.

De acordo com a autora, o Eu só pode habitar ou investir em um corpo que possua uma história, na qual a primeira versão – forjada pelas figuras parentais – necessariamente contém um "Eu antecipado" que, entre outras coisas, comporta uma imagem corporal também antecipada e fiel às ilusões narcísicas dos pais (Aulagnier, 1999). Até aqui Aulagnier acompanha tanto Freud (1914/1996) quanto Lacan (1953/1986). Mas a grande contribuição desta autora é se deter no papel dos genitores na constituição do corpo do *infans*.

Aulagnier (1999) explora a articulação entre o corpo e a história que antecede o sujeito. Nesse sentido, destaca que o fato de os pais fantasiarem um corpo para o filho, embora inevitável e imprescindível, envolve um risco. O risco em questão é de se criar e pré-investir uma imagem que ainda não existe na realidade. Sabemos que o bebê idealizado nunca corresponderá integralmente à realidade do *infans*, mas o que se espera é que haja pontos em comum entre ambos. Todavia, não há qualquer garantia de que o imaginado e o idealizado pelos pais vá minimamente coincidir com a realidade do recém-nascido.

Para que a criança ao crescer se relacione razoavelmente bem com seu corpo, ou seja, para que se identifique e se reconheça nele, para adquirir um senso mínimo de unidade, para não constituir como defesa principal as manifestações psicossomáticas, o "Eu antecipado" pelos genitores precisa ser flexível. Este "Eu antecipado" deve estar disponível o suficiente para se abrir e acolher o corpo real do bebê, unindo-se a ele (Aulagnier, 1999). Assim, aquelas respostas emitidas pela mãe ao cuidar do *infans*, ao tentar interpretar as mensagens que este lhe envia com seu choro e gestuais, precisam, pouco a pouco, abarcar as manifestações singulares e imprevistas do corpo do *infans*,

e não só aquilo que ela supõe previamente de acordo com suas idealizações e fantasias.

Nessa perspectiva, a autora sublinha que somente através do corpo do *infans* se estabelece a união entre o representante psíquico pré-forjado pela mãe (referido ao "Eu antecipado" e à criança ideal) e o bebê que ali está. Dito de outra forma: é o apoio na realidade do corpo do filho que permite à mãe tanto preservar o investimento no representante psíquico antecipado, quanto investir no bebê real. Duplo investimento que possibilita à criança permanecer inserida em uma história e ter também sua singularidade reconhecida. Quando isso ocorre, a criança, ao se desenvolver, apela cada vez menos para seu corpo como transmissor privilegiado de mensagens e diversifica os destinatários e os objetos para os quais endereça seus pedidos.

Contudo, reconhecer a singularidade do *infans* e, ao mesmo tempo, mantê-lo conectado com uma história prévia não é um processo fácil de ser sustentado. Aulagnier (1999) também se dedicou a explorar as consequências das falhas que podem ocorrer. Ela considera que, diante de uma ancoragem insatisfatória entre a imagem ficcional precedente e o corpo apresentado pelo *infans*, a mãe pode desenvolver o que nomeou de "idealização parcial". Nesta a mãe só é capaz de validar ou "decodificar" os gestos e atitudes do bebê que confirmem a sua representação antecipada, excluindo todo o resto. Dessa forma, tudo aquilo que escapa ao idealizado – o imprevisto, o diferente, o espontâneo – não é considerado; ao contrário, é negado e desvalorizado. Tal conduta materna pode gerar no sujeito uma dificuldade em relação "aos próprios testemunhos sensoriais, uma incerteza mutilante tocante à conformidade entre si próprio e a imagem dele reenviada pelo espelho" (Aulagnier, 1999, p.40). Comportamento que, segundo ela, está bastante presente nos esquizofrênicos, os quais, como defesa, comumente constroem uma certeza delirante relacionada a algum aspecto corporal.

Apesar de os pacientes atendidos pelo NEPECC não possuírem o diagnóstico de esquizofrenia, encontramos no processo analítico deles ressonância com as descrições feitas por Aulagnier. Dificuldades com relação às sensações corporais e imagem são características frequentemente observáveis em nossos analisandos, independentemente da questão estrutural e diagnóstica.

Aulagnier (1999) aponta ainda que o encontro da mãe com o bebê real pode ser atravessado por algo mais drástico do que a "idealização parcial". A mãe pode se sentir confrontada com um bebê que em nada se relaciona com o representante psíquico por ela forjado, o que impede estabelecer qualquer ponto de ancoragem entre eles. Essa mãe terá que abrir mão de todo o "Eu antecipado" e construir um novo referente psíquico para o filho, o qual não comportará sólidas vinculações com a história do desejo dela, pelo contrário romperá com ela. Nestes termos, será tarefa da mãe religar os fios passados desta história com o tempo presente. Ainda assim, mesmo que ela consiga desempenhar esta costura tão difícil, a criança estará marcada pela mutilação do representante que deveria tê-la acolhido, tendo que lançar mão de alguns recursos para superar tal marca.

Diante de uma situação tão radical como a descrita acima, o *infans* pode tentar facilitar a tarefa decodificadora da mãe se aproximando do representante psíquico que foi por ela pré-investido e, com isso, comprometer sua autonomia psíquica. "O biógrafo [o Eu] se transformará em um copiador, condenado a transcrever fielmente uma história escrita por um outro" (Aulagnier, 1999, p. 42). Nesse contexto, a psique infantil pode lançar mão de saídas que levam ao autismo, ou a uma forma particular e precoce de clivagem, subjacente aos estados-limites.

Para concluir

Sem a pretensão de esgotar a questão levantada pelo artigo, as teorizações aqui apresentadas nos permitem tecer algumas considerações. Para começar, não resta dúvida de que em psicanálise o corpo não está dado desde o início; trata-se de uma construção inaugurada no encontro com a alteridade. É neste encontro que o organismo se transformará em corpo pulsional que, a princípio fragmentado, paulatinamente conquistará certa unidade.

Nesta perspectiva, em geral antes mesmo do nascimento o bebê já é investido libidinalmente pelos genitores e, ao nascer, à medida que recebe os cuidados físicos, este investimento se torna ainda mais acentuado. É no cuidado corpo-a-corpo da mãe, no seu ritual de decodificação dos gestos e ações

do *infans* que se instaura no corpo a dimensão pulsional. Uma vez inaugurado este circuito, o autoerotismo marcará de forma inteiramente singular o corpo do bebê. O fato de a mãe possuir um maciço investimento libidinal sobre o filho a torna capaz de escutar, interpretar e atender os sinais por ele enviados, respondendo e correspondendo as suas solicitações. As respostas maternas devem estar, por um lado, amparadas nos ideais preexistentes do seu imaginário e, por outro, na singularidade do próprio recém-nascido. Trata-se assim, de uma via de mão dupla, na qual, embora ainda não se possa conceber o Eu do *infans* apartado da mãe, uma relação entre mãe e bebê se estabelece culminando na constituição do corpo erógeno e do próprio sujeito.

Em paralelo à fragmentação corporal característica do autoerotismo, tem início a constituição narcísica, inaugurando a promessa de um Eu e um corpo minimamente unificados. O corpo, a princípio radicalmente estrangeiro, mesmo permeado pelas pulsões anárquicas do autoerotismo, se unifica em torno de uma imagem forjada pelos pais, adquirindo uma coesão mínima. Evento que possibilita à criança assumir o seu corpo como patrimônio inseparável de si mesma e objeto através do qual se reconhece.

Entretanto, como foi dito anteriormente, o corpo narcísico não excluirá o corpo autoerótico e vice-versa; ou seja, o corpo pulsional nunca será completamente unificado. Mesmo após o advento do narcisismo as pulsões parciais não desaparecem, continuam agindo sobre o sujeito, o que torna impossível concebermos o corpo como uma unidade completamente coesa e fechada. Ademais, partindo do entendimento de Lacan em 1949 acerca do Eu advindo com o estádio do espelho, podemos considerar a imagem unificada do corpo uma ficção que, tal como o Eu, permanecerá eternamente em discordância com a realidade.

O fato de o corpo não ser integral e irremediavelmente unificado não é necessariamente fonte de sofrimento psíquico. Todos nós, em alguma medida, somos confrontados com uma fragmentação corporal transitória capaz de despontar em vários momentos, mostrando que a ideia de uma totalidade não se sustenta, e que é a partir dos fragmentos que uma imagem de si pode ser construída. O que não implica dizer que os recursos de um Eu e um corpo unificado, mesmo que ficcionais, possam ser descartados. O problema se coloca quando os meios para a construção de uma autoimagem são precários,

predominando o registro da parcialidade, como se verifica em muitos pacientes do NEPECC. Nesses casos a fragmentação deixa de ser apenas transitória, tanto no sentido momentâneo quanto no sentido de devir, resultando em dor psíquica. É desta forma que se apresenta um de nossos analisandos, cujo sentimento de vergonha de si apoia-se especialmente na imagem construída de seu corpo. Imagem que carrega a fixidez de braços extremamente finos, "diferente de todos os outros braços" (*sic*).

Antes de finalizar é importante ressaltar que, embora não tenha sido alvo de nossa atenção no presente artigo, a condição de analisabilidade dos pacientes é um ponto extremamente relevante em nossas pesquisas, dado que representa um grande desafio clínico na atualidade. As investigações em curso até o momento indicam que trabalhar com este perfil de sujeitos apenas a partir do referencial teórico da neurose – apostando no predomínio de uma configuração corporal erógena e do recalque como defesa privilegiada – não traz uma grande contribuição para a condução do tratamento. Assim, nesses casos, conforme Pinheiro, Verztman e Barbosa (2006) afirmam, o manejo clínico difere da análise freudiana clássica. Enquanto esta última visa criar com o analisando uma nova versão de sua história, nos atendimentos por nós realizados o que buscamos é tentar construir, pela primeira vez – como experiência inaugural – uma história de si. Nesse sentido, uma discussão sobre a positividade do fragmentário poderá fornecer subsídios para este desafio clínico.

Referências bibliográficas

Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação*. Trad. M. C. Pellegrino. Rio de Janeiro: Imago.

Aulagnier, P. (1991). Observações sobre a estrutura psicótica. In: Katz, C. S. (Org.). *Psicose – uma leitura psicanalítica*. 2. ed. São Paulo: Escuta.

Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II, 3, 9-45.

Birman, J. (2003). *Corpos e formas de subjetivação em psicanálise*. Comunicação proferida no Segundo Encontro Mundial dos Estados Gerais da Psicanálise no Rio de

Janeiro. Disponível em: <www.estadosgerais.org/mundial_rj/port/trabalhos/3_Birman_38020903_port.htm>.

Ferreira, C. F. (2003). *O corpo e suas faces: um estudo psicanalítico*. Dissertação de mestrado apresentada no programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da UFRJ.

Freud, S. (1893). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1915). O instinto e suas vicissitudes. In: *Edição standard brasileira obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1917). Conferência XXI – O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1920). Além do princípio de prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1923). O ego e o id. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1940 [1938]/1996). Esboço de psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1950 [1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Herzog, R. (2011). Os limites da representação psíquica. In: Cardoso, M. R.; Garcia, C. A. (orgs.). *Limites da clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Lacan, J. (1938). Complexos familiares na formação do indivíduo. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

Lacan, J. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. In: *Escritos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

Lacan, J. (1953). A tópica do imaginário. In: *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

Leclaire, S. (1992). Sobre a função da mãe: algumas questões a respeito do corpo erógeno. In: *O corpo erógeno*. São Paulo: Escuta.

Pinheiro, T. (1995). Algumas considerações sobre o narcisismo, as instâncias ideais e a melancolia. In: *Cadernos de Psicanálise*, v. 12, n. 15. Rio de Janeiro: S.P.C.R.J.

Pinheiro, T.; Verztman, J. & Barbosa, M. T. (2006). Notas sobre a transferência no contexto de uma pesquisa clínica. In: *Cadernos de Psicanálise*, v. 22, n. 25. Rio de Janeiro: SPCRJ.

Sales, J. L. (2013). *Corpo e alteridade: processo de subjetivação*. Dissertação de mestrado apresentada no programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da UFRJ.

Manifestações da agressividade no contexto de uma pesquisa clínica: algumas observações e apontamentos

Rafaela Zorzanelli, Selena Caravelli, Bruno Farah & Teresa Pinheiro

Introdução

A pergunta está em um Freud tardio: "Por que necessitamos de tempo tão longo para nos decidirmos a reconhecer uma pulsão agressiva?" (Freud, 1933/1974, p. 129). A despeito de certos discursos açucarados e ilusórios, a descrença em uma intrínseca "bondade da natureza humana" (Freud, 1933/1974, p. 130) foi um esforço marcadamente empreendido e exitoso da psicanálise.

A estratégia do sujeito para compartilhamento do mundo com o outro tem que ser decidida a partir da solitária opção de como responder à castração e ao simbólico. Entrar na cultura, na linguagem, renunciar às pulsões, à agressividade, ao incesto e guiar-se pelos sucedâneos do supereu – leis, ordens, proibições, autoculpabilização, destino – são faturas a pagar na tarefa humana para habitar a cultura. No entanto, a eficácia da renúncia à natureza é relativa, não vindo a pacificar inteiramente o sujeito e, assim, colocando em cena o narcisismo das pequenas diferenças, que o levará a conhecer a intolerância e a agressividade:

> os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade [...] *homo homini lupus* [o homem é o lobo do homem] (Freud, 1930/1974, p. 133).

Sabe-se que no campo psicanalítico não existe uma univocidade para a noção de agressividade. Apesar disso, sua figura emblemática é o par sadismo-masoquismo. No entanto, para uma melhor definição de nosso campo conceitual na presente discussão, para fins didáticos utilizaremos o verbete elaborado por Laplanche e Pontalis (1996, p. 11), qual seja:

> Tendência ou conjunto de tendências que se atualizam em comportamentos reais ou fantasísticos que visam prejudicar o outro, destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo, etc. A agressão conhece outras modalidades além da ação motora violenta e destruidora; não existe comportamento, quer negativo (recusa de auxílio, por exemplo) quer positivo, simbólico (ironia, por exemplo) ou efetivamente concretizado, que não possa funcionar como agressão [...].

Embora as pulsões agressivas auto ou heterodirigidas em geral possuam alta figurabilidade clínica, tornando-se explícitas e inequívocas – caso de muitas formas de *actings out* e de passagens ao ato –, é também verdade que tais expressões podem se dar abaixo da linha do horizonte do *setting* e se revelar, por exemplo, na sutileza discursiva da ironia, do chiste, da indiferença ou do desinteresse de um paciente. A agressividade na clínica dá-se, portanto, *in absentia* ou *in efigie* de um dito, propósito, ato francamente manifesto, ou pela dramaticidade da passagem ao ato.

Se abríssemos com um compasso clínico um semicírculo descritivo da patoplastia agressiva, abarcando, por exemplo, como gradação primeira, as sutilezas chistosas de certos pacientes e, como grau cento e oitenta, o suicídio exitoso, veríamos o quão rica pode ser a polissemia agressiva dos sujeitos, ainda passível de múltiplos desdobramentos em cada um dos pontos contidos neste intervalo fictício.

Essa é a riqueza da clínica da psicanálise: à parte das associações, produto da relação transferencial e das manifestações do inconsciente, e embora nunca nos faltem marcadores, nossa tarefa de desvelamento, decodificação e comunicação da simbologia do material produzido pelo paciente é sempre uma tarefa conduzida pela singularidade e pelas modulações transferenciais.

Observações sobre a questão da agressividade

Os destinos atinentes à agressividade no processo analítico variam imensamente, possibilitando, mais a uns do que a outros, certo questionamento da posição subjetiva que ocupam. Tal diversidade que atravessa este cotidiano clínico conduz os analistas a pontos de ancoragem onde impasses sobre o manejo clínico dos conteúdos agressivos em diferentes casos atendidos possam ser apaziguados via discussão e reelaboração. Resulta dessas questões um vivo debate junto aos pesquisadores/psicanalistas que participam do NEPECC-IP-IPUB/UFRJ, cuja rotina de trabalho implica reflexões teórico-clínicas que se tornam um auxiliar na extração de novos enfeixamentos que permitam o exame espectral das tonalidades e respostas afetivas surgidas no transcurso dos atendimentos.

Apesar dos pontos que serão abaixo ressaltados, não se pretende aqui a formulação de uma hipostasia da agressividade de forma a criar uma lei geral de suas manifestações. Certamente reconhecemos na variedade uma imposição e uma característica implícita à clínica em geral. Nossa proposição visa comentar, partindo da clínica e sempre dela, apensos ao tronco principal da agressividade, cujos ramos se tornam heterogêneos e passíveis de cortes ou recortes. A identificação de tais vertentes nos conduziu ao questionamento de diferenciais surgidos em alguns casos atendidos pela equipe clínica que nos levam a algumas hipóteses acerca dos variados destinos que a agressividade pode assumir em um contexto analítico, dentre os quais:

1. Certos casos confirmam a função crucial da agressividade na constituição narcísica, tornando-a matriz identificatória para esses sujeitos;

2. Em outros, o sujeito é alvo da agressividade por não corresponder ao projeto narcísico dos pais, reeditando-a sob outras manifestações;
3. Finalmente, encontramos sujeitos com inequívocos traços melancólicos que se manifestam por atos de auto e heteroagressividade.

A convergência que nos franqueou um alinhamento e uma comparação dos relatos na diversidade de nossa casuística foi o lugar que a agressividade adquiriu nas vivências cotidianas e no *setting* analítico, e sobretudo como esta agressividade tornou-se um mediador nas relações interpessoais desses sujeitos.

Alguns pontos nos parecem plausíveis em certos atendimentos da pesquisa: o de que a agressividade é um dos modos privilegiados, senão o principal, de relação do sujeito com o mundo e consigo próprio, em substituição à ausência de alternativa de outro tônus afetivo; o de que cada uma das variações aqui analisadas sugere diferentes destinos para a agressividade, quais sejam: a ironia; a oscilação entre desinvestimento e hiperinvestimento objetal; e a oscilação entre inibição e agressividade.

Articulando as hipóteses anteriormente apresentadas com os tópicos acima descritos, poderíamos equacionar esses elementos da seguinte maneira: no caso em que a agressividade tem uma função determinante como traço identificatório na constituição narcísica, ela se desdobra, no *setting* analítico, em manifestações claras de ironia e sarcasmo; nos casos em que a agressividade advém da ausência do projeto narcísico dos pais em relação a certos sujeitos, ela se manifesta como oscilação entre desinvestimento (falta de curiosidade, desinteresse pela realidade, abulia) e hiperinvestimento objetais (conteúdo ideativo e verbal de ódio exclusivamente endereçado às figuras parentais); uma terceira expressão pode ser observada pela constituição e manifestação inequívoca de traços melancólicos acompanhados de passagens ao ato, evidenciadas no vínculo clínico pela pulsação entre contenção e desmesura agressivas.

Disso se pode inferir que a agressividade apresenta, nos casos analisados, manifestações diferenciadas, que vão, como em um espectro, do exercício de

uma forma latente, via humor irônico e sarcástico, passando pela ideação persistente de cenas agressivas dirigidas às figuras parentais, até alcançar francas passagens ao ato.

Embora existam situações em que as emoções dos pacientes apareçam fortemente representadas no discurso, não é incomum a incongruência entre o inequívoco conteúdo agressivo do relato no *setting* e o esmaecimento da coloração afetiva no discurso emitido pelo sujeito ao seu analista, como se a menção às situações em questão fossem meras banalidades cotidianas. Tal ausência de exaltação, choro ou tristeza em relatos de situações verdadeiramente limite exige acuidade e alerta na escuta.

Assim, de forma resumida, teríamos: a manifestação da agressividade pelo recurso ao humor, almejando o constrangimento do outro, incluindo o analista, o que exime o sujeito de colocar-se como agente do ato agressivo; o aprisionamento da agressividade ao campo da fantasia, voltando todo o trabalho psíquico para o esforço de sua contenção; e ainda, a oscilação entre a inibição e a passagem ao ato, onde relatos de situações limite da história de certos pacientes são trazidos ao *setting* de forma desafetada e portanto incongruente com a carga emocional do contexto narrado. Essas manifestações clínicas compreenderiam, portanto, gradações que iriam desde a verbalização chistosa e irônica, passando pela ideação do ódio (medo da realização do ato agressivo, fantasias homicidas de pessoas próximas ou não), até passagens francas ao ato, como no caso de tentativas de suicídio e homicídio.

Hipótese da agressividade como função crucial na constituição narcísica tornando-se traço emblemático da personalidade

Afirmar que a agressividade tem função na constituição subjetiva é, a princípio, uma ideia genérica, já que essa relação é estabelecida por variados autores, desde Freud, para quem a noção de ambivalência faz coexistir amor e ódio no mesmo plano da experiência fundamental dos sujeitos. Indo além, o autor reivindica ao ódio o lugar primeiro em relação ao amor (Freud, 1914/1974); o mesmo para Lacan (1966/1998, p. 119), ao tomar a agressividade como

"tensão correlata à estrutura narcísica no devir do sujeito"; e para Winnicott (1958/2000), para quem as raízes da agressividade já se encontram ali no amor primitivo, sendo a agressividade um elemento fundamental do desenvolvimento emocional. Além disso, Winnicott, diferentemente dos autores citados, afirma a agressividade como um valor positivo na construção de uma oposição ao objeto materno. Cada um desses autores, para nos determos somente em alguns nomes da história da psicanálise, articulou a seu modo a relação entre agressividade e constituição de si.

Mas o que queremos defender nessa hipótese é um passo diferente da relação acima descrita, qualificando outra manifestação de agressividade analisada entre os casos atendidos. Nela, os múltiplos formatos desta aparecem como defesa narcísica e, sobretudo, como marca identificatória do sujeito, da qual ele se regozija, estabelecendo com o outro a quem essa agressividade se endereça um jogo no qual seu objetivo é saber se ele é capaz de suportá-la. Em certo sentido, suportá-la é "suportar o sujeito por inteiro", é aceitá-lo do modo como pode ser, já que nesse caso a agressividade se tornou uma marca identitária com a qual esse sujeito se apresenta ao mundo e sem a qual ele se sente desfigurado subjetivamente. A ideia da agressividade como um emblema de si indicaria, então, que esses sujeitos precisam ser reconhecidos por meio dela, que por sua vez toma forma de um "estilo de ser".

É também nesses tipos de pacientes que observamos uma reincidente e duradoura projeção identificatória de seu próprio mal, que aparece sempre localizado em outras pessoas – essas sim, egoístas, más, e de quem não se pode esperar nada a não ser que permaneçam humilhando-o e maldizendo-o. Tudo que está fora de seu mundo interno (intenções dos outros, vínculos familiares, relações sociais, profissionais, pessoais) é ameaçador e perigoso porque pode enviá-lo ao lugar de humilhação. É essa a queixa que o traz a análise e da qual tem grande dificuldade de se desvencilhar. O vínculo com o analista será conquistado se e somente se esse último se mostrar confiável.

Nesse caso, "confiável" é ser capaz de suportar as constantes manifestações de agressividade dirigidas ao analista sem retaliar os pacientes que as desferem, permanecendo ali, disponível. Partindo da premissa de que todo o mal é projetado no mundo externo, o valor de confiar no mundo (e nas pessoas ao redor) pode ser uma experiência desestruturante para esses sujeitos,

pois desorganiza toda sua engrenagem subjetivante por eles criada com muito custo e na qual as únicas pessoas com "boas intenções" são eles próprios. A desqualificação do outro é uma das poucas garantias que esses sujeitos têm para se sentirem existindo como pessoas com algum valor.

Se, por um lado, em alguns tipos de pacientes aqui discutidos estamos sempre bordejando certas formas de fragilidade simbólica, nesse tipo aqui descrito a constituição da sensação de existência é feita por meio de um apelo agressivo, a ponto de se tornarem pessoas que visam, sempre que possível, a produção de incômodo, de constrangimento, comoções inesperadas dos outros ao seu redor. O lugar do analista não é preservado, sendo ele somente mais um dos alvos de suas ironias, de suas cenas bem pensadas de constrangimento e embaraço.

Agressividade como resultante de uma ausência do projeto narcísico dos pais

Sustentar a hipótese da agressividade como resultante de uma ausência de projeto narcísico dos pais é adentrar ideias antípodas do que Freud formulou como o próprio projeto de constituição da subjetividade em "Introdução ao narcisismo": os pacientes aqui discutidos nunca estiveram à altura de ocupar o trono de "Sua Majestade, o bebê" (Freud, 1914/1973). Em vez de familiaridade, os pais destes pacientes encontram neles a estranheza. Não conseguem reconhecer projeções narcísicas de seu eu ideal que lhes emprestariam o sentimento de pertencimento e confiança de existir no mundo. Nada do bebê apaixonante descrito por Freud é encontrado: é com um olhar esvaziado pelo fracasso do projeto narcísico que estes pacientes são recebidos no mundo.

A maior parte destes pacientes também relata experiências de humilhação sofridas pelos pais desde a infância. Chegam ao consultório com a marca da inexistência, imiscuída em uma suspensão da temporalidade. Na perspectiva do presente, parecem não saber quase nada sobre si, não possuir atributos que os qualifiquem, exigindo que inicialmente o analista faça muitas perguntas. Quanto ao futuro, eles parecem paralisados – ou aterrorizados – em relação ao porvir. Afinal, não responder ao projeto idealizante dos pais

já implica um impasse de se projetar no futuro desfigurado como uma assustadora repetição do presente em vacuidade.

A sensação de inexistência parece ser o único reconhecimento palpável, presente tanto na falta de palavras no *setting* analítico como na experiência comum a muitos destes pacientes que não se sentem bem-vindos ou acolhidos: "em todos os lugares, as pessoas se afastam de mim, não me querem por perto. Não sei o que tenho de errado. Estou perpetuamente sozinha". Essa vinheta esclarece que "[o] que está em questão nestes pacientes é o modo como são vistos, e com frequência a fantasia é de que estão sendo mal-vistos" (Pinheiro, Verztman, Venturi & Barbosa, 2006).

Por esta via a apatia surge como um aspecto subjetivo marcante, como um apagamento que aponta para uma morte subjetiva. A estratégia defensiva encontrada para não despertar o ciclo infindável das humilhações advindas do círculo parental é o esvaziamento psíquico, que pode ocorrer sob diversas formas. Uma delas chamou a atenção da equipe de pesquisa: a supressão da curiosidade sobre o mundo, associada a um enclausuramento em casa, na tentativa de causar o mínimo de incômodo.

Porém, à medida que se ganha confiança no processo analítico descortinam-se outros tons. Emerge, na surdina, o avesso deste panorama: uma série de fantasias parricidas cheias de imagens violentas adentram o *setting*. "Queria bater nele até sangrar", "queria jogar ela pela janela". Em alguns pacientes, este é o único prazer que experimentam: descontar nos pais as humilhações sofridas.

Estas fantasias violentas permanecem, todavia, no campo da ideação. Tais sujeitos silenciam frente às humilhações sofridas cotidianamente. Chama a atenção essas serem tão recorrentes quanto a surpresa resultante de tais atos. "Sempre me assusto, parece que nunca estou preparada". Não se consegue sentir qualquer sinal de angústia para antecipar um próximo episódio (Freud, 1926/1974). Assim, a questão que toma corpo e drena a curiosidade destes pacientes é: "por que eles fazem isso comigo?". A este respeito, cabe a pergunta: haveria outra forma de ter prazer em fantasiar que não ficar na esteira da engrenagem agressiva do próprio romance familiar?

Pode-se conjecturar que a agressividade nestes casos é uma forma de se defender da não-existência para não morrer subjetivamente. Mas, se, por um lado, tais pacientes foram alvo de agressividade por não cumprirem a função

de realização narcísica dos pais, por outro a fantasia de ser agressivo pode significar a única forma de pertencimento a um grupo. Uma forma de não estar "perpetuamente sozinha" e de possibilitar uma existência compartilhada.

Neste permanente clima de terror, é interessante o fato de o lugar do analista ser totalmente preservado por meio da seriedade com que estes pacientes dedicam-se à análise. Isso talvez aconteça devido à singularidade deste espaço na vida destes sujeitos, encarnando um encontro inédito no qual um porvir diferente da carência de reconhecimento simbólico possa surgir no horizonte. Um lugar que se insere numa "perspectiva clínica que concebe a experiência psicanalítica como um trabalho de invenção a dois" (Andrade, Mello & Herzog, 2012, p. 247). Um espaço, sobretudo, de testemunho, capaz de dar provas de esboços desejantes que se anunciam e da possibilidade de se extrair prazer de outras cenas compartilhadas.

Agressividade como manifestação de traços melancólicos por meio de passagens ao ato auto e heterolesivas

Reconhecidamente, traços clássicos da afecção melancólica trazem a marca do desinteresse objetal, do desinvestimento, da platitude afetiva, da indiferença e não valoração de si e do outro, da vacuidade. O sujeito habita uma tópica negativizada, desencarnada, incolor, apática, marcas de uma escritura através da qual a *inibição psíquica e o empobrecimento pulsional* podem se evidenciar e se dar a conhecer. Enriquez liga a falta do prazer identificatório à eleição *de um corpo de sofrimento*, marcado pela anedonia, *desabitado, sem afetos* (Enriquez, 1999, p. 146). Tal descrição serviria muito ao corpo melancólico, onde encontraremos a anestesia, a identificação ao nada: "não tenho valor"; "sou um zero à esquerda" – fragmentos comuns das falas melancólicas, cuja sensação paradoxal é de um vazio álgico.

Do consistente entrelaçamento em que se enodam as ações da pulsão de morte e do supereu, o tecido clínico da afeccção melancólica consiste na mais excelsa vivacidade dos imperativos da autocrueldade. O relato freudiano dá conta de que o sadismo mostrado pelo supereu virá, ao fustigar o eu, encharcado pela pulsão de morte: "o que influencia o supereu é a pura cultura da

pulsão de morte e, de fato, a melancolia impulsiona às vezes o eu à morte" (Freud, 1923/1973, p. 69). É aí que residirá a razão da hostilidade, agressividade e crueldade superlativas do supereu, que se torna algoz do eu, acossando o sujeito melancólico no sofrimento.

Noutras vezes, a negatividade melancólica ganha relevo, positivando-se e tornando o impulso agressivo melancólico basculado e projetado, fazendo com que o sujeito reconheça no outro a razão de sua miséria psíquica. Embora esta inversão possa ocorrer apenas sob forma de conteúdo ideativo ou de rumination acusatória, não é impossível que transborde sob forma de passagem ao ato.

Por exemplo, numa recusa de filiação a seu pai, a quem um paciente não reconhecia como matriz identificatória: "[..] Depois de tentar me matar tantas vezes, achei uma solução. Eu pensei: porque não matar a ele e não a mim?". Com essa estratégia, o sujeito abandona a cristalização suicida mirando em um outro, o pai, que será agora o alvo de sua agressividade, barganhando com esta última a ideação parricida. Num drible à autoagressividade traduzida em frequentes tentativas de suicídio, comuta a própria pena: quem deve morrer é o outro, o pai, a quem descreve como a mais ultrajante, desumana e implacável das criaturas. Justifica sua decisão pelas inúmeras agressões, castigos e humilhações sofridos durante a infância, experiências que considera imperdoáveis.

A marca destrutiva, a vergonha por sua sujeição aos desmandos paternos portam a ideia de uma herança psíquica corrosiva que agora o sujeito pretende devolver ao seu emissário primordial: a crueldade paterna da qual foi objeto. A acusação ao outro passa a equilibrar sua própria sobrevivência: a existência é chancelada com a ideia de que matar o pai é a saída para que o próprio sujeito não se mate.

Esta vertente projetiva da agressividade melancólica – a contramão do "ódio ao eu" para um ódio declarado e cego ao objeto – torna-se quase uma urgência de contenção simbólica no trabalho analítico. Esse visa a pacificação e metabolização da pulsão agressiva, assim como a simbolização e a descontrução da ideia de que o outro permaneça uma ameça.

É importante enfatizarmos, finalizada essa breve apresentação das três modalidades de agressividade que encontramos em alguns pacientes, que não almejamos aqui estruturar uma tipologia da agressividade, mas, sim, consideramos que esta raiz comum possui destinos e roupagens singulares

que, embora emerjam de forma nítida e indiscutível em momentos críticos do tratamento, podem ser desbastados e abrigados sob o arcabouço teórico-clínico oferecido pelo dispositivo psicanalítico.

Considerações finais

Sem a pretensão de elucidarmos quaisquer questões teórico-clínicas que são de grande complexidade, levantaremos alguns pontos que nos parecem relevantes no sentido de apontar percepções a que o atendimento a vários casos nos permitiu chegar, construídas coletivamente pelo grupo de trabalho. Um primeiro ponto geral é o fato de haver uma coexistência de níveis diferenciados de agressividade no que se refere a seus objetos, como por exemplo a agressividade heterodirigida (aos pais, ao analista, aos colegas) e a autodirigida (tentativas de suicídio, atos de autodestrutividade). Certamente, esses níveis, aqui apresentados de forma distinta, não são autoexcludentes, podendo, na clínica, se apresentar sob formas mistas.

Outras observações a que chegamos merecem um maior detalhamento:

1. A importância do sentimento de humilhação nos matizes agressivos

É notável a experiência da vergonha, em amplas variações, nos casos que inspiraram este artigo. No entanto e apesar de suas diferenças, tal experiência parece estar mais próxima daquilo que Verztman (no prelo) denomina de *vergonha vivida como humilhação*[1], implicando o sentimento de ser rebaixado por outrem:

> O sujeito se perde no lugar de origem de seu próprio rebaixamento. O outro, por algum motivo enigmático ou completamente fora do campo do sentido, é ativo em retirar coercitivamente os atributos narcísicos articulados a certos valores mantenedores da dinâmica do sujeito com

[1] A respeito do contraponto com a *vergonha vivida como embaraço* confira o artigo citado.

> seus ideais. Vergonha e humilhação coexistem quando a violência é extrema a ponto do sujeito internalizar a imagem negativa imposta como se fosse a sua (Verztman, no prelo).

Ainda de acordo com a proposição do autor, para que a humilhação se transforme em vergonha é preciso que haja um desequilíbrio entre a natureza da violência do outro e os limites narcísicos que protegem o sujeito de incorporar essa violência à sua identidade. É o que pode nos levar a concluir, com o autor, que "construções narcísicas frágeis podem favorecer experiências marcantes de humilhação consumada ou medo permanente de ser humilhado. Nestas situações ser visto pelo outro pode equivaler a ser humilhado ou vir a ser humilhado pelo outro" (Verztman, no prelo).

É nesse contexto que articulamos a face humilhante da vergonha como elemento determinante e repetido de formas variadas nos pacientes acompanhados, de maneira que a frágil carapaça que lhes dá contorno é marcada pela expectativa da humilhação e da intenção hostil alheia para consigo. De acordo com o debate realizado pelo autor, o sujeito humilhado toma para si a imagem negativa imposta de fora, passando essa imagem fragmentária e sem solidez a ser a consistência possível criada a partir de suas experiências. Nesse sentido, notamos diferenças relativas aos destinos do sentimento de vulnerabilidade (injustiça do mundo, humilhação) e da própria agressividade. Nos casos aqui debatidos, a vergonha vivida como humilhação é uma premissa existencial, um filtro para olhar o mundo, um lugar de onde é difícil sair ou quase imobilizante para os indivíduos.

2. Sobre o manejo dos casos

Em casos tão diferentes, bem como seus analistas, a questão do manejo das formas de agressividade na relação transferencial tem óbvio destaque. Longe de esgotarmos ou de nos propormos a uma técnica clínica para os tipos de pacientes aqui analisados, apenas indicaremos alguns elementos do manejo da relação terapêutica que pareceram importantes à equipe de pesquisa durante o acompanhamento desses sujeitos quanto à situação transferencial.

Alguns elementos que podem ser destacados em relação aos casos dos pacientes em que a agressividade é uma forma de constituição do projeto narcísico:

- Há uma constante busca de comoção de seus analistas pelos pacientes por meio de palavras, frases, chistes, falas de conteúdo sarcástico e atos mobilizadores de afetos agressivos, como numa tentativa de subversão do dispositivo analítico;
- Na agressividade que se pretende escamoteada, aparece uma clara expressão de júbilo e superioridade nas situações em que certos pacientes assumem o tom irônico e debochado perante seus analistas;
- Supomos que as duas afirmações acima digam respeito a uma demanda ao analista de que ele "sinta na pele" a agressividade e constrangimento dos quais tais pacientes também se sentem vítimas;
- Em seu círculo parental, encontramos figuras paternas frágeis e impotentes e figuras maternas incapazes de proteger esses sujeitos. Não é sem motivo que as figuras parentais aparecem dessacralizadas, o que se desdobra em um massacre às figuras de autoridade ou figuras de saber (profissionais, professores, médicos e psicanalistas);
- Há uma mistura entre discurso vitimizado e discurso tirânico. No campo da vitimização é bastante claro o lugar de humilhado que se atribuem, chamando a atenção para sua "submissão a um mundo injusto"; para a "falta de consideração generalizada das pessoas". Do lado tirânico, está seu modo de se relacionar com as pessoas, marcado pelo deboche e contestação da autoridade.

Alguns elementos que podem ser destacados em relação aos casos dos pacientes em que a agressividade aparece como resposta à sua não adequação ao projeto narcísico dos pais:

- A autoridade dos analistas parece não ser contestada, muito menos ser alvo de ironias;

- Haveria uma estratégia de desinvestimento das relações com os objetos (como por exemplo a ausência de curiosidade pela vida em geral);
- Haveria uma demanda ao analista de que sinta empaticamente a impotência e estagnação frente à agressividade recorrentemente sofridas por esse tipo de paciente;
- A aproximação gradual na relação terapêutica traz consigo tanto o aparecimento de assuntos relativos à sexualidade quanto a ampliação da capacidade associativa em pacientes para quem esses temas eram esmaecidos ou quase inexistentes;
- Há um deslizamento das queixas iniciais, que atribuem ao analista um lugar parecido com o que seus pais ocupam (guia, orientador, conselheiro) – para um tipo de demanda empática: "gostaria que as pessoas se colocassem no meu lugar".

Alguns elementos em destaque nos casos em que a agressividade é manifesta por atos auto e heterolesivos em pacientes com traços melancólicos:

- A escuta e as intervenções são dirigidas à sutura das vias abertas para a agressividade, impulsividade e passagens ao ato dos sujeitos em questão;
- Há uma tentativa dos analistas em extrair da ambivalência afetiva vivida por tais pacientes – cuidar x agredir – as possíveis vertentes não destrutivas, voltadas, por exemplo, ao cuidado com o outro e consigo mesmos, à proteção e manutenção de laços afetivos preexistentes, buscando a obtenção de nuances de afeto que não a agressividade e seus desdobramentos;
- Investe-se na ampliação do campo de acesso ao analista, como por exemplo a opção de envio de mensagens virtuais e outras formas de comunicação escrita nos intervalos semanais das sessões – estratégias constituídas para driblar e apaziguar a intensa ideação de manifestações de agressividade.

3. Humor, agressividade e alguns apontamentos a partir dessa relação

A acuidade da escuta analítica pode ser artificiosamente perturbada por um material que só na aparência é ameno. A insurgência do humor no *setting* é um exemplo privilegiado deste velamento, que, se suprimido, revela "uma recusa do eu de ser afligido pela realidade" (Freud, 1927/1974, p. 190). Frequentemente, tal "aflição" denota a presença de uma realidade agressiva vivida pelo sujeito em suas relações e laços afetivos.

Tal recurso de evitação e tangenciamento da angústia pelo sujeito conduziu Freud ao reconhecimento de um diferencial entre o humor e o chiste. Estes últimos careceriam de "dignidade", servindo "simplesmente para obter uma produção de prazer ou colocar esta produção a serviço da agressão" (Freud, 1927/1974, p. 191).

Os desenvolvimentos da segunda tópica, em particular após a proposição do conceito de narcisismo (Freud, 1914/1974), foram demarcadores fundamentais para a distinção entre as duas formas de humor discutidas na obra freudiana (Freud, 1905/1974; 1927/1974).

Recuperando as teses freudianas ao longo da maturidade da obra, reconhecemos a proposição diferencial segundo a qual, enquanto o humor dos chistes (Freud, 1905/1974) está mais próximo de uma resposta agressiva, o humor da segunda tópica, embora parta igualmente da agressividade, vincula-se, acima de tudo, à tentativa de proteção e invulnerabilidade do eu.

Uma pesquisa empírica impõe, colateralmente, certa organização didática dos assuntos, precisando-se matizar inevitavelmente alguns pontos. É evidente que os destinos das pulsões agressivas no momento da desfusão pulsional constitutiva do narcisismo não se reduzem apenas à sublimação correlata ao humor. Num mesmo sujeito, o destino das pulsões agressivas pode ser diverso, como no recalque, e, neste sentido, a força do supereu estará em primeiro plano.

A agressividade tem inúmeras roupagens, incomensurável figurino do qual o sujeito lança mão muitas vezes sem saber, como se se vestisse às escuras. Retomando a citação latina de Freud, o homem lobo do homem tem suas peles de cordeiro. Seja no *setting* analítico, ou no macromundo da rede socioafetiva estabelecida e enodada com o outro, homens lobo se vestem de homens

cordeiro, ou, retomando outra metáfora de um Freud schopenhaueriano, homens se despem às vezes, desumanizando-se em porcos espinhos. A agressividade humana "atravessa" o outro de muitas maneiras. Com espadas, com palavras, com riso, com escárnio, com ironia, com a paralisia da indiferença. Ou, às vezes, o sujeito atravessa a si mesmo, ferindo-se com a passagem ao ato.

Freud jamais foi um ingênuo crente nas boas ações e palavras como intrínsecas e inerentes ao sujeito. A concorrência com o outro pelo amor, pelo amparo, pelo reconhecimento serão os precipitados do conflito edípico e das rivalidades na célula familiar e na fratria que irão se refletir na organização dos laços de parentesco e nas relações socioculturais estabelecidas a partir deles cujas redes iniciais terão suas malhas multiplicadas nas vivências ulteriores do sujeito.

Embora as cicatrizes psíquicas resultantes de tais desafios adquiram visibilidade na imparidade da relação transferencial analítica, certamente não ficam restritas a ela, podendo emergir – ainda que de forma enigmática – seja sob a idiossincrasia de uma montagem sintomática singular, seja sob forma amplificada, na própria cultura, colorida por múltiplas estampas.

Apesar dos esforços de pasteurização das relações de parentesco presentes nas tentativas da cultura em negar tal mal-estar, criando para isso a venda de um ideal de felicidade familiar, conjugal, social ou laboral, a realidade de cada um desmente de forma cabal a perfeição ilusória. E a agressividade é intrínseca e inseparável parte desse transbordamento.

O difícil reconhecimento do potencial agressivo, que de múltiplas formas pode ser escamoteado, e a tentativa de mapeamento do que pode ser um excesso nem sempre audível à nossa escuta são dificuldades inerentes ao ofício da clínica. As pegadas dos destinos pulsionais nem sempre são rastreáveis a um primeiro olhar. E um analista deve estar sempre alerta às suas trilhas.

Referências bibliográficas

Andrade, B.; Mello, R. & Herzog, R. (2012). Associatividade na clínica psicanalítica: sobre a técnica. In: Vertzman, J.; Herzog, R.; Pinheiro, T & Ferreira, F. P. (Orgs.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

Enriquez, M. (1999). *Nas encruzilhadas do ódio*. São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1905). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1923). O eu e o isso. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1927). O humor. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1930). O mal-estar na cultura. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1933). Conferência XXXII, Angústia e vida pulsional. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Lacan, J. (1966). A agressividade em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1996). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Lambotte, M.-C. (1997). *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Pinheiro, T.; Verztman, J.; Venturi, C. & Barbosa, M. (2006). Por que atendemos fóbicos sociais? Justificativa de uma pesquisa clínica. In: Bastos, A. (Org.). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Verztman, J. (no prelo). Embaraço, humilhação e transparência: o tímido e o olhar. In: *Revista Ágora*.

Winnicott, D. W. (1958). *A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Sobre os autores

Ana Bárbara Andrade

Psicanalista; Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ; Pesquisadora do NEPECC.

E-mail: barb_andrade@hotmail.com

Bruno Farah

Psicanalista; Doutor em Teoria Psicanalítica (UFRJ/Paris 7); Pesquisador do NEPECC; Psicólogo do quadro do Tribunal Regional Federal da 2a Região.

E-mail: brunofarah@yahoo.com.br

Diane Viana

Psicanalista, Doutora em Teoria Psicanalítica (PPGTP/UFRJ), Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense (curso de Psicologia do Pólo Universitário de Rio das Ostras), Pesquisadora do NEPECC.

E-mail: dianeviana@hotmail.com

Fernanda Pacheco Ferreira

Psicanalista; Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Rio); Pós-doutoranda (PRODOC-CAPES) do Programa em Teoria Psicanalítica da UFRJ (PPGTP/UFRJ); Pesquisadora do NEPECC.

E-mail: fpachecoferreira@gmail.com

Jô Gondar

Psicanalista (CPRJ); Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Rio). Professora Associada da UNIRIO (Programa de Pós-Graduação em Memória Social).

E-mail: jogondar@uol.com.br

Joel Birman

Psicanalista; Professor titular do Instituto de Psicologia/UFRJ; Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq; Professor e pesquisador associado do Laboratoire de Psychanalyse, Médicine et Société da Université Paris VII.

E-mail: joelbirman@uol.com.br

Jôse Lane de Sales

Psicóloga; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ; Pesquisadora do NEPECC.

E-mail: jose.lane@ig.com.br

Julio Verztman

Psicanalista; Psiquiatra, Professor do Programa de Pós Graduação em Teoria Psicanalítica (PPGTP/UFRJ); Psiquiatra do IPUB/UFRJ; Coordenador do NEPECC.

E-mail: jverztman@globo.com

Leonardo Câmara

Psicanalista; Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ; Pesquisador do NEPECC.

E-mail: lcpcamara@gmail.com

Marta Rezende Cardoso

Psicanalista; Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise – Universidade de Paris Diderot-Paris 7 (França), Professora Associada da UFRJ

(Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Pesquisadora do CNPq (bolsa de produtividade em pesquisa).

E-mail: rezendecardoso@gmail.com

Raquel Rubim del Giudice Monteiro

Psicóloga; Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; ex-bolsista da CAPES (Mestrado).

E-mail: raquelgiudice@gmail.com

Rafaela Zorzanelli

Psicóloga, Doutora em Saúde Coletiva, Professora do Instituto de Medicina Social/UERJ; Pesquisadora do NEPECC.

E-mail: rtzorzanelli@uol.com.br

Regina Herzog

Psicanalista; Doutora em Psicologia Clínica (PUC/Rio). Professora Associada da UFRJ (Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica); Pesquisadora de produtividade em pesquisa (CNPq); Coordenadora do NEPECC; Coordenadora do projeto PRODOC/Capes.

E-mail: rherzog@globo.com

René Roussillon

Psicanalista; Membro titular da Societé Psychanalytique de Paris (SPP); Professor de psicologia clínica e psicopatologia da Universidade de Lyon 2.

Romildo do Rêgo Barros

Psicanalista; Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise.

E-mail: romildorbarros@terra.com.br

Selena Caravelli

Psicanalista; Especialista em Clínica Psicanalítica IPUB/ UFRJ; Doutora em psicanálise pelo Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica IP/ UFRJ; Pesquisadora do NEPPECC/IP/IPUB/UFRJ.

E mail: selenacaravelli@icloud.com

Teresa Pinheiro

Psicanalista; Doutora em Psicanálise (Paris 7), Coordenadora do NEPECC.

E-mail: teresapinh@gmail.com

Thais Klein

Psicóloga; mestranda do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ; pesquisadora do NEPECC.

E-mail: thaiskda@gmail.com