



Trabalhos selecionados para Colóquio Interno

1º Semestre 2014

Ciclo I ⇨ Renata Batisteli de Oliveira

Ciclo II ⇨ Francisco José de Araujo Rocha

Ciclo III ⇨ José Carlos Catão

Ciclo IV ⇨ Fernando Luiz Motta Zanetti

Ciclo V ⇨ Leonardo de Souza Moura

Ciclo VI ⇨ Cláudia Pellegrini Braga

Índice

Ciclo I

Renata Batisteli de Oliveira

DRINK ME, EAT ME: ALICE E A REGRESSÃO.....3

Ciclo II

Francisco José de Araujo Rocha

AIDS, NARCISISMO E ALGUMAS INTERROGAÇÕES12

Ciclo III

José Carlos Catão

REFLEXÕES SOBRE A PACIENTE L À LUZ DA PSICANÁLISE19

Ciclo IV

Fernando Luiz Motta Zanetti

UM CASO DE PARANOIA (Enoch).....27

Ciclo V

Leonardo de Souza Moura

TRABALHAR: LOUCURA, GOZO E DESEJO38

Ciclo VI

Cláudia Pellegrini Braga

SEM TÍTULO47

1º Semestre 2014

Ciclo I

Aluno: Renata Batisteli de Oliveira

Título: *DRINK ME, EAT ME: ALICE E A REGRESSÃO*

Haviam portas ao redor do salão inteiro, mas estavam todas trancadas; depois de percorrer todo um lado e voltar pelo outro, experimentando cada porta, caminhou desolada até o meio, pensando como haveria de sair dali.

De repente topou com uma mesinha de três pernas, feitas de vidro maciço, sobre ela não havia nada, a não ser uma minúscula chave de ouro, e a primeira idéia de Alice foi que devia pertencer a uma das portas do salão; mas, que pena! Ou as fechaduras eram grandes demais, ou a chave era pequena demais, de qualquer maneira não abria nenhuma delas. No entanto, na segunda rodada, deu com uma cortina baixa que não havia notado antes; atrás dela havia uma portinha de uns quarenta centímetros de altura: experimentou a chavezinha de ouro, que, para sua grande alegria, serviu!”

Em aula ouço “O sujeito é ao mesmo tempo regressivo e progressivo”. Imediatamente me recordo, como uma cena/imagem única, um trecho da história Alice no País das Maravilhas [1865], de Lewis Carroll. Digo em uma cena única porque me aparece como uma imagem unificada lado a lado a garrafinha de medicação do período vitoriano com uma etiqueta com escrito: *drink me* e um pedaço de bolo com o *eat me*. Penso se tratar de uma condensação, processo característico do inconsciente, no qual duas ou mais imagens se combinam para formar uma imagem composta, freqüente nos sonhos e demais atos inconscientes. Sei das conseqüências na história da ingestão por Alice de ambos conteúdos, ao beber o líquido da garrafa ela diminui de tamanho e ao ingerir o bolo ela cresce muito, e nessas situações deve lidar com os resultados dessas alterações, e na minha recordação, até o momento que consegue retomar ao tamanho “normal”. Volto para casa pensando em que relação isso poderia ter com a psicanálise, a aula e o tema regressão e com a frase que me trouxe a memória de tal imagem...

Alice no País das Maravilhas é um texto que gosto muito, talvez por seu conteúdo nonsense e a necessidade de interpretação dos fatos para a compreensão da história. Claro, eu não sou a única que me interesse por *Alice*, existem diversas leituras sobre o escrito de Carroll. Martin Gardner, autor de uma edição comentada de *Alice*, de 1960 e reeditado em 2000, afirma na introdução à primeira edição: *“Como Homero, a Bíblia e todas as outras grandes obras de fantasia, os livros de Alice prestam-se facilmente a qualquer tipo de interpretação simbólica – política, metafísica ou freudiana. Alguns comentários eruditos desse gênero são cômicos.”* (viii) O comentarista apresenta algumas dessas interpretações, e que devido “tal profusão de símbolos convidativos que podemos partir de qualquer pressuposto sobre o autor para desenvolver uma teoria clínica”. Nesta mesma introdução apresenta exemplo de interpretações psicanalíticas, relacionando dados da biografia do autor com os conteúdos do texto e aponta suas dúvidas quanto às certezas contidas em tais interpretações (Afinal, como fazer essa relação sobre os conteúdos sendo que não são associações do próprio “analisante”/escritor, mas sim do “analista”, feita a partir de dados biográficos muitas vezes supostos pelos “analistas”, por outro lado Freud não fez interpretações de textos famosos à seu tempo?)

Como ficar esperando junto da portinha parecia não adiantar muito, voltou até a mesa com uma ponta de esperança de conseguir achar outra chave sobre ela, ou pelo menos um manual com regras para encolher pessoas como telescópios; dessa vez achou lá uma garrafinha (“que com certeza não estava aqui antes”, pensou Alice), em cujo gargalo estava enrolado um rótulo de papel com as palavras “BEBA-ME” graciosamente impressas em letras graúdas.”

Uma breve procura nos meios eletrônicos disponíveis apresentam outras tantas interpretações psicanalíticas da história de *Alice*: como uma metáfora da adolescência; a relação entre a aventura de Alice no País das Maravilhas e o processo de alienação e separação teorizado por Lacan; à queda da personagem Alice à experiência catastrófica, descrita por Bion; o coelho e considerações acerca do tempo na psicanálise; o conceito de espaço transicional de Winnicott; as diversas significações referentes ao desenvolvimento infantil; crescimento enquanto terapeuta; como modelo do funcionamento dos sonhos... Enfim, em uma pequena procura tenho a impressão de que tudo já foi dito sobre o texto de Alice (e isso porque me ative apenas aos de viés psicanalítico, sem ler os que o interpretam com teorias de outras áreas como Direito, Lógica, Pedagogia, etc!), mas também continuo na dúvida... Que relação foi esta que eu fiz com o dito da aula, o texto regressão, o texto de Alice e a imagem criada por mim? Será que posso buscar algum sentido nisso tudo, pensando na teoria proposta por Freud no texto regressão, a imagem criada por mim ao

ouvir o dito da aula? Bom, confesso que a profusão de interpretações das mais variadas sobre o *Alice* me tranqüilizou em dois sentidos: eu não estou sozinha nesta empreitada, de relacionar *Alice*, psicanálise e etc ; e posso realizar tal tarefa com certa liberdade, afinal, existem diversos caminhos para a compreensão dos sentidos do nonsense de Alice. E, pois bem, não é parte do processo de tornar-se analista, realizar a escuta do que é dito, como isso reverbera internamente e buscar qual a relação com a teoria psicanalítica? Assim, me proponho a ir à busca disso, mas utilizando a imagem que criei, com os trechos referentes a tal imagem de Alice no País das Maravilhas e as ideias sobre regressão na teoria freudiana. Primeiro procuro pelo momento em que Alice muda de tamanho, e ao consultar a edição comentada, descubro que é já no primeiro capítulo que Alice se depara com a garrafinha, porém esta será a primeira de 12 ocasiões no livro em que Alice muda de tamanho! Talvez seja uma indicação que a imagem que criei se referia a um processo de mudanças, idas e vindas... Condensado na imagem da garrafa e do bolo... Mas será que também é possível utilizar tal processo como uma metáfora a algo relacionado à progressão e regressão, no sentido proposto no texto freudiano?

O conceito de regressão foi definido em 1900, no texto *A Interpretação dos Sonhos* e desempenha um papel importante neste momento do trabalho freudiano. A definição inicial era sobre como ocorria a alteração da direção dos processos psíquicos da extremidade motora para a extremidade perceptiva, no primeiro modelo de aparelho psíquico criado por Freud, permitindo a transformação de pensamentos em imagens, com grande importância na produção onírica. A regressão também ganhará importância clínica, em especial nos trabalhos de autores pós-freudianos, devido a participação na formação dos sintomas, nas demais formas de manifestação de conteúdos inconscientes e na transferência analítica.

No capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos* há uma seção dedicada ao conceito de regressão. Neste texto Freud propõe a distinção entre três tipos de regressão:

- 1) Regressão Tópica: no sentido do quadro esquemático dos sistemas-psi;
- 2) Regressão Temporal: Um retorno às estruturas psíquicas mais antigas;
- 3) Regressão Formal: onde os métodos primitivos de expressão e representação tomam lugar dos métodos habituais.

Porém, após apresentar estas três distinções às coloca como mais em termos de formalização teórica do que em sua ocorrência afirmando: *No fundo, porém, todos esses três tipos de regressão constituem em um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na tópica psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva.* Apesar de atenta ao indicativo freudiano, vou utilizar as distinções

propostas por ele como balizas, na tentativa de organizar diferentes caminhos para a tarefa proposta.

Regressão Temporal

Era muito fácil dizer “Beba-me”, mas a ajuizada pequena Alice não iria fazer isso assim as pressas. “Não, vou primeiro olhar”, disse, “ e ver se está escrito “veneno” ou não”; pois lera muitas historinhas divertidas sobre crianças que tinham ficado queimadas e sido comidas por animais selvagens e outras coisas desagradáveis, tudo porque não se lembravam das regrinhas simples que seus amigos lhes haviam ensinado: que atizador em brasa acaba queimando sua mão se você insistir em segurá-lo por muito tempo; quando você corta o dedo muito fundo com uma faca, geralmente sai sangue; e ela nunca esquecerá que, se você bebe muito de uma garrafa em que esta escrito “veneno”, é quase certo que vai se sentir mal, mais cedo ou mais tarde.

Como, porém nessa garrafa não estava escrito ‘veneno’, Alice se arriscou a provar e, achando o gosto muito bom (na verdade, era uma espécie de sabor misto de torta de cereja, creme, abacaxi, peru assado, puxa-puxa e torrada quente com manteiga), deu cabo dela num instante.

A primeira associação possível é com a regressão no sentido muitas vezes dado hoje até mesmo pelo senso comum, em que a regressão é voltar a um estado infantil ou para um estágio de desenvolvimento anterior, no qual se faz uso de recursos mais arcaicos, no sentido de desenvolvimento individual, ontogênico. A primeira relação que faço está ligada à noção de regressão no sentido temporal, de uso mais frequente em psicanálise, que é descrito por Laplanche e Pontalis(2000) como “uma sucessão genética e designa o retorno do sujeito a etapas ultrapassadas de seu desenvolvimento (fases libidinais, relações de objeto, identificações, etc).”

Há um imperativo na garrafa, porém Alice questiona e se recorda dos riscos e perigos que as crianças correm ao fazerem uso objetos/artifícios/instrumentos, que possibilitam de alguma forma acesso ao que é desejado, mas podem causar algum dano. De alguma forma existe um conhecimento sobre os riscos de tais usos, transmitidos anteriormente por amigos (adultos) e que devem/são introjetados, como revela a frase de Alice: *Eu nunca me esqueço!* Tais historinhas divertidas eram os contos de fadas tradicionais, que tinham uma função moral, que quase sempre se opõe ao desejo. Na cena relata pode-se pensar que ao fazer uma avaliação sobre se deve ou não beber o líquido aspectos mais maduros são evocados, numa demonstração de princípio de realidade, porém, os aspectos mais imediatistas, onipotentes e possivelmente mais arcaicos e regredidos da personagem são preponderantes, e resultam na ação de beber o conteúdo da garrafa. Esta ideia de um retorno a estágios mais primitivos de organização aparentemente é apresentada pela própria

personagem Alice, que se questiona em diferentes momentos do trecho escolhido, seu comportamento infantilizado, frente a impossibilidade de modificar a situação vivenciada.

“Que sensação estranha!” disse Alice; “devo estar encolhendo como um telescópio!”

E estava mesmo; agora só tinha vinte e cinco centímetro de altura e seu rosto se iluminou à ideia de que chegara ao tamanho certo para passar pela portinha e chegar àquele jardim encantador. Primeiro, no entanto, esperou alguns minutos para ver se ia encolher ainda mais: a ideia a deixou um pouco nervosa; “pois isso poderia acabar,” disse Alice consigo mesma,” me fazendo sumir completamente, como uma vela. Nesse caso, como eu seria” E tentou imaginar como é a chama de uma vela depois que a vela se apaga, pois não conseguia se lembrar de jamais ter visto tal coisa.

Um pouco depois, descobrindo que nada mais acontecera, decidiu ir imediatamente para o jardim; mas pobre Alice! Quando chegava à porta, viu que tinha esquecido a chavezinha de ouro e, quando voltou à mesa para pegá-la, constatou que não conseguia alcançá-la: podia vê-la muito bem através do vidro, e fez o que pode para tentar subir por uma das pernas da mesa, mas era escorregadia demais; tendo se cansado de tentar, a pobre criaturinha sentou no chão e chorou.

Outro caminho possível é o de se pensar em objetos (e relações?) que tem a capacidade de proporcionar crescimento ou diminuição, num sentido psicológico, progressão ou regressão, de acordo com o desenvolvimento ou a introjeção destes... Mas será que neste momento esta é a melhor hipótese? Ou será possível fazer uma interpretação de tamanha linearidade? E como pensar referenciais teóricos para tais questões neste momento?

Regressão Formal

Abriu a porta e descobriu que dava para uma pequena passagem, não muito maior que um buraco de rato: ajoelhou-se e avistou, do outro lado do buraco, o jardim mais encantador que já se viu. Como desejava sair daquele salão escuro e passear entre aqueles canteiros de flores radiantes e aquelas fontes de água fresca! Mas não era capaz nem de enfiar a cabeça”, pensou a pobre Alice, “isso de pouco adiantaria sem meus ombros. Ah, como gostaria de poder me fechar como um telescópio! Acho que conseguiria, se soubesse pelo menos começar. Pois, vejam bem, havia acontecido tanta coisa esquisita ultimamente que Alice tinha começado a pensar que raríssimas coisas eram realmente impossíveis.

Se existisse um manual de regras para “transformar as pessoas em telescópio” não seriam as regras de funcionamento do inconsciente, o que permite a regressão? A garrafinha (ou caminho para a regressão) não seria disponibilizado diante da necessidade ou do desejo de algo que não se obtém, por impedimentos? O conteúdo da garrafinha também é de

condensação ou inconsciente, afinal como em um pequeno frasco cabe uma gama variada de sabores que se distinguem e misturam?

A regressão formal seria uma alteração na expressão e representação dos métodos usuais dos processos mentais. Assim, quando ocorre uma regressão no sentido formal existe um retorno ao nível inferior de complexidade, estruturação e diferenciação do pensamento normal, então, dos processos secundários, passível de avaliação e elaboração, para processos primários, inconscientes, mais primitivos e de busca de resolução imediata.

Os sonhos seriam uma ocorrência desta regressão formal à condição mais primitiva do sonhador, pois com a diminuição das resistências proporcionada pelo sono, se torna possível uma revivescência de sua infância, e dos métodos de expressão que dispunha a época, para a tentativa de satisfação imediata de desejos. Para a formação dos sonhos são utilizados os mecanismos de condensação e deslocamentos, característicos do processo primário.

Aqui, comparo o processo vivenciado por Alice a um sonho, ou ao de formação de um sonho, no qual para a realização de um desejo (entrar no belo jardim) através de mecanismos de condensação e deslocamento, num processo realizado no inconsciente (onde mais dar voltas no sala faria aparecer objetos passíveis de adequar seu tamanho para a tentativa de realização do desejo?). Os sonhos são atos psíquicos tão importantes quanto quaisquer outros; sua força propulsora é um desejo que busca realizar-se e o fato de não serem reconhecidos como desejo deve-se a influência da censura psíquica a que são submetidos em seu processo de formação. Assim, em Alice existe a tentativa de realização de desejo, o princípio de prazer como regente do processo e a ocorrência de condensação e deslocamento.

Da mesma forma como Freud relata ter ocorrido no sonho da injeção de Irma, o pensamento onírico representado estava no optativo, em Alice, o *“Ah, como gostaria de poder me fechar como um telescópio”*. Assim como no processo de formação onírica o pensamento do sonhador como optativo ou esperança de que algo aconteça, para Alice o desejo encolher como um telescópio, se torna possível; como no sonho o optativo é substituído por presente direto, o desejo de Alice se apresenta no conteúdo da garrafa que a permite encolher. Assim como descrito por Freud, na cena apresentada uma possibilidade, de encolher como um telescópio, é transformada em algo possível, através do beber o líquido da garrafa.

Freud aponta que no caso dos sonhos a regressão é facilitada pela não estimulação dos órgãos dos sentidos, porém, nos outros casos em que ocorre a regressão existe uma compensação por outros fatores (como a frustração?) que permite uma intensificação da

catexia, que permite a regressão. Será possível pensar, o consumo do líquido e do bolo como um acréscimo desse investimento?

Regressão Tópica

Pouco depois deu com os olhos numa caixinha vidro debaixo da mesa: abriu-a, e encontrou dentro um bolo muito pequeno, com as palavras "COMA-ME", lindamente escritas com passas sobre ele. "Bem, vou comê-lo", disse Alice; "se me fizer crescer, posso alcançar a chave; se me fizer diminuir, posso me esgueirar por baixo da porta; assim, de uma maneira ou de outra vou conseguir chegar ao jardim; para mim tanto faz!"

Comeu um pedacinho, e disse para si mesma, aflita, "Para cima ou para baixo?", com a mão sobre a cabeça para sentir em que direção estava indo, ficando muito surpresa ao verificar que continuava do mesmo tamanho: não há dúvida de que isso geralmente acontece quando se come bolo, mas Alice tinha se acostumado tanto a esperar só coisas esquisitas acontecerem que lhe parecia muito sem graça e maçante que a vida seguisse de maneira habitual.

Assim, pôs mãos à obra e, num segundo, deu cabo do bolo.

No Interpretação dos Sonhos Freud apresenta uma construção teórica de aparelho psíquico dividido em sistemas, com tarefas distintas, sendo o perceptivo responsável por captar as percepções do mundo externo e interno, outro por armazenar traços mnêmicos de tais percepções e por último um responsável pela realização de atividades motoras. Tais traços são armazenados de acordo com a ligação entre eles, podendo ser temporal, de similaridade, entre outros. Apresenta que existe um caminho progressivo no processo de percepção de estímulos, para o de registro como traço mnêmico e por último o de uma ação possível. Este caminho será característico das ações de pensamento e vida de vigília.

Quando consideramos a formação dos sonhos (e estados patológicos de vigília, como visões e alucinações) o caminho da excitação é retrocedente, regressivo, de forma que em vez de se direcionar para a extremidade motora ela vai sentido ao sistema sensorial e as intensidades oriundas do inconsciente chegam ao sistema perceptivo, levando a formação de experiências sensoriais. Como as intensidades ligadas as representações podem ser transferidas pelos mecanismos de deslocamento e condensação torna-se possível a catexia do sistema perceptivo, para se atingir vivacidade sensorial.

"Cada vez mais estranhíssimo!" exclamou Alice (a surpresa fora tanta que por um instante realmente esqueceu como se fala direito). "Agora estou espichando como o maior telescópio que já existiu! Adeus, pés!" (pois, quando olhou para eles, pareciam quase fora do alcance da sua vista, de tão distantes). "Oh, meus pobres pezinhos, quem será que vai calçar meias e sapatos em vocês agora, queridos? Com certeza, eu é que não vou conseguir! Vou estar longe demais para me incomodar com vocês: arranjem-se como puderem... Mas preciso ser gentil com eles", pensou

Alice, 'ou quem sabe não vão andar no rumo que eu quero! Deixe-me ver. "Vou dar um par e botinas novas para eles todo Natal"

Para explicar a formação dos sonhos e do aparelho mental proposto, é apresentada a existência de duas instâncias psíquicas, sendo que uma delas submeteria a atividade da outra a uma crítica que resultaria na sua exclusão da consciência. Para passar pela barreira da instância crítica, que permite acesso à consciência, dirige a nossa vida de vigília e determina as ações voluntárias, são necessárias que condições como intensidade e atenção estejam satisfeitas. Assim, o sistema responsável pela crítica e controle dos conteúdos que irão atingir a consciência é o Pré-Consciente e a instância por trás dele, onde se localizam os conteúdos impedidos de atingir a consciência, a menos que sofram transformações, é o Inconsciente.

A via que passa pelo pré-consciente para chegar a consciência é barrada aos pensamentos oníricos durante o dia através da censura imposta pela resistência (assim como Alice, que não pode acessar o jardim, pois não tinha o tamanho adequado...). Durante a noite, quando diminui o fluxo progressivo e ocorre o uso de outros mecanismos (uma garrafinha, um bolo, condensação, deslocamento...), eles conseguem obter acesso a consciência, graças as modificações. Porém, as representações que chegam a consciência não são exatamente as que estão inconscientes, afinal, elas passaram por transformações a ponto de ficar quase irreconhecíveis, bem como a satisfação que obtém não é exatamente a realização do desejo, mas uma tentativa de, como Alice que nunca consegue o tamanho ideal para acessar ao jardim...

Alice apanhou o leque e as luvas e, como fazia muito calor no salão, ficou se abanando sem parar enquanto falava: "Ai,ai! Como tudo está esquisito hoje! E ontem as coisas aconteciam exatamente como de costume. Será que fui trocada durante a noite? Deixe-me pensar: eu era a mesma quando me levantei esta manhã?Tenho uma ligeira lembrança de que me senti um bocadinho diferente. Mas, se não sou a mesma, a próxima pergunta é: "Afinal de contas quem sou eu? Ah, este é o grande enigma!"

Retomando... Se a ideia desse ensaio surgiu da comparação entre a imagem da garrafa e do bolo, drink me, eat me, o conceito de regressão e o dito "O sujeito é ao mesmo tempo regressivo e progressivo", o que restou agora?

Bom, se a regressão se determina sempre em relação de oposição a algo que seja progressivo, nos aspectos formal, temporal e/ou tópico, os processos mentais são então de um ir e vir, ora num sentido progressivo, consciente, de elaboração lógica formal,

crescimento maturacional, etc e ora num sentido regressivo, inconsciente, de construção através dos processos primários, de retorno ao que resta de infantil em cada um de nós. Então, estamos como Alice, sempre em uso de mecanismos (se pensarmos o bolo e a garrafinha como paralelos/comparação/metáforas desses processos) que permitem a progressão e regressão, que se tratam ao mesmo tempo de uma repetição, mas também podem trazer algo de novo, transformações, na tentativa de entrada no “jardim mais encantador que já se viu”, o desejo.

Referências Bibliográficas

- Carroll. C. *Alice no País das Maravilhas – Edição comentada*. 2000
- Castro, R.C. *Aventuras de Alice no país da clínica*. 2011
- Cohen, R.H.P e Garcez, M.M. *Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade*. 2012
- Freud. S. Regressão. *A Interpretação dos Sonhos*. 1900
- Laplanche, J. e Pontalis. J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 2000.
- Moreira. A.C.G. *O conceito freudiano de regressão e a prática da psicoterapia em ambulatório de hospital universitário*. 2007
- Oliveira, M.L. *As aventuras de Alice no país das maravilhas e na EMEI: Winnicott e a educação*. 2009
- Santoro, V.C. *O coelho de Alice: considerações acerca do tempo na psicanálise*. 2010
- Sagula, F. *Alice no país das maravilhas: simbologia e abstração através de crianças e adultos*. 2006

1º Semestre 2014

Ciclo II

Aluno: Francisco José de Araujo Rocha

Título: AIDS, NARCISISMO E ALGUMAS INTERROGAÇÕES

“[...]Nothing's lost forever. In this world, there's a kind of painful progress.
Longing for what we've left behind, and dreaming ahead.”
Angels in America.

Há cem anos, Sigmund Freud publicava *“Introdução ao Narcisismo”*, onde ele colocou o narcisismo como um conceito fundamental para a teoria e prática psicanalíticas. Na obra freudiana, o narcisismo aparece primeiramente em 1910 para tentar explicar a escolha de objeto nos homossexuais; em 1911, Freud propõe a existência de uma fase da evolução sexual intermediária entre o auto-erotismo e o amor de objeto. Entretanto é no texto de 1914 que Freud introduz o conceito de narcisismo de forma estrutural, “referindo-se a uma espécie de princípio de conservação de energia libidinal, Freud estabelece um equilíbrio entre a *‘libido do eu’* (investida no ego) e a *‘libido objetal’* – quanto mais uma absorve, mais a outra empobrece.” Assim, devemos considerar o eu como um grande reservatório de libido, “de onde a libido é enviada aos objetos, e que está sempre pronto a absorver libido que reflua dos objetos”. O narcisismo surge, então, como uma estase de libido que nenhum investimento de objeto permite ultrapassar completamente. [LAPLANCHE, 2001]

Neste mesmo texto, Freud propõe o narcisismo como uma fase evolutiva crucial para a constituição do eu como unidade psíquica, localizando-se entre o autoerotismo e o amor objetal. O narcisismo pode, então, ser dividido em primário e secundário. No narcisismo primário, o *filhote humano* “toma a si mesmo como objeto de amor, antes de escolher objetos exteriores”; aqui, os “pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições – que um observador neutro nelas não encontraria – e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil.”[FREUD]

Ainda no narcisismo primário, vale destacar que “as coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. *Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade* não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela. ***His Majesty the Baby***, como um dia pensamos de nós mesmos.” [Freud] Sendo assim, temos um narcisismo relacionado ao Eu ideal. Já o narcisismo secundário relaciona-se como o ideal do eu onde há perfeita conformidade dos valores dos pais, da sociedade, da cultura; busca-se recuperar a perfeição narcísica, porém já atua com uma função de juízo, podendo ser considerado como embrião do supereu.

É válido ressaltar aqui que esta unidade psíquica de si como sujeito é precipitada pelo modelo de imagem do outro, uma *imagem especular*. Neste momento, o *filhote humano* despedaçado identifica-se com a imagem do outro e vê no outro seu duplo. É aqui que há cisão entre a criança e o outro. Este seria o estádio do espelho proposto por Lacan. Aqui temos o eu como lugar de alienação onde perverte-se a lógica cartesiana em: Eu sou onde não penso.

É através do narcisismo que o sujeito irá se constituir, incluindo sua passagem pelo Édipo e, logo, pela castração. Ao emergir do narcismo, tem-se o sujeito barrado.

Mas como o narcismo relaciona-se com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, porém, pelo fato de o Brasil ser o único país latino-americano a adotar AIDS e por algumas considerações finais no presente trabalho, optei por utilizar a grafia anglo-saxônica)? Antes de responder esta interrogação e acrescentar algumas outras, acho necessário resgatarmos como a humanidade se comportou diante seus grandes “adoecimentos”, posto que por sermos sujeitos imersos na cultura, os desdobramentos psíquicos de uma doença serão fortemente influenciados por este comportamento.

Os grande adoecimentos aqui destacados assim o são considerados devido à forma epidêmica que se apresentaram primeiramente a ponto de serem consideradas calamidades coletivas, aos mistérios que, geralmente, os envolveram nos seus surgimentos e por eles terem ferido as dietéticas de suas épocas, levando à desrazão que o seguiram e ao rechaço aos indivíduos que deles padeceram. Seriam eles: a lepra, a sífilis, a peste negra, a tuberculose, o câncer e a loucura. [Carneiro]

Na lepra, o rechaço é da fragmentação do corpo, mediante a presença de um vazio identificado no lugar significado. Há uma falha na imagem especular, devido às feridas que deformam, que descaracterizam o humano, a lepra evidencia o que foi perdido, daí a sensação de vazio e o rechaço ao portador da doença.

Com a sífilis, observa-se um acréscimo de julgamento moral de seus doentes, já que seu contágio é sexual, a desrazão aqui se dá pela presença do mal detectado na investida do sujeito ao prazer, provocando toda espécie de discursos morais. A ameaça surge pelo medo de ter prazer. O rechaço é ao outro do encontro sexual, o outro como reponsável pelo mal.

Na peste negra, a desrazão é a própria morte e, associada ao contexto (na Idade Média) em que não havia conhecimento algum do que a causava, qualquer um poderia ser tanto o vetor como o agente, ela irá contribuir para uma paranoia do eu. Embebida no mistério, ela encarnava a própria morte, o próprio mal. Assim, as pessoas passaram a evitar as outras, optando por uma vida sem excessos.

A desrazão na tuberculose se dá pela impotência (não ter saúde) que deflagra uma falta, e, diante desta, a sociedade tenta rechaçar implicando uma superpotência no “*tuberculoso*” para lhe negar seu lugar de cisão, uma vez que a falta evidenciada por ele é sentida como ameaça.

O rechaço no câncer é resultado da ameaça sentida pelo sujeito quando se vê questionado pelo encontro formado entre uma afecção do invisível do corpo e ameaça do espaço de intimidade entre o eu e o real do corpo. Aqui a desrazão está na presença do mal detectado no real do corpo e que destrói intimamente as distâncias entre as instâncias real e simbólica, provocando uma sensação de fracasso e impotência.

E assim temos a loucura que pode ser tida como a própria desrazão já que ela busca para si um sentido para o real.

É interessante destacar alguns pontos em comuns nestas enfermidades como o fato de seus doentes serem tidos como verdadeiras metonímias da doença: o doente de lepra é “o leproso”, o doente de tuberculose é “o tuberculoso”, o que padece de alguma loucura é “o louco”. Parece que o sujeito perde sua subjetividade e se torna a própria doença. E isso se dá porque a sociedade não consegue lidar com a enfermidade, “punindo” o sujeito e o rechaçando. Outro ponto é que essas doenças evidenciam a falta inerente ao humano, elas trazem a mortalidade à tona (*retorno do recalçado*), elas interditam o sujeito e a sociedade.

Pode-se inferir que há a desrazão e o rechaço porque as enfermidades também são atravessadas por valores morais, principalmente de cunho religiosos. E a sífilis evidencia essa característica já que sua forma de contágio é a sexual, o que torna o sujeito um transgressor, uma vez que ele cedeu de seu desejo em busca de um prazer proibido.

Enfim, a AIDS. A epidemia do HIV/AIDS surge em um contexto onde a Medicina encontra-se extremamente avançada, com promessas de cura do câncer, busca desenfreada pela imortalidade, controle de doenças (lepra, tuberculose e sífilis com tratamentos eficazes) –

formando uma dietética (*a arte de viver*) em que “*todo ser humano nasce com uma cota de saúde e que a doença seria um uso errado desta cota, ou seja, um uso errado da economia que foi dada a cada indivíduo.*” [Bianek – Oliveira] Há uma certa onipotência e onipresença da Medicina que não podem ser questionadas, ainda que ela se construa baseada em um discurso bélico contra qualquer doença, retirando, inclusive, a ideia de adoecimento como uma ordem natural – as pessoas adoecem e morrem. A AIDS surge como uma doença com grande letalidade, com uma morte rápida, dolorosa e desfigurante; e surge ainda relacionada ao sexo e à população homossexual de Los Angeles e Nova Iorque onde foi primeiro identificada em 1981, o que irá se constituir um terreno fértil para preconceitos e valores morais se ligarem à doença. Logo a AIDS é associada, diretamente, às ideias de morte, promiscuidade, deformidade, sofrimento, castigo, providência divina.

O rechaço ao paciente soropositivo vai nascer da violação dele a essa dietética da Medicina, ele ousou transgredir em ações (qualquer relação que não seja heterossexual monogâmica, uso de drogas) condenadas pela cultura onde está imerso. E é na dietética da Medicina que há o desencontro e fracasso desta porque ela ignora por não saber lidar com a dimensão desejante do ser humano, a Medicina não sabe lidar com o corpo pulsional, ela lida com o biológico e ignora o sujeito barrado que deseja e goza.

Aqui retomamos à interrogação e acrescentamos mais uma antes de continuarmos. Como o portador de HIV/AIDS irá lidar com tamanha carga e estigma frutos de uma dietética ilusória da Medicina associada à moral vigente? O descobrimento da sorologia positiva para o HIV produz uma *ferida narcísica*, que ocorre pela contingência da realidade, que desnuda diante do eu narcísico a concretude fria da impossibilidade da vida eterna. Os sonhos, os projetos construídos no campo do Ideal do Eu são destruídos, causando um sofrimento intenso. O Supereu irá atuar como gerador de uma profunda culpa, levando os pacientes a imputarem a si uma responsabilidade pela soroconversão. Diante um diagnóstico de soropositividade, o indivíduo vai experimentar o retorno da ideia recalcada da mortalidade, o susto com a constatação da própria finitude, o luto pela constatação da realidade acompanhado de certa revolta e o esvaziamento da libido, o que irá acarretar um processo de baixa auto-estima – o que deve alertar a um possível processo de melancolização.[GOUVEA] Há pacientes, inclusive que deixam de encarar o espelho, com medo de não se reconhecer ou talvez com medo de encarar a falta, de se ver “novamente” despedaçado. A AIDS pode atravessar os pacientes de tal forma que suas relações sexuais passam a ser reguladas por ela de acordo com a carga viral.

Ainda que hoje a terapia com anti-retrovirais tenha mudado o curso da infecção pelo HIV/AIDS, permitindo uma sobrevida tão longa que já se classifique a enfermidade como crônica, o estigma ainda é tão forte que, para alguns infectados, o uso de medicamentos equivale a ideia de se estar doente e este estar doente remete ao quadro típico do início da epidemia com as mortes rápidas, as marcas no corpo (tumores como o Sarcoma de Kaposi, a lipodistrofia – redistribuição de tecido adiposo para lugares onde não são encontrados em abundância), as diarreias ininterruptas. [Martins] Além dessas imagens fantasmáticas, há os efeitos colaterais das medicações atuais que podem gerar desânimo ou descrença, levando ao abandono do tratamento. A doença e seus sintomas tornam-se as próprias identificações narcísicas, há um processo triste e cruel de dessubjetivação, a perda é uma constante. [ANDRADE] A AIDS acaba por apresentar um significado importante de interdição, atravessando o comportamento dos pacientes, suas rotinas e até sua percepção como sujeito. A AIDS acrescentaria ao corpo unificado uma mudança estética que denuncia a doença e tantas múltiplas infecções que invadiriam de significantes da ordem do insuportável.

É possível dizer, então, que “a AIDS tem conjugadas causas morais, biológicas e responsabilidades humanas. Há muitas AIDS sob diversas formas de expressão, mas vale destacar a AIDS dos ricos, que é mais controlável, e a AIDS dos pobres, de difícil controle e rápida expansão, sobretudo entre mulheres, adolescentes e crianças. Há finalmente a AIDS de cada um, contagiante e contagiosa, que leva algumas pessoas, num ato de desespero, a praticarem do suicídio à contaminação. A AIDS envolve um conjunto de situações dramáticas do ponto de vista médico, familiar, social e psicológico. Cada indivíduo responde diferentemente às consequências do significado do diagnóstico.” [SESARINO]

Um ponto que pode passar despercebido em uma leitura não estritamente biológica da AIDS e que é de grande valor é como ela porta uma fantasia semelhante ao sexo na obra de Sade, em que ele é usado deliberadamente para gerar gozo com a morte do outro, o que desencadeia a seguinte série de significantes: *Hades*, *Aides* e *Aidos* que são nomes gregos para o deus e mundo dos mortos, o invisível e o pudor. Em “*A Filosofia na Alcova*” (de Sade) temos um assassinato (da Madame de Saint-Ange), através de um contaminante invisível (*Aides*), um gozo perverso através da violação do pudor (*Aidos*), um mundo dos mortos (*Hades*). Nas AIDS, temos uma fantasia original sádica, uma porção de morte viva, um pudor (*Aidos*) que é violado pela exposição de algo até então velado (*Aides*), ou seja a passagem de um ato perverso para a fantasia de um gozo assassino, de um sexo que mata. [COELHO] O incômodo que fica é que a AIDS nos proporciona o reencontro com o que sempre esteve

presente na sexualidade: a morte. Esta que é indissociável da vida. É aqui que emerge a barra que divide o sujeito e o alinha com o desejo.[DIAS]

Assim diante o que foi escrito me vejo com várias interrogações a serem trabalhadas: para o sujeito infectado, seria a AIDS uma atualização das castração, uma vez que ela constitui uma interdição tão contundente para a vida do paciente? Como o analista deve agir diante um analisante que chega com o HIV/AIDS como demanda? Seria a infecção pelo HIV uma demanda? Como lidar com a ferida narcísica? Como cada estrutura clínica – neurótico, psicótico e perverso lida com um diagnóstico positivo para HIV? Seria a Psicanálise o meio de começarmos a desconstruir os estigmas relacionados ao HIV/AIDS, passando a considerar os corpos não somente como biológicos e vítimas de uma dietética ilusória, mas, sim, como corpos desejantes, como sujeitos que carregam uma história, uma psiquê que vai além de um diagnóstico? Enfim, como a Psicanálise pode atuar no desmantelamento dessa desrazão do HIV/AIDS que, ao se aproximar da loucura, leva o doente a apenas sobreviver onde ele não mais existe?

Referências Bibliográficas

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. **AIDS: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: Escuta, 2000. 160p.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 309 p. (Sigmund Freud. Obras completas ; 12)

KUSHNER, Tony (Anthony Robin Jeremy). **Angels in America: a gay fantasia on national themes**. New York: Theatre Communications Group, 1993-1994. 2 v.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 937 p. (Campo freudiano no Brasil)

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J. B.. **Vocabulário da psicanálise**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 707p

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 108p. (Coleção Tendências;v.6)

ANDRADE, Luís F. G. de, Andrade. **A psicanálise frente a AIDS**. Trabalho apresentado, em 27.9.91, no Simpósio sobre AIDS, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba. Disponível em

http://www.escolafreudianajp.org/arquivos/trabalhos/A_psicanalise_frente_a_AIDS.pdf
consultado dia 04/05/2014

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. **A criminalidade na perversão: de Sade à AIDS.**

Disponível em <http://www.circulopsibahia.org.br/n13a03.pdf> consultado dia 04/05/2014.

DIAS, Mauro Mendes. **Aids.** Artigo disponível em

<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32art11.pdf> consultado dia 04/05/2014.

GOUVEA, George. **AIDS O que a psicanálise tem haver com isto?**. Agosto 2009.

Disponível em <http://www.georgegouvea.com.br/wp-content/uploads/ARTIGO-CIRCULO-PSICANALITICO.pdf> consultado dia 04/05/2014.

MARTINS, Antônio Carlos Borges. **Pessoas vivendo com AIDS: Corpos marcados?**

Disponível em

http://www.machadosobrinho.com.br/revista_online/publicacao/artigos/Artigo04REMS.pdf
consultado dia 04/05/2014.

OLIVEIRA, Sidney Nilton de; BIANECK, Desirée Varella. **SIDA e morte: Algumas reflexes a partir da Psicanálise.** Disponível em

http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/adverbum/Vol3_2/03_2_4sida_e_morte.pdf
consultado dia 04/05/2014.

TEODOROWIC, Maria. **Câncer-AIDS - um estudo psicanalítico e evolução para a morte e para a vida.** Universidade Católica Dom Bosco - UCDB 2003 disponível em

<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/7809-cancer-aids-um-estudo-psicanalitico-e-evolucao-para-a-morte-e-para-a-vida.pdf> consultado dia 04/05/2014.

VILLELA, Angela Bezerra. **A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta Pulsional.** Cad.

Psicanál.-CPRJ, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 77-87, jul./dez. 2013 disponível em

Http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno29_pdf/CADERNOS-DE-PSICANALISE_29_SONHOS_2013_77-A-87.pdf consultado dia 04/05/2014.

1º Semestre 2014

Ciclo III

Aluno: José Carlos Catão

Título: REFLEXÕES SOBRE A PACIENTE L À LUZ DA PSICANÁLISE

Apresentação

Neste trabalho será descrito o caso de L, uma mulher que está em tratamento desde 2006. Nestes oito anos de tratamento, quero crer que posso afirmar que houve relativo sucesso na reorganização de seu funcionamento psíquico, que resultou na diminuição de sintomas e do sofrimento psíquico e consequentes transformações subjetivas. Em resposta ao tratamento, L passou a oscilar menos entre as posições esquizo-paranoide e a depressiva. Para manejar a conduta terapêutica, tomo sempre o cuidado de não simplificar ou simplesmente neurotizar o quadro psicótico e vice-versa.

Em meados de 2006, L me foi indicada por uma amiga que havia sido sua professora na faculdade. Segundo esta amiga, ela estava deprimida e se sentia incapaz de lidar com as demandas de sua vida naquele momento. Confusa e pressionada com as atribuições do mestrado, estava prestes a “surtar” e em vias de perder prazos que comprometeriam a finalização do seu trabalho. Estava afastada do emprego em função de quadro de depressão severa havia quatro meses e retornaria no mês seguinte (agosto/2006). Suas queixas pouco verbalizadas eram através de muitos silêncios e choro carregados de muitas angustia.

Nestes anos todos o trabalho com L se deu em bases da psicologia (a minha primeira formação) ainda que as supervisões do caso sempre tenham sido no referencial psicanalítico. A intenção/objetivo deste trabalho é pensar o caso sob a ótica psicanalítica, em especial a partir de dois trabalhos de Freud: “Neurose e psicose”(1) e “A perda da realidade na neurose e na psicose”(2), ambos de 1924, e de algumas importantes contribuições de Melanie Klein(3;4).

Descrição do caso

Depois de alguns encontros, constatei que o estado de L era realmente de muita fragilidade e seus poucos relatos eram confusos e fragmentados, marcados por profundo sentimento de desamparo. As conversas eram entremeadas por períodos longos de silêncios e choros, repletos de emoções dolorosas.

Naquele momento, L tinha 38 anos. Profissional da área da saúde, havia cursado uma universidade pública, onde também fazia o mestrado, que não veio a concluir, em obstetrícia. Mãe, gestação e bebê são assuntos do seu interesse e é nesse campo que atua nos postos de saúde onde trabalha. Entre 2005/2006 L havia engordado mais de 20 quilos e o aumento de peso não era visto como um problema: ela dizia sentir-se mais segura sendo “uma pessoa maior” (SIC).

Inicialmente percebi um agravamento dos sintomas de confusão mental e depressão. Havia uma mistura entre as memórias dolorosas do passado e os problemas atuais. Fui constatando que na maioria das vezes L vivencia os dois estados sem distinção. As conversas a afetavam tão fortemente que eu pedia que ela permanecesse no consultório por um período, depois de terminada a sessão para que eu, depois de atender o paciente seguinte ao horário dela, pudesse me certificar que ela estava em condições de ir embora pra casa.

L se casara aos 23 anos e, segundo ela, o casamento a deixava realizada. Teve um único filho. Com o tempo, o casamento mudara e, segundo ela, o marido se tornara menos atencioso. Mais adiante descobre que ele a traía, o que levou ao fim do casamento. Depois da separação, venderam a casa que haviam comprado juntos e L foi morar com o filho na casa dos pais. Com o dinheiro da venda do imóvel ela financiou os seus estudos, desde o cursinho até a universidade. L chorava ao lembrar como o filho havia sido maltratado na casa de seus pais. Voltar a morar com os pais e ingressar numa universidade pública era a única forma de realizar seu sonho de se formar e trabalhar na área da saúde.

Atualmente o filho e a namorada dele moram com ela. Apesar de serem todos adultos, ela arca sozinha com todas as despesas da casa, inclusive o financiamento do apartamento.

É concursada num posto de saúde de uma cidade na grande São Paulo, onde também reside. Seus pais moram na Zona Norte de São Paulo, na casa onde cresceu. Ela é a filha mais velha de quatro irmãos. Hoje convive pouco com eles: os encontros se resumem

a celebrações como Natal, Páscoa e aniversários. Ela não conta com eles para qualquer outra demanda e não é plenamente atendida quando solicita algo.

Todas as lembranças da mãe são marcadas pela mágoa de ter sofrido violência física, bem como os irmãos. Quando me procurou estava tão desamparada que havia buscado a ajuda da mãe, e tempos depois volta a solicitá-la, mas esta não era capaz de ajudá-la. Se o fazia era sempre circunstancialmente e com muitas restrições, ainda que estivesse evidente que L mal dava conta de cuidar de si, da casa e do filho, na época com 13 anos. Menciona pouco o pai e nunca de forma positiva e nem afetiva, demonstrando distanciamento e falta de vínculos expressivos com ele.

Da época da escola tem memórias de isolamento e desconexão com o grupo, salvo por uma professora que lhe deu aula durante um ou dois anos e de quem tem boas lembranças. A avó paterna é outra pessoa de quem fala com afeto, imigrante européia, muito simples e analfabeta, mas que a tratava sempre com carinho e atenção. L chora muito a sua falta, cada vez que se refere a ela.

Inicialmente fazíamos duas sessões por semana, L estava afastada do trabalho e, apesar de morar longe, não tinha impedimentos outros além do valor das sessões, aquém das suas possibilidades. Ela mostrou-se incapaz de fazer uma proposta, a iniciativa foi minha de sugerir uma condição compatível com suas possibilidades: só assim chegamos a um valor.

Quando voltou a trabalhar ficou bastante mais limitada de horários e faltava ou cancelava muitas sessões e, por esta razão, no decorrer dos anos, passamos a nos ver não mais que duas vezes por mês. Sugeri indicar-lhe um profissional próximo à sua casa e trabalho e ao longo dos anos fiz mais uma ou duas tentativas de encaminhá-la, mas L nunca aceitou a possibilidade de troca de profissional. A estabilidade que vem apresentando nos últimos anos e sua aversão à possibilidade de encarar um novo profissional me sinalizam para que eu a respeite no seu desejo, ainda que mais sessões fossem indicadas para o seu caso.

No início, ainda no auge de sua crise, L me ligava algumas vezes à noite ou em finais de semana. Dois episódios foram os mais marcantes: um em que durante toda uma madrugada fez cerca de 40/50 ligações para o meu celular e para a secretária eletrônica do consultório, e o outro quando ligou durante um final de semana, desesperada porque havia tomado uma superdosagem de medicamentos psiquiátricos. Tive que intervir dessa vez, monitorando-a a distância com a ajuda de uma amiga médica. A transferência estava

acontecendo e o manejo no início foi um tanto quanto difícil, pois eu representava para L a única pessoa que se importava com ela e estava ao seu alcance. Ela fez um poema no qual me agradecia e declarava o seu amor. A última frase: "...Acredito no amor por mim, por ti, por nós...".

Há momentos em que L é muito perspicaz, se lembrando minuciosamente de frases ditas há semanas. É capaz de pesquisar profundamente assuntos mencionados na sessão - como medicamentos psiquiátricos, e trazer os resultados nas sessões seguintes. Isso ainda acontece mesmo quando L está comprometida pela depressão ou outras perturbações emocionais, ainda que com mais lentidão nas reações.

Eram comuns relatos de problemas com colegas, em especial com figuras de autoridade, nos lugares em que trabalhava. Em decorrência de uma crise no início de 2008, após desentendimentos com colegas e sua chefia, L redigiu uma carta de pedido de demissão e a entregou ao departamento pessoal da prefeitura, onde trabalha. Veio a sessão alguns dias depois visivelmente arrependida, confusa e assustada, ainda que com muita raiva dos colegas e da chefia. Entendi que começava a se dar conta que havia colocado em risco o seu meio de vida e do filho. Estava atordoada e faltava desde então ao trabalho. Trocava o dia pela noite e se automedicava com doses para dormir por muitas horas, como comumente fazia quando estava deprimida e incapaz de lidar com a vida. Resolvi intervir e ir além das minhas atribuições de terapeuta (ou não...). Solicitei a ela o telefone do psiquiatra, que até então nunca havia me fornecido, a despeito dos meus pedidos. Dessa vez fui prontamente atendido.

Eu e o psiquiatra elaboramos laudos psicológico e psiquiátrico para L levar ao trabalho. A instruí de modo a reverter a demissão, o que foi conseguido. A partir das nossas recomendações solicitamos que ela entrasse em um novo período de afastamento do trabalho. Dessa vez ela obteve um período menor. A decisão final do afastamento e por qual período, é feita por um perito da prefeitura.

L apresenta grande resistência em manter tratamentos e profissionais psiquiátricos. Toma decisões importantes sobre o tratamento, à revelia de recomendações e prescrições médicas e se desliga de psiquiatras e psicólogos, abandonando tratamentos. Relatou com muita raiva e mágoas alguns rompimentos com profissionais. Em decorrência disso tenho dificuldades em saber precisamente se L está (ou como está) tomando medicações. Ela fica visivelmente perturbada e refratária quando é abordada sobre o assunto e, sendo de área da saúde, tem facilidade de pesquisar sobre elas.

O psiquiatra que a atendia naquele momento, que foi o único a que tive acesso (atualmente ela não está em nenhum tratamento) me relata também ter atendido a sua irmã, com um quadro depressivo importante e muito parecido com o dela.

Evolução do processo

Acredito que em função do vínculo terapêutico estabelecido, L conseguiu se organizar atingindo uma maior integração psíquica, sobre a qual criou as bases para a retomada de um cotidiano funcional dentro do seu quadro clínico - trabalho, casa, relação com o filho, com colegas de trabalho e, sobretudo, com figuras de autoridade, considerando-se a diminuição de suas ansiedades persecutórias e depressivas: “gosto do Posto de Saúde que estou trabalhando, é diferente dos outros que trabalhei”. Posso inferir pelos relatos de L que nestes anos este deva ser o quinto ou sexto posto de trabalho e que, na maioria das vezes a mudança se deu por problemas de relacionamento com colegas ou com a chefia. Há alguns meses está vivendo um relacionamento afetivo, ainda que bastante tumultuado. Este homem, viúvo há quase dois anos é o pai de uma amiga de trabalho, que os apresentou já na intenção de que formassem um casal. O excesso de telefonemas que me fazia nos primeiros anos foram se resumindo a recados na minha secretária eletrônica do consultório. Estabelecemos uma dinâmica: quando ela deixa mais de dois ou três recados, em geral nos finais de semanas, eu disponibilizo horários para tentarmos antecipar as sessões. “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante entre o ego e o mundo externo” (1:189).

Pontos relevantes

O psiquiatra de L tentou envolver a mãe no tratamento de depressão da sua irmã, mas essa participou pouco e não se mostrou disponível a apoiar ou ajudar, mesmo quando solicitada. É possível correlacionar os quadros depressivos de L e de sua irmã há alguma questão materna, ou ‘a falta de uma boa maternagem’, para tal poderíamos recorrer às valiosas contribuições de Winnicott, mas este não é o propósito do presente trabalho(*), entretanto Melanie Klein me possibilita uma compreensão mais pertinente a dinâmica apresentada por L (5:36).

Manejo/Evolução

Reflexões sob a luz da Psicanálise 3

O psiquiatra de L a compreendia como psicótica, o que coincide com o meu diagnóstico psicanalítico. “Uma mente a céu aberto” expressão corrente no meio psicanalítico, se encaixa e descreve L, sobretudo quando a conheci. Além dessa mente caótica por estar sem integração, é como se ela estivesse também em carne viva: quase tudo que a tocava a machucava. O passado a afligia, a solidão, pessoas, trabalho, cuidar do filho, o barulho da cidade, tarefas simples lhe custavam muito. Uma constante confusão de sentimentos independentemente se do passado ou do presente. Na psicose “o ego se deixa dominar pelo id, impulsos de vida e de morte ao mesmo tempo que se separa da realidade” e assim “o ego cria para si autocraticamente um novo mundo, exterior e interior ao mesmo tempo; há dois fatos que não deixam nenhuma dúvida: esse novo mundo é construído seguindo os desejos do id, e o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é que a realidade se opôs ao desejo de uma forma grave, vista como intolerável” (1:191). Freud também afirma que isso se dá em decorrência de desejos infantis indomados por frustrações da interação com o meio. Considerando Freud mais contribuições de Winnicott (*) eu diria que L é a filha mais velha de uma mãe, que ao que tudo indica, não deu contenção suficiente para seu ego se constituir e se organizar o suficiente, em relação à realidade, deixando-a à deriva diante de exigências das suas pulsões internas. Entramos aqui em clivagem do ego, cujas formas mais graves Freud só discute e esclarece amplamente num período tardio do seu trabalho. Entre 1935 e 1946 Melanie Klein formulou as duas posições: esquizo-paranóide e depressiva. A primeira é um estado mental mais arcaico, mais precisamente pertencente aos quatro primeiros meses da existência. Após este período, esta posição está mais relacionada a estados paranóicos e esquizofrênicos. É característico que as pulsões agressivas coexistam desde o início com as pulsões libidinais e são particularmente fortes; o objeto (mãe/seio) é clivado em dois: ‘o bom’ e ‘o mau’ e os processos psíquicos mais característicos são a angústia intensa e de natureza persecutória, introjeção e a projeção. No curso natural do desenvolvimento espera-se que a fragmentação característica diminua, conduzindo o indivíduo para a seguinte posição (4; 6:176).

A posição depressiva (Klein, 1935 e 1945), em geral, institui-se a partir do quarto mês e progressivamente superada no decorrer dos doze primeiros meses de vida, mas também pode estar presente na infância e ser reativada no adulto, em especial quando em luto e estados depressivos. É característico da posição depressiva a apreensão da mãe como objeto total a partir da atenuação da clivagem de objeto bom e mau, uma vez que pulsões libidinais e hostis referem-se ao mesmo objeto. Angústias depressivas incidem no perigo

fantasísticos de destruir e perder a mãe por causa do sadismo do sujeito e estas podem ser atenuadas a partir de defesas. Estas podem ser maníacas ou outras mais adequadas como de reparação ou de inibição da agressividade. A superação se dá a partir da introjeção do objeto amado de forma estável e tranquilizadora, a ansiedade depressiva é elemento decisivo dos relacionamentos maduros, fonte dos sentimentos generosos e altruístas que são devotados ao bem-estar do objeto (3; 7:345) . De acordo com os postulados Kleinianos, L está estruturalmente calcada na posição esquizo-paranóide e depressiva, na qual vivencia importantes cisões de objetos e de ego. A identificação projetiva se dá em excisão de aspectos do self que são expulsos e depois temidos como maus e usualmente a atacam no seu retorno (reconhecidos nos objetos projetados), daí talvez possamos explicar as dificuldades de L criar vínculos afetivos de todas as ordens (familiares, de amizades, de admiração, etc.), de se deixar cuidar e entrar frequentemente em conflito com seus cuidadores (psiquiatras, psicólogos), com figuras de autoridade, projetando neles o mal que em princípio é próprio seu(7:345). No presente, apesar dos ataques ainda se manifestarem, eles estão mais direcionados ao relacionamento afetivo atual: “ele quer mandar em mim, se impor”, “nunca ouve o que eu digo”, “ele não me escuta e nem considera as minhas opiniões”, “passei todo o final de semana e não atendi as suas ligações” e etc.; porém, o fato de hoje conseguir manter trocas afetivas, ainda que com certa precariedade, é importante, pois até pouco tempo atrás, ela não tinha a mínima possibilidade de estabelecê-las. Hoje tem “capacidade para ingressar na posição depressiva e assim assume uma parcela de responsabilidade no seu processo e no seu destino” (8).

Conclusões & Reflexões

Como se lê em Freud, ‘O esboço de psicanálise’ (9:232), que “embora a negação da realidade caracteriza psicose esta estará presente na neurose, assim como a clivagem do ego também se encontra na normalidade, concluindo que as justaposições de atividades contraditórias estará presente em todo indivíduo e que a predominância de uma neurose ou psicose é antes de tudo uma questão de proporção” e que “duas atitudes psíquicas formarem-se em vez de uma só - uma delas, a normal, que leva em conta a realidade, e outra que, sob a influência dos instintos, desliga o ego da realidade. As duas coexistem lado a lado”. Estas afirmações de Freud me aliviam, uma vez que com a evolução, hoje percebo L mais como uma neurótica grave do que como a psicótica do começo do processo. A ilha em que ela se encontrava, hoje estabelece pontes com o mundo. É certo que muitas vezes elas são ameaçadas por maremotos, mas parece que L compreendeu também que, apesar das

tormentas, podem se seguir momentos de ondas suportáveis. Hoje a nossa comunicação velada das mensagens de telefone, verdadeiros pedidos de atenção e socorro, acontecem demoras consentidas de resposta, pois eu sei que é possível aguentar a espera.

Rerer uma experiência vivenciada no consultório e encontrar confirmações na teoria psicanalítica, como já referi é confortante, ainda que o caminho para tê-la plenamente configurada e compreendida seja longo. Na minha prática diária, desde que iniciei a formação psicanalítica, tenho me debatido constantemente e desconfortavelmente em conflitos de condutas, modos e meios de intervenções estabelecidos a partir da psicologia.

As novas bases teóricas vão aos poucos se clareando, ainda que hoje seja mais um território de incertezas. Apesar do ‘custo’ que as dúvidas me acarretam, sinto-me estimulado com o fazer desse processo.

Referências Bibliográficas

- 1- Freud, S.; Neurose e psicose, In Obras completas, Volume XIX, 1923/24. Editora Imago, Rio de Janeiro, 1980.
- 2- Freud, S.; A perda da realidade na neurose e psicose, In Obras completas, Volume XIX, 1924. Editora Imago, Rio de Janeiro, 1980.
- 3- Klein, M. Contribución a La psicogenesis de los estados manico-depresivos, 1935. Obras completas online: <http://www.elortiba.org/mklein/melanie.Klein.6.17.htm>; retirado em 09.05.2014.
- 4- Klein, M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, 1946. Obras completas online: <http://www.agrupaciondco.com.ar/biblioteca/Melanie%20Klein%20%20Obras%20completas/22%20notas%20sobre%20algunos%20mecanismos%20esquizoides%201946.PDF>; retirado em 09.05.2014.
- 5- Segal, H.; Introdução à obra de Melanie Klein, 1975. Editora Imago, Rio de Janeiro.
- 6- Hinshelwood, R. Dicionário do pensamento Kleiniano. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
- 7- Laplanche e Pontalis; Vocabulário de Psicanálise. Editora Martins Fontes; São Paulo. 2008.
- 8- Zimerman, D.; Fundamentos psicanalíticos. Editora Artmed; Porto Alegre. 1999.
- 9- Freud, S.; O esboço de psicanálise, In Obras completas, volume XXIII, 1938. Editora Imago, Rio de Janeiro, 1980.

1º Semestre 2014

Ciclo IV

Aluno: Fernando Luiz Motta Zanetti

Título: UM CASO DE PARANOIA (Enoch)

Perdi a chance
não caí do alto
da mangueira não
fui apanhado verde
e só por isso
pude crescer submisso
a esses dentes fortes
que se cravaram em mim
e a essa boca que murchou
assim que sugou
todo o meu suco.

fernando zanetti

O crítico e semiólogo francês Roland Barthes cunhou, há décadas atrás, o termo *biografema*, um conceito análogo ao de *fonema* (unidade mínima distintiva no sistema sonoro de uma língua). O biografema seria algo assim como um pequeno episódio marcante na descrição ou na história da vida de uma pessoa, ou seja, na sua biografia, mesmo que aos olhos dos outros esse episódio pudesse parecer de pouca importância ou até mesmo insignificante.

Barthes, entre suas muitas contribuições à cultura humana, publicou a interpretação de uma novela de Balzac, que coloca claramente em cena o tema da ambiguidade sexual e da castração (*S/Z*, 1970), além de ensaios sobre *Sade*, *Fourier*, *Loyola* (1971), nos quais manifesta um grande interesse pelo significante enquanto sintoma do inconsciente (Freud, Lacan) e pela pluralidade dos códigos como reveladores da densidade histórica dos textos (Marx).

Nesta pequena reflexão sobre a paranoia, vamos começar elencando alguns dos biografemas de um homem bem-sucedido a quem vamos chamar de Enoch. Aqui e ali, como

um garimpeiro ou um artista (pessoas que procuram o que nunca perderam), vamos tentar encontrar uma interpretação psicanalítica para alguns destes biografemas.

Na sua infância (quando tinha por volta de 11 anos de idade), Enoch teve, no meio de uma noite, uma *crise epiléptica* (provavelmente uma *epilepsia do despertar*, na qual o ataque ocorre pouco tempo após a pessoa acordar). Depois de algumas consultas com um médico de sua cidade, Enoch passou a ser tratado por um médico de uma cidade vizinha, de médio porte, iniciando sua recuperação com dois medicamentos, um deles Gardenal, além de realizar frequentes eletroencefalogramas. O tratamento durou vários meses, após os quais foi finalizado. Alguns anos depois, Enoch presenciou um rapaz tendo um ataque epiléptico na rua.

Em *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*, Sándor Ferenczi se refere "ao trabalho revolucionário de Freud sobre as bases pulsionais de tudo que é orgânico" (op. cit., pág. 55), citando *Para além do princípio de prazer* e afirmando: "habituo-nos a considerar todos os fenômenos vitais, mesmo os da vida psíquica, em última instância como um emaranhado de formas de manifestação de duas pulsões básicas: a pulsão de vida e a pulsão de morte. Certa vez, também ouvimos Freud atribuir um fenômeno patológico à separação quase perfeita das duas pulsões principais; segundo a sua hipótese, na sintomatologia da *epilepsia* exprime-se o desencadeamento de uma tendência para a autodestruição, quase isenta das inibições da vontade de viver. Depois, as minhas investigações psicanalíticas reforçaram em mim a convicção quanto à plausibilidade dessa concepção. Tenho conhecimento de casos em que a crise epiléptica seguia-se a experiências de desprazer, as quais davam ao paciente a impressão de que a vida não valia a pena ser vivida." Ferenczi fora médico-chefe num hospital militar, durante a Primeira Guerra Mundial, e uma de suas tarefas era avaliar se os epilépticos que examinava estavam aptos para as funções militares. Ele pôde, então, estudar a fundo, conforme afirmou no texto já citado, as manifestações da pulsão de morte em uma série de casos que apresentavam fenômenos epilépticos típicos.

José Luis Valls, em seu *Diccionario Freudiano*, no verbete *epilepsia* (pág. 240), informa-nos que Freud explica as ausências epilépticas como realização no eu de fantasias assassinas com respeito à figura do pai (fantasia parricida), o que, sob este aspecto, tornaria a epilepsia equiparada de alguma maneira ao ataque histérico:

"En *Dostoieswsky y el parricidio*, Freud habla de hístico-epilepsia, la diferencia de la histeria de conversión en su mayor grado de ambivalencia (referida al amor-odio), quizás con predominio del odio. Lo reprimido en este caso sería el deseo parricida más que el

incestuoso, aunque de cualquier manera es un tipo de histeria. El "gran mal", desde este punto de vista, sería equiparado de alguna manera con el ataque histérico, más allá de sus diferencias clínicas, entre las que predomina el mayor grado de masoquismo y sadismo, con ello de auto y heteroagresividad en la epilepsia. Freud explica las ausencias epilépticas como realización en el yo de fantasías asesinas respecto de la figura del padre. En eso se parecería a la melancolía pero con un cierto grado de conversión en lugar de sufrimiento psíquico de esta última. De cualquier manera no es la de Freud una explicación de la epilepsia esencial, ésta no la hay en su obra, pero, en algunos casos, sería sumamente importante tener en cuenta esta interesante observación freudiana respecto de la fantasía parricida en el gran mal."

Há que se mencionar, também, com relação ao ataque epiléptico sofrido pelo menino Enoch que o verbete *Epilepsia* do *Diccionario de Términos Médicos*, da Real Academia Nacional de Medicina da Espanha, esclarece que "una crisis aislada espontánea o provocada por una agresión aguda del cerebro no se considera epilepsia." (pág. 602).

Enoch, após a crise epiléptica e o subsequente tratamento médico, foi pouco a pouco retomando a sua intensa prática esportiva (basquete, futebol, natação). Era um menino tímido, que não dançava e não namorava, mas que cultivava amores platônicos e escrevia poesias. Na época da crise epiléptica era também um menino briguento, metido a valente, e que, numa luta de socos em que enfrentou de uma só vez três garotos, fora "nocauteado" (como o brasileiro Éder Jofre era, na época, campeão mundial de boxe, os alunos treinavam esta modalidade de luta nas aulas de Educação Física). Quando, num certo dia, um colega de escola, homossexual, muito mais alto que ele, o assediou, Enoch não teve dúvidas: deu um soco no rosto do rapaz, que reagiu gritando: "Ih, cavalo, brutamontes!". Alguns anos depois, quando assistia a um filme num cinema de São Paulo, foi novamente assediado por um homossexual, que sentado ao seu lado, colocou a mão em sua coxa. Enoch, então, tirou do bolso um canivete com botão de propulsão que, acionado, fez saltar a lâmina, o que espantou rapidamente o assediador. Fica claro já nestes dois episódios, uma agressividade exacerbada, exagerada. Vale lembrar que Enoch tinha um tio materno homossexual que, embora fosse de estatura mediana, era visto como um homem alto pelo menino e, depois, pelo pré-adolescente Enoch. Este tio sempre pareceu a ele uma pessoa incômoda, escrota, dessas que se aproveitam das pessoas generosas (como o pai de Enoch, que lhe dava dinheiro quanto o cunhado pedia). O tio roubava sapatos da empresa de seu próprio pai para presentear parceiros sexuais, o que fez com que um irmão o expulsasse de casa.

Foi por volta dos 11 anos também que Enoch acordou no meio de uma noite, foi até o quarto da irmã mais velha, levantou o lençol que a cobria e acariciou suavemente a sua coxa. Em seguida, voltou pro seu quarto. Nem suspeitou quando, dois dias depois, a casa passou a ter uma nova empregada, jovem e sensual, provavelmente contratada para iniciá-lo sexualmente. Quem se aproveitou da situação foi o irmão mais velho, muito menos tímido que ele. Algum tempo depois, o menino começou a se masturbar com frequência diária, estimulado quase sempre por imagens de mulheres seminuas em revistas masculinas. Entrar no banheiro com estas revistas era um perfeito substituto para a então inacessível relação sexual (Van Gogh e Gauguin chamavam as visitas à *casa das mulheres*, em Arles, de *práticas higiênicas*). Já no início da adolescência, o menino estabeleceu uma amizade muito próxima com a filha de uma das professoras, menina bastante assanhada com quem se encontrou, algumas poucas vezes, na piscina vazia do clube, aos domingos à tarde, para sessões de *bolinação* e *encoxadas* dentro d'água. Algum tempo depois, participando de um campeonato de basquete numa cidade próxima, soube através de jogadores de outra cidade, que a sua colega assanhada mantinha a virgindade vaginal (pra casar), mas fazia sexo anal muito bem. Soube também que até mesmo adolescentes muito certinhas adotavam o mesmo procedimento em seus namoros sérios e duradouros. A partir daí, fazer sexo anal com as mulheres passou a ser um desejo muito especial, embora o menino pouco soubesse até mesmo de sexo vaginal. Na primeira e única relação sexual que havia tido (aos 13 anos), com uma moça que conheceu em um baile, o menino deitou-se sobre a garota, enfiou o pênis na vagina dela e ficou esperando, como se a relação sexual não precisasse de nenhum *ir e vir* para se efetivar. Enoch só tinha aprendido até ali como era a transa básica entre um homem e uma mulher. Ele já estava achando muito chato quando a moça perguntou se ele não iria se mexer. Não querendo dar o braço a torcer, o menino respondeu que sim, que só estava um pouco cansado. Astutamente, a moça não disse nada, só ensinou o menino como fazer.

Na pré-adolescência, Enoch era muito ativo em suas brincadeiras e pequenas aventuras solitárias, subindo em galhos altos de mangueiras para colher mangas ainda verdes ou correndo sobre muros em velocidade. Seu muro predileto era o da casa da avó, um muro em "L", já que a casa era de esquina. Um dia, com um tênis novo, corria por este muro e saltava o portão de duas abas com uma lança de ferro no meio, continuando a correr pelo muro até o limite com o vizinho. Depois, voltava pelo mesmo caminho, sempre correndo e saltando sobre o portão. Fez isso seguidas vezes, apesar dos gritos da mãe dizendo pra ele parar porque havia começado a chuveirar. Logo depois, Enoch escorregou e bateu a

perna no portão. Subiu então a escada e, só quando abriu a porta e sua mãe gritou, olhou para as próprias pernas e viu que sua perna esquerda estava banhada de sangue, da panturrilha até o pé. Olhou então para o portão e viu um pedaço de carne espetado na ponta da lança. Tomou três pontos de metal no ferimento, similares a grampos de um grampeador (só que muito maiores), cuja retirada, algum tempo depois, foi muito dolorosa. Considerando que esta fase, a da pré-adolescência de Enoch, foi muito conturbada, levantamos a suspeita de que este acidente na verdade se tratou do que Freud chama, numa expressão que reconhece ser desajeitada, de *ferimentos semi-intencionais autoinfligidos* (pág. 183 de *Equívocos na ação* (1901) – livro VI das *Obras Psicológicas Completas*, com outras referências ao tema entre as págs. 181 a 192):

"Sei agora, e posso provar com exemplos convincentes, que muitos ferimentos aparentemente acidentais sofridos por esses doentes são, na realidade, lesões autoinfligidas. Acontece que uma tendência à autopunição, que está constantemente à espreita e comumente se expressa na autocensura ou contribui para a formação do sintoma, tira hábil partido de uma situação externa oferecida pelo acaso, ou contribui para sua criação até que se dê o efeito lesivo desejado. Tais ocorrências de modo algum são raras, inclusive nos casos de gravidade moderada, e denunciam o papel desempenhado pela intenção inconsciente através de uma série de traços particulares – por exemplo a notável serenidade com que os pacientes encaram o suposto acidente." (pág. 182, *op. cit.*)

Muito tempo depois de se recuperar da depressão, Enoch, ao atravessar uma rua, exagera na fuga de um carro que vinha em alta velocidade, porém ainda a uma certa distância, tropeça na sarjeta e cai na calçada quase chocando a cabeça em um muro da edificação. Sai do acidente com forte escoriação no joelho e na ponta do dedo polegar do pé (dedão), além de ferimentos menos graves nas mãos e nos antebraços. Também neste caso, há fundadas suspeitas que os ferimentos aparentemente acidentais foram, na realidade, lesões autoinfligidas, pois Enoch se encontrava em meio a alguns conflitos psíquicos decorrentes de opções que havia feito em relacionamentos emocionais que o conduziram a caminhos que julgava equivocados.

Apesar de ter tido formação católica, inclusive com a fatídica *Primeira comunhão*, antecedida por um curso de *Catecismo*, aos 13 anos o menino passou a fazer diversos questionamentos com relação à existência de Deus, da qual duvidava. Como as respostas que obteve não foram satisfatórias, virou ateu. Foi no início da formação universitária que escolheu o suicídio como sua forma predileta de morte, prevendo que a partir dos 45 anos já não haveria mais muita razão pra viver.

Enoch tinha quatro irmãos, um deles 17 anos mais novo. Por ser o único filho a permanecer morando com os pais, ele frequentemente ia buscar o irmão na escola durante o ensino fundamental. Vinham brincando pelo caminho e até mesmo pela diferença de idade, ele operava como um segundo pai do irmão. No final da adolescência, o irmão mais novo, sob influência de um terceiro irmão que lutava caratê, começou a fazer musculação. Além de alto, ele tornou-se muito forte. Pois foi justamente num domingo, quando toda a família jogava vôlei na casa da irmã, que surgiu uma desavença entre Enoch e o irmão mais novo que, confiante em seu porte físico avantajado, tentou intimidar Enoch que, após enfiar-lhe o indicador no peito, disse: "Desde que inventarem o revólver não existe mais homem forte. Um tiro no peito derruba até mesmo Mike Tyson." O irmão mais novo recolheu-se imediatamente. A atitude de Enoch tinha, para ele, a intenção de dar uma lição no irmão e evitar que ele achasse que podia intimidar as pessoas só por ser alto e forte.

A enfermidade do irmão mais novo

Foi quando já estava casado, com três filhos, que o irmão mais novo começou a tomar drogas. A esposa encontrou em suas roupas umas pedrinhas pretas (provavelmente crack) e, alguns dias depois, Enoch recebeu um telefonema do outro irmão informando que o irmão mais novo estava descompensado, tornando imprescindível a sua presença na casa dele. Quando lá chegou, Enoch não encontrou ninguém, apesar de tocar várias vezes a campainha tanto na entrada da casa que fazia frente com uma avenida quanto na parte de trás da casa que dava frente para um pequena rua. Como na casa também morava o pai deles, surgiu o temor de que tivesse ocorrido alguma desgraça com o pai, as três crianças e a mãe delas, provocada pelo estado do irmão. Enoch então se dirigiu ao escritório do irmão mais velho, encontrando-o no caminho. O irmão também não sabia onde estava o mais novo, mas após uma curta procura pela região, conseguiram encontrá-lo e levá-lo de volta à sua casa. Lá, o pai já se encarregara de tirar todo tipo de arma, ou de instrumento que pudesse ser usado como arma, da casa. Enquanto Enoch distraía o irmão enfermo, o outro irmão ligou pra uma empresa especializada em escolta desta natureza, solicitando dois acompanhantes bem fortes. Quando a campainha tocou, Enoch disse ao irmão mais novo que abrisse a porta para receber as pizzas que havia pedido. Quando a porta foi aberta, dois homenzarrões conduziram o irmão doente até o sofá e disseram a ele que iam levá-lo até uma clínica, perguntando se ele iria espontaneamente. Diante da circunstância, ele concordou em ir, sendo ladeado no carro pelos dois acompanhantes. O irmão enfermo

permaneceu internado numa grande clínica psiquiátrica por 30 dias. No meio do período de internação, fugiu durante a noite. Algum tempo depois, ligou para Enoch, que era o irmão em quem mais confiava, narrando a fuga e lamentando ter perdido nela o relógio que havia ganhado dele (provavelmente dado como suborno a algum funcionário da clínica para que ele facilitasse a fuga). Enoch perguntou onde ele estava e pediu que lá aguardasse o irmão mais velho que iria buscá-lo para que retornasse à clínica. O irmão se restabeleceu, com uma recaída, menos grave, sete anos depois, na qual uma clínica mais light deu conta de suavizar a sua descompensação para que ele pudesse retomar sua vida.

O ritmo de trabalho alucinante de Enoch

Dando apoio financeiro ao irmão, Enoch mantinha-se em três empregos, chegando a receber por 118 horas semanais, em atividades como professor universitário, coordenador de vestibular e coordenador de 4 cursos de comunicação. Trabalhava por volta de 13 horas por dia, inclusive em muitos sábados e até domingos. Foi avisado por um médico de uma de suas empregadoras que ninguém mantinha ritmo de trabalho como aquele sem provocar danos à sua saúde. Com o tempo, passou a ter alguns temores persecutórios fantasísticos, em um deles acreditava que um amigo dele, muito alto e forte, intervinha com severas recriminações sobre uma suposta incompatibilidade entre os seus empregos, incompatibilidade esta que não encontrava respaldo no mundo real. A recriminação do amigo lhe parecia tão forte e intimidadora que Enoch se sentia como se estivesse cometendo um crime, postergando sua chegada no local de trabalho, onde, a seu ver, se daria a confrontação. Como o seu trabalho na coordenação de vestibular era excelente, com resultados muito bons, sobretudo financeiros, sua função passou a ser muito cobiçada por alguns colegas (inclusive pela vice-diretora), aumentando a pressão que sentia, já que alguns destes colegas não tinham o mínimo resquício do que se convencionou chamar *princípios éticos*. Sempre preocupado com o irmão (agora separado da esposa), com seus filhos e com o pai idoso que morava com eles, Enoch se consultou com uma médica, que lhe recomendou que se afastasse daqueles parentes e cuidasse de sua própria saúde, reduzindo, inclusive, seu ritmo de trabalho. Não fez uma coisa nem outra. Com algum sobrepeso devido ao excesso de trabalho e a falta de exercícios físicos, ele, que alguns anos antes havia corrido até uma maratona completa, procurou um endocrinologista que, como soube depois, era especializado em dietas à base de medicamentos que provocavam graves desequilíbrios psíquicos em muitos pacientes. Ele emagreceu rapidamente, perdendo o

sobrepeso de 12 quilos que tinha, mas perdeu também o pouco equilíbrio psíquico que lhe restava.

O agravamento da doença de Enoch

Um dia, quando acompanhava sua esposa ao cabeleireiro, Enoch teve outra crise persecutória fantasística (delírio), esta com maior repercussão em seu comportamento habitual. Com medo de que estariam tramando para interná-lo (quem? o irmão mais novo, com a cumplicidade de sua própria mulher? – uma clara analogia com a primeira internação compulsória do irmão), ele fugiu do salão de beleza, caminhou um pouco pelas ruas próximas até se dirigir ao aeroporto, de onde tomou o ônibus que o conduziu ao outro aeroporto da cidade. Ao chegar lá, apresentou-se à polícia. Enquanto esperava a chegada de familiares, contou uma piada a um policial e a um senhor que ali se encontrava, imitando os trejeitos afetados de um homossexual. Resgatado pela esposa, Enoch passou a consultar um psiquiatra indicado pela irmã, desenvolvendo, porém, a mania, ali configurada nas sucessivas compras de muitos livros, interessado que estava em se aprofundar nos mais diversos assuntos, já que experimentava um processo de aceleração e intensificação do raciocínio. Neste período, as outras pessoas pareciam ter um raciocínio lento, uma vez que não conseguiam acompanhá-lo.

Fatigada pelo trabalho de cuidar do marido em tal estado, sua esposa resolveu levá-lo para passar uns dias na casa de seu pai (e também de seu irmão mais novo e de seus filhos), em uma pequena cidade do interior. A proximidade do irmão se revelou danosa. Até o início da primeira noite, tudo correu bem, com Enoch fazendo uma apresentação cômica para os parentes, sobretudo para as crianças (como Schreber, Enoch também se sentia frustrado por não ter filhos, embora tivesse 11 sobrinhos). Quando ele já se encontrava em seu quarto, pronto pra dormir, teve mais um episódio de temores persecutórios fantasísticos, desta vez um grave delírio, onde seu irmão mais novo, que se encontrava na casa, operava como o perseguidor. Temeroso que o irmão entrasse no quarto para agredi-lo, embora a porta estivesse fechada por dentro, Enoch abrigou-se no banheiro e ali passou a noite, trancado, sentado no chão, atormentado, imaginando formas de se defender da iminente invasão do irmão sem machucá-lo (do mesmo irmão alto e forte que havia tentado intimidá-lo muitos anos atrás no episódio do jogo de vôlei). Espalhou shampoo pelo chão, na entrada do banheiro, para que pudesse fugir assim que o irmão escorregasse no shampoo, ouviu um vozerio vindo de fora da casa, como se um grande grupo de jornalistas estivesse aguardando

para registrar um evento importante, ainda que não ligasse isto ao que estava lhe ocorrendo. De manhã, quando o irmão abriu a porta do quarto e a do banheiro, após chamar seguidas vezes sem resposta e depois de procurar chaves reservas, ele escapou rapidamente, vestido somente com uma calça de moletom, pulou o portão alto da entrada e saiu correndo descalço pela rua de terra repleta de pequenos cascalhos. Quando se deu conta que estava machucando os pés, passou a correr na grama que margeava a entrada das casas, até que se escondeu atrás de uma saliência em um pequeno morro. Dali viu o irmão e o pai que vasculhavam a região à sua procura. Quando eles se afastaram, Enoch caminhou por uma rua paralela, pediu água ao morador de uma das casas e seguiu andando até chegar ao centro da pequena cidade, onde se apresentou na delegacia de polícia e foi resgatado pelo irmão alguns minutos depois, quando já se encontrava mais equilibrado.

Seguindo no tratamento psiquiátrico, Enoch teve então uma depressão severa, na qual não sentia nem mesmo vontade de se alimentar, sintoma este agravado pela perda de paladar provavelmente provocada por efeitos colaterais do Tegretol (que constava na bula do remédio), um dos medicamentos que tomava e que acabou sendo substituído. Cuidado pelo médico e pela esposa, ele se recuperou gradualmente, ainda que tivesse com frequência a sensação de que havia perdido para sempre o sabor pela vida.

Na fase pós-depressiva, passou dois ou três anos tendo despertares tenebrosos, onde trazia do sono o "gosto da morte", ainda que não se lembrasse de sonhos ou pesadelos. Em *Os destinos da pulsão de morte*, um dos textos que compõem o livro *Pulsão de morte*, Eero Rechartt se refere (págs. 47 e 48) a casos típicos nos quais a submersão da economia libidinal é ameaçadora:

"6. As capacidades de ligação e as capacidades de realização podem estar comprometidas em certos estados, como a privação sensorial, a privação social e o sono. Os estados traumáticos, tais como os terrores noturnos, são produzidos durante os estágios mais profundos do sono (Fischer *et al.*, 1973) e, como gostaríamos de sublinhar, as capacidades do trabalho de sonho estão reduzidas ao mínimo. Numerosos estímulos, facilmente controlados e mesmo agradáveis no estado de vigília, podem se tornar, no sono, perturbadores e "maus" em função da falta de capacidade do trabalho do sonho para a eles se acomodar. Temos, aí, o paradigma da privação."

Alguns anos depois, em uma época boa de sua vida, Enoch, que se tornara pintor, passou a trabalhar na sacada da sala de seu apartamento. Na segunda vez em que saiu pra sacada pra pintar, sentiu, de repente, um forte impulso de se jogar da sacada. Ele ainda avançou um pouco, antes de voltar para a sala para se defender do impulso suicida (embora

Enoch sempre tivesse visto o suicídio como a sua maneira predileta de morrer, ele abominava formas bombásticas de suicídio, preferindo um suicídio provocado por medicamentos durante o sono). O fato nos remete a uma frase dita por uma personagem de um filme: "A morte estava tão perto e tão promissora." Este episódio ilustra bem como a pulsão de morte pode operar na surdina, com esta característica marcante: a de ser oportunista. A pulsão de morte seria como aquele atacante de futebol que se faz de morto, fica ali num canto do campo como quem não quer nada e, de repente, surge na frente do goleiro pra fazer o gol. Cabe ressaltar também que Laplanche chama a pulsão de morte de "pulsão da própria morte" (no livro *Pulsão de morte*, citado acima), referindo-se ao principal objetivo da pulsão de morte freudiana.

Quanto à paranoia propriamente dita, o grave delírio de perseguição em que o irmão mais novo opera como perseguidor ocorre de acordo com o mecanismo clássico da projeção: em um primeiro momento o sentimento penoso e insuportável (amor homossexual) teria sido recalcado no inconsciente de Enoch e se transformado no seu contrário; num segundo momento, seria projetado no mundo exterior; a projeção, aqui, é o modo pelo qual o que está recalcado no inconsciente retorna. O que opera como uma diferencial neste caso de *defesa contra a homossexualidade* é que não só o irmão mais novo é alto, também o homossexual que o assediou na escola era alto, o tio homossexual era alto com relação ao menino Enoch, o amigo do temor persecutório fantasístico era alto. O próprio significante *alto* também é um símbolo fálico. E homens altos não são senão sub-rogações do pai.

Os episódios com os homossexuais na escola e no cinema, assim como vários fatos vivenciados com o tio, a ameaça física do irmão e o indicador enfiado em seu peito no jogo de vôlei familiar, acompanhado da esclarecedora frase sobre a serventia de uma arma de fogo, além, é claro, do temor de ser agredido pelo irmão durante o grave delírio de perseguição evidenciam que a defesa contra a homossexualidade sempre operou associada à agressividade mais ostensiva (o soco, o canivete, os muitos momentos em que sentiu ódio do tio homossexual, a ameaça de ser agredido fisicamente ou a de atirar no peito do irmão). Não é à toa que "Freud reserva o nome de pulsão de agressão (*Aggressionstrieb*), na maioria das vezes, à parte da pulsão de morte voltada para o exterior com o auxílio específico da musculatura. Note-se que esta pulsão de agressão, talvez como a tendência para a autodestruição, só pode ser apreendida, segundo Freud, na sua fusão com a sexualidade." (Vocabulário de Psicanálise, pág. 13) (Adler, em 1908, já acreditava em uma *pulsão de agressão* autônoma, que foi durante muito tempo recusada por Freud). Devemos

também atentar para o fato de que armas (canivete, arma de fogo) não são senão próteses da musculatura a serviço da agressividade.

Se pensarmos no conceito de Laplanche, no qual a pulsão de morte é chamada de *pulsão da própria morte*, vamos encontrá-la em Enoch na crise epilética, nos *ferimentos semi-intencionais autoinfligidos* (o da lança no portão e o da queda na calçada), nos despertares tenebrosos e no quase suicídio da sacada. A própria paranoia de Enoch é uma resposta a um ataque endógeno, a defesa contra a homossexualidade, resposta esta que se consubstancia em temores persecutórios e alucinações operados pela projeção (exógena) na tentativa de fugir da obrigação (endógena) imposta pelo desejo penoso e intolerável (aqui, a pulsão sexual é apenas auxiliar da pulsão de morte), expoente da agressividade contra si mesmo, da *pulsão de sua própria morte*. A própria escolha do suicídio, feita por Enoch, como a sua forma predileta de morte é já um compromisso com a pulsão da própria morte. Ou talvez uma forma de iludi-la com uma falsa promessa.

08 de maio de 2014

Referencias Bibliográficas

1. *Diccionario de términos médicos* / Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Médica Panamericana, imp. 2011.
2. **Ferenczi, Sándor**: *Obras completas psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
3. **Freud, Sigmund**: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – volume VI*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
4. **Green, André et al.**: *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
5. **Laplanche, Jean**: *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
6. **Valls, José Luis**: *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: Gabyediciones, 2009.

1º Semestre 2014

Ciclo V

Aluno: Leonardo de Souza Moura

Título: TRABALHAR: LOUCURA, GOZO E DESEJO

OBJETIVO

Todo ser humano adulto, inserido numa cultura que tem como princípio sua produção bruta como métrica de sucesso, já refletiu ou reflete constantemente sobre seu trabalho. Seja ele mais ou menos complexo, o trabalho é muito do que define o homem contemporâneo. Por ele, o homem se fala e gera seu próprio valor. Se trabalhar é importante do ponto de vista narcísico e é visto como valor pela cultura ocidental, qual seria a forma mais saudável de fazê-lo: buscar recompensas imediatas de gozo ou elaborar o trabalho em função do desejo? E poderia ser considerada loucura a opção de não trabalhar, diante da carência de sentido que o trabalho possa ter para alguns indivíduos? O objetivo deste texto é mostrar de forma sucinta a configuração psíquica que o trabalho adquiriu no atual estágio da civilização utilizando os conceitos e idéias de Freud, Lacan e Foucault.

1. Trabalhar Para Viver e Viver Para Trabalhar

A complexidade das relações humanas, ao longo da história da humanidade, desdobrou-se, entre outras formas, em economia. Desde o fundamento da agricultura e da criação de animais, que permitiu que o homem se assentasse e fundasse tribos, reinos e nações, as trocas foram se tornando cada vez mais complexas. O excedente à subsistência de um grupo era a falta no outro, o que permitia uma organização de troca em mercados que se desenvolveram no ritmo do que circulava entre os povos próximos. O dinheiro, que surge primariamente como punhados de sal, também se desenvolve e se solidifica como um facilitador deste intercâmbio, permitindo as mais variações das relações econômicas. Se as trocas passam a ser complexas, a economia também avança. O homem deixa de ser dono do produto de seu trabalho para entrar em meios de produção em que recebe dinheiro pelas horas cedidas ao empregador. E também emprega, pagando pelas horas de outros homens. O lucro permite outros ganhos, outras trocas, outras realizações. Os bancos se fundam, os créditos aumentam a circulação e o dinheiro chega a se tornar um fetiche. Ter mais dinheiro traz a ideia de mais poder, pois nem sempre, a partir de então, a moeda é escoada em serviços ou bens de consumo.

Hoje, vivemos uma fase de nossa história em que o dinheiro hierarquiza nações e pessoas. É medida do sucesso, é aparente liberdade, é poder. E ficar sem dinheiro é ficar em desamparo. É possível dizer que, primordialmente, o que nos faz correr atrás de dinheiro é suprir estas necessidades básicas de amparo e de bem estar social. Talvez este possa ser o primeiro sentido que o homem dá ao seu trabalho: sustentar-se, estar bem, cuidar de si e de sua família. Trabalhar é garantir meios para isso. Rapidamente, nos vêm à cabeça um papel que nos parece ser mais masculino, aquele do homem essencialmente provedor.

A década de 1960 trouxe à tona o desejo das mulheres de se igualizar a este homem provedor. O que as faltava parecia ser aquilo que o homem tinha. Emancipada de seu papel tradicional, a mulher vai à luta fora do lar e, ao lado do homem, também passa a ganhar dinheiro pelo que produz. O feminismo poderia ser uma mudança amena ao perceber que a mulher buscava simplesmente equiparar-se ao homem, tido até então como o detentor da Lei, do dinheiro e do poder na sociedade. A ilusão cai ao perceber que este poder, este dinheiro e estar produzindo inserida no capital e na política ao também executar a Lei não exatamente trouxeram a felicidade e a plenitude almejadas. A mulher acumulou papéis. E o homem questionou sua posição de provedor. Uma carência de papéis e representações estava instituída a partir das últimas três décadas do século XX.

É justo dizer que o principal produto deste movimento foi igualdade. Mas a História foi além disso: passou a ser possível fazer do desejo individual, quando somado e transformado em desejo do grupo, uma realização concreta. A Lei, o poder, o dinheiro, o Grande Outro: agora era possível reinventá-los, penetrá-los, articulá-los e transformá-los no que quiséssemos. Essa aparente permeabilidade do Grande Outro permitiu fazer dele o realizador dos sonhos mais narcísicos e individuais. Agora, não era preciso apenas executar um papel social. O homem contemporâneo podia criar um papel social e viver deste papel. O filósofo francês Gilles Lipovetsky aponta um fenômeno psicanítico ocorrido no âmbito social: passamos a transformar parte da fixação narcísica que não identificamos com idéias maiores na personificação do sentido de nossas vidas. E fazemos desta personificação nosso direcionador. Parece estimulante e algo cheio de criatividade e possibilidades. Mas é angustiante não sabermos a que servimos. E a frustração diante da castração daquilo que criamos a partir da cultura e da linguagem é essencialmente a mesma.

2. Narcisismo: Motor do Capital e da Criação do Grande Outro

A década de 1980 traz à tona a personificação do Grande Outro em diferentes possibilidades. Aos que visavam o dinheiro pelo dinheiro, especular na bolsa, investir em capitais e criar empresas lucrativas estava cada vez mais ao alcance de todos, sejam homens ou mulheres. Se o dinheiro já era uma conquista e enriquecer era viável aos que fossem espertos e inteligentes, qual seria o próximo passo? O boom artístico e criativo do trabalho veio em seguida, quase que uma década depois, consolidando o narcisismo na esfera profissional: era possível inventar seu próprio papel social e inserir-lhe na sociedade como fonte de gozo e de renda. O trabalho parecia ser a concretização dos desejos pessoais. Vem-nos à mente desde a imagem de Walt Disney construindo e ampliando seu universo de filmes e parques temáticos a empresas de pequeno e médio porte de consultores de moda, start-ups de aplicativos para celulares e até ONGs em sintonia com a visão de mundo de seu criador.

Talvez o supra-sumo hoje da personificação do Grande Outro seja a personificação do trabalho. Atrelar o trabalho ao desejo parece mais do que nunca ser possível diante da capa de revista daqueles que, em bom humor, exaltam: “amo meu trabalho, amo trabalhar, nunca faria algo diferente.” Dois pontos são importantes de serem observados sobre estas pessoas que povoam a mídia. Algumas, de fato, parecem ter conseguido atrelar o trabalho ao desejo. Mais do que recompensas imediatas, o trabalho parece ser sua maneira honesta e

sustentável de existir, quase algo que fariam mesmo que não fossem remuneradas. Mas há outros personagens que também estampam páginas e videotapes de sucesso: os detentores de poder, daquele poder que os faz arbitrar sobre outros, mover grandes quantias de dinheiro, administrar grandes negócios em troca de recompensas mais imediatas, quase sempre traduzidas em mordomias, benefícios e bônus estratosféricos. Qualquer personagem de nossas vidas reais que se assemelhem a Jordan Belford, especulador que deu origem ao personagem vivido por Leonardo Di Caprio em *O Lobo de Wall Street*, se encaixa neste perfil. E não nos enganemos: não é preciso ganhar tanto dinheiro ou circular tão alto para ser semelhante a Belford. Traficantes, pequenos gerentes empresariais, banqueiros de investimento ou jovens executivos sugados por empregos que “tocam” a troco de recompensas e gozo rápido são tão lobos quanto o maioral.

3. O Gozo Como Recompensa Imediata Pelo Trabalho

Como reconhecer, então, se o trabalho está em sintonia com o desejo? Não estaria na maior parte dos casos em sintonia com o gozo? Ou, do atual ponto de vista econômico e cultural, não seria esse trabalho alienante aquele que parece ser mais glamoroso e estimulado? Afinal, o imperativo para gozar de forma alienada está acelerando a produção e a vida de tal forma que nem mesmo estaríamos refletindo sobre o que estamos fazendo com o nosso próprio tempo.

Lacan aponta três estados característicos do gozar: o gozo fálico, que é a energia dissipada durante a descarga parcial, com alívio relativo; o mais gozar, que é a parcela de energia psíquica ainda não descarregada que fica retida no inconsciente; e o gozo do Outro, estado hipotético em que a tensão seria totalmente descarregada na suposição que o sujeito faz do Outro como seu objeto resgatado. Freud não chega a fazer do gozo um conceito, mas trata da problemática em vários momentos de sua obra. Prazer, que se confunde com gozo, é a ausência de tensão. Seria o gozo, portanto, praticamente mortífero? Por se tratar da tensão do corpo, sim, o alívio do gozo pode ser mortífero. É natural que este alívio ocorra, por exemplo, após a descarga sexual. Elaborar a vontade de aliviar-se rapidamente é transformar o gozo em desejo. Mas como fazer isso em uma sociedade em que o imperativo é *goze!* e o trabalho, quando não está em sintonia com o desejo, transforma-se na fonte de dinheiro para adquirir maneiras de gozar de maneira frívola? Lembremos: bônus, festas, drogas mordomias, gadgets, títulos... Tudo isso parece ser muito excitante.

Em Além do Princípio de Prazer, Freud, através do conceito de Pulsão de Morte,

aponta que aliviar-se da tensão é um saber que a elaboração psíquica pode desenvolver em função da vida. É natural que toda excitação que permanece no sistema neuronal deva ser extravasada. De alguma forma, fazemos isso para fora ou para dentro de nossa psiqué. Canalizar a tensão para fora é vida e também é agressividade, que pode ser traduzida em trabalho. Edificar, construir, progredir em função de algo que faça sentido para si é o desafio de cada ser humano. A dificuldade atual do homem é domar sua agressividade, que serve ao progresso, de forma sustentável. Não só para o meio-ambiente, mas sim para seu ecossistema psíquico, de que forma seja possível construir o valor da vida de cada um sem que se sobressaia uma função mortífera que o faça evocar o gozo a todo tempo como fonte de descarga.

Vivemos uma epidemia de depressão, que é apontada como crescente por instituições de saúde em todo o mundo, mas principalmente nos pólos econômicos mais desenvolvidos. É natural, pois é nestas sociedades que está rompida a barreira da necessidade e lançada ao ser humano a possibilidade de canalizar seu desejo para o que bem entender. É ainda nestas sociedades economicamente avançadas e complexas que se circula a idéia de profissões de sucesso. E o sucesso que se celebra está atrelado ao formato de recompensas imediatas. Entre os que não têm tudo isso, mas já podem experimentar um pouco, permanece no imaginário a possibilidade de um dia “chegar lá” e gozar ainda mais. É o sonho que se vende para manter a sociedade produtiva e economicamente competitiva.

É exatamente entre estas pessoas que querem “chegar lá” que a falta de sentido em suas vidas mais se manifesta. Cercado de bens que as permitiriam gozar, o homem economicamente ativo e empregado não elabora que está longe de satisfazer-se plenamente. E, diferente dos menos afortunados economicamente, que lutam para adquirir o básico (casa, educação, comida, conforto) e parecem ter a libido apaziguada pela pulsão de vida traduzida na árdua labuta do dia a dia, este indivíduo de sucesso, “gerador de riqueza”, tende a ficar mais rapidamente insatisfeito. Em seu livro *O Tempo E O Cão*, Maria Rita Khel coloca que uma demanda atendida prontamente desde a infância não permite que o indivíduo tão bem a elabore. Portanto, se tem suas necessidades básicas rapidamente atendidas e sua pulsão plastificado pelo outro de forma que o apeteça e o conforto, para que elaborar? Qual o sentido? A falta do sentido é que gera, na visão da autora, a atual depressão, tão semelhante à melancolia pela falta de apetite pela vida por parte daqueles que dela sofrem. Se não há sentido, não há por que elaborar. E, se elaborar, em nossa sociedade, muito se traduz no mundo adulto em trabalhar, é desafio humano dar sentido a esta função inerente ao dia a dia para garantir não só seu sustento como também para se

manter desejante de viver.

4. Depressão e Loucura: Sintoma do Social Contemporâneo

Trabalhar em função de uma demanda que não faz sentido para a vida do indivíduo em função de recompensas rápidas ou supérfluas é estar numa posição de não saber o que garantirá o gozo, mas ainda assim estar acostumado ao ato de gozar. É praticamente andar às cegas. É sabido em Psicanálise que fazer da busca pelo objeto original o motor da vida é uma atitude honesta, que sustentaria o desejo, pois a cada idéia encontro há uma nova frustração. Se este objeto carece de representações sustentáveis, o sujeito mergulha do alto e de cabeça no círculo de recompensas que o capitalismo lhe provém. E sua angústia, se sujeita a tratamentos por elementos deste mesmo ciclo de respostas rápidas e rasteiras, é encoberta com medicamentos e terapias de efeito prometido como rápido.

Em que termos, então, é possível ser feliz trabalhando? A resposta deve vir da edificação do Grande Outro. E, por vir do outro, alivia, dá instalação, dá sentido à vida. Mas se for inatingível, pode ser mais angustiante do que o indivíduo pode suportar. Estar em análise é descobrir este sentido ou ter coragem para tentar encontrá-lo. Se o Grande Outro não se instala de uma forma que não seja reconhecida apenas como “faça!” e “goze!”, é possível que o indivíduo se mantenha ainda mais distante de sua realização sustentável. É papel do outro dar sentido ao trabalho para seus trabalhadores. E é papel difícil e individual de cada um buscar algo que dê sentido e sustente.

Principalmente nas economias mais complexas (nacionais ou municipais) , não são muitos os indivíduos que chegam a refletir sobre o que estão fazendo da vida. Em geral, essa pergunta vem à tona quando olham para suas realizações e seu trabalho e perguntam: “faz sentido tudo isso?”. Essa reflexão é natural entre aqueles que já superaram as questões primordiais de bem estar social e, hoje, trabalham para buscar realizações narcísicas, indo além das necessidades básicas. Não há dúvida de que realizar-se narcisicamente, produto e sonho da contemporaneidade e do capital, pode traduzir-se em vazio. Afinal, um sonho infantil, transformado em produção social e consumo de bens personalizados, não é caro ao indivíduos pensantes. A aquisição incessante de bens com o dinheiro advindo de sua produção no trabalho gera uma repetição no vislumbre do gozo, que parece incessante. E quando gozar pela aquisição de bens faz falta ou mesmo o trabalho perde o sentido, é possível que dois caminhos sejam vistos ao indivíduos: a depressão, daqueles que não encontram sentido em sua atividade, muitas vezes por já terem o amparo social antecipado

pelos recursos familiares ou mesmo do Estado (isto explica o alto índice de suicídio em nações ou cidades mais ricas e a depressão entre indivíduos que tiveram suas necessidades rapidamente antecipadas sem a possibilidade de elaborá-las); e a loucura do ócio, atividade que, se não é celebrada como um período sabático (uma pausa na produção), ainda intriga o social contemporâneo e choca famílias e comunidades que têm o trabalho como imperativo fundamental da vida - afinal, como pode alguém que precisaria trabalhar ficar sem trabalhar?

Parece que a loucura deste homem contemporâneo é aquela que o faz ficar sem trabalhar. A mendicância é a vertente que mais pode ser caracterizada como psicose neste estágio da não-produção. Afinal, o indivíduo não se questionou sobre o que seria o trabalho e qual o sentido deste na sua vida. Ele simplesmente não conseguiu inscrever em si próprio a demanda pela posição faltante do que poderia encontrar fazendo parte da civilização que o cerca. No mendigo - obviamente não falo das famílias que estão nas ruas por necessidade, mas sim dos vagantes solitários -, não está inscrita a falta, e neles pouco está inscrita a cultura. Higiene, lar, família, comunhão: nada disso faz parte de seu universo, o que o coloca à margem do social. E, vez por outra, temos ares de inveja de sua liberdade e, por isso, criticamos aquilo que fomos obrigados a recalcar.

Segundo Foucault, em *A História da Loucura*, “vagabundos” e deprimidos, antes de serem entendidos como sintomas da sociedade, são impelidos a serem rapidamente tratados por não tomarem conta de suas vidas e por não produzir. Eles não consomem, não seguem, não trabalham, mas dão trabalho! Assim como os mendigos, também eram caracterizados como loucos os libertinos e os doentes venéreos. O ócio é o inimigo do atual valor social. Se é a cultura que define o que é saudável, não produzir é estar louco, ou doente.

As instituições que se propunham a tratar dos loucos tinham como meta institucionalizar o sujeito. Meta praticamente impossível diante de uma estrutura psicótica. Como neurotizar rapidamente um adulto? Sobrava a estas instituições vigiá-los, culpá-los, excluí-los do olhar da sociedade e puni-los. Mas hoje, o “louco” agressivo é o que dá problema à sociedade. O deprimido, se trabalhar, é absorvido e absolvido. Se a doença é denominada pelo grupo que se julga superior e reprodutor dos valores da sociedade, estar contra este grupo é indício de sofrimento. Como fazer valer a individualidade do sujeito? E, se esta individualidade fundamenta-se no desejo e o desejo pode ser o de não produzir, seria este indivíduo saudável?

O doente não é a exceção da sociedade. Ele é mais uma de suas expressões. Afinal, todo o fruto produzido por aqueles economicamente ativos não trouxe o bem estar ou a plenitude sonhadas. Aquilo que podemos denominar de a loucura dos deprimidos e dos

psicóticos faz parte da vida, das relações e da paisagem social. Não é obscenidade. O mundo é que estaria em suposta evolução e, por isso, a ciência, as terapias de tratamento pragmático e a psiquiatria se propõem a trazer este indivíduo obsceno para dentro da cena. Querem colocá-lo no trem da vida, seguindo esse trilho progressista, sem que lhe seja permitido simplesmente optar por parar. Nossa sociedade foi dominada pela teoria evolucionista. Há pessoas ou nações mais e menos desenvolvidos. Se na Antiguidade predominava a idéia de que o homem era perfeito e se degenerou, na Contemporaneidade ele veio inacabado e, por isso, precisa progredir e evoluir. Este ranso do evolucionismo está, inclusive, na Psicanálise, onde qualquer fixação em alguma fase no desenvolvimento da criança seria um retardo. E, mesmo para Freud, se a cura foi apontada como a a capacidade de trabalhar e relacionar-se, como isso ocorreria diante de uma fixação narcísica? Hoje, a Psicanálise permite a saúde, mesmo com fixações narcísicas. A doença não é “não produzir”. A doença é estar contra o desejo. Para a Psicanálise, a doença adquiriu sentido mais amplo: é o indivíduo querer ser o único e exclusivo objeto de amor do outro. Isso é a grande impossibilidade da vida e a tragédia comum a todos os seres humanos.

5. Considerações Finais

Trabalhar, quando está além de demandas de sustento, carece mais de sentido hoje do que nunca. Vivemos a era do vazio. A demanda por um trabalho personalizado e interessante é uma demanda interna e individual de cada um quando o bem-estar está garantido. Para esta demanda concretizar-se de forma saudável e ser sustentável a longo prazo, deve estar em sintonia com o Grande Outro. E o Grande Outro deve estar imbuído de sentido suficiente para ser gerador de desejo no indivíduo que almeja a vida. Essa instalação é que permite que o indivíduo tente buscar suas realizações pessoais, que importam e dão sentido. A sensação de tudo ter e de tudo estar disponível é um impeditivo para esta realização. Afinal, esta idéia de tudo ter também gera a idéia de nada ter, já que, por mais que se personalize a cultura, há sempre um desencontro com o umbigo narcísico de cada ser humano.

É quase uma crise da humanidade (e talvez da própria Psicanálise) permitir e criar representações que coloquem o homem num eixo de vida, de desejo e de ideais. Suas paixões é que o movem e que o fazer caminhar. Não o consumo imediato de bens ou de uma sociedade que permite que tudo se consuma. Se trabalhar é lutar pelo objeto original perdido e saber perdê-lo a cada encontro, trabalhar nada mais é do que manter um sonho

que possa ser realizado constantemente, de forma que seja percebido como tal por aquele que assim o almeja. Por isso, dar sentido ao trabalho é um desafio diante de um mundo que nos vende tantas possibilidades. E poder viver daquilo que faz sentido para homem é um desafio maior ainda, já que o capital demanda que seja posto “dinheiro em casa” e vende bens que prometem gozo rápido. Trocar este sentido do trabalho pelo gozo simples é um mal negócio.

Referências Bibliográficas

FREUD, S. (1915). *Os instintos e suas vicissitudes*. Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, S. *Além do Princípio do Prazer*. Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. Editora Perspectiva. São Paulo. 1978.

KHEL, Maria Rita. *O Tempo E O Cão: A Atualidade das Depressões*. Editora Boitempo. 2010.

LACAN, Jacques. *Televisão*. Editora Zahar. Rio de Janeiro. Texto de 1973.

LAPLANCHE, J e PONTALIS, B. *Vocabulário da Psicanálise*. Editora Martins Fontes. 1986. 9a edição brasileira.

1º Semestre 2014

Ciclo VI

Aluno: Cláudia Pellegrini Braga

Título: SEM TÍTULO

Esse texto busca trabalhar uma questão central da psicanálise - como se constitui a história dos sujeitos -, e apontar para a necessidade de, a partir de uma concepção de história que é do sujeito e é atravessada pelo seu entorno e coletivo, repensarmos um dos preceitos fundamentais da clínica psicanalítica: o setting. Por meio da argumentação, será assinalado que se compreendemos o sofrimento psíquico e a possibilidade de lidar com esse como um fenômeno *transindividual* - em uma clínica que ao mesmo tempo em que considera a singularidade do sujeito, não está restrita a uma relação dual na intervenção -, é preciso considerar o encontro do sujeito com outros no mundo como potência fundamental para a transformação do sofrimento e reconstrução de uma história de si. Para tanto, serão apresentados três fragmentos de uma situação clínica ¹ com a intenção de fornecer elementos para a discussão.

Vale destacar que esse texto está colocado na perspectiva de um ensaio, que considera imprescindível revisitar a partir da prática os paradigmas teóricos da psicanálise, isso para que a clínica psicanalítica possa ser ampliada. Não se trata aqui de recriar a psicanálise, mas de reconsiderar, em uma experimentação, alguns de seus aspectos. Nessa linha, de acordo com o exposto por Ab'Saber durante a atividade de Seminário Clínico, "a vida antecede os conceitos". Justamente, a proposta desse ensaio é de retomar uma situação vivida por mim em uma clínica de orientação psicanalítica e notar o que essa experiência pode apontar de diferenciações para o campo. Importante notar que o que

¹ Nota: O caso apresentado foi atendido pela autora na qualidade de Acompanhante Terapêutica no decorrer do ano de 2012, em um trabalho de orientação psicanalítica. Assim, não se pretende apresentá-lo como uma intervenção tradicional em psicanálise, mas sim como uma história de vida, com a intenção de destacar elementos para discutir o caráter transindividual das experiências do sujeito e defender que a transformação do sofrimento psíquico não se dá somente entre quatro paredes de um setting terapêutico.

sempre deve estar em jogo, em um processo de experimentação, é uma inclinação ética. Se a teoria é uma construção, os sujeitos são e se apresentam para nós imediatamente. Assim, é preciso escutá-los para além da teoria. Estar com o outro, estar na clínica, é algo que se articula e que ultrapassa a teoria.

Nessa proposta de repensar e enriquecer o campo psicanalítico considero importante marcar, desde já, um dos pontos de partida para reflexão: o que, afinal, se entende por saúde. Freud apontava que a saúde mental do sujeito está em sua capacidade de amar e trabalhar: é preciso criar laços afetivos com outros, é preciso encontrar saídas criativas para as questões que a vida coloca, é preciso que o sujeito tenha destinos pulsionais que ampliem suas possibilidades de vida. O amor garante o investimento libidinal, e o trabalho a inserção em uma comunidade. Isso é um trabalho do sujeito, que está em relação no mundo. Sendo esse o alicerce, é possível a articulação com um conceito de saúde elaborado por Canguilhem (2010): possibilidade de o sujeito criar novas normas de vida para si, onde “ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais”. Nesse sentido a saúde é a “possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2010, p. 148). Saúde é, então, poder de revisão e instituição de novas normas para si frente às instabilidades do meio, onde a norma é individual e é reivindicação do uso de liberdade: as normas são produzidas pela vida para mais vida. Assim, o sujeito doente é entendido como um organismo completamente adaptado e fixo ao meio, que não têm possibilidades de se ajustar conforme as imponderabilidades da vida porque perdeu sua capacidade normativa; ele está doente “em relação a si mesmo” (CANGUILHEM, 2010, p.97), sendo a doença uma nova dimensão do viver.

Viver é confrontar riscos e superá-los ou, como afirma Canguilhem, “estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar” (2010, p.150). Assim, podemos considerar que o sofrimento é esse momento de crise, em que é preciso que o sujeito crie para si uma nova normatividade vital. É preciso que tenha recursos para garantir investimento libidinal, para garantir interessantes destinos pulsionais. Não se trata, pois, de ordenar uma suposta normalidade, mas sim de possibilitar que ele invente suas próprias normas nessa situação de sofrimento, criando para si uma narrativa.

Partindo desse terreno, vamos ao primeiro fragmento da situação clínica.

Miranda é um homem de cerca de 40 e poucos anos com um histórico de sofrimento psíquico. Na época em que essa narrativa ocorreu, era um usuário de um serviço público de saúde mental da cidade de São Paulo. Não tinha um diagnóstico médico preciso, sendo a ele, no decorrer de sua vida, atribuídas inúmeras identidades nosográficas e oferecidos diferentes psicofármacos.

Vi Miranda pela primeira vez nesse serviço. Ao me apresentar, Miranda olha para mim e afirma: “não há nada aqui”. Assim mesmo. Afirmava uma não existência. Pergunto para ele, “como assim?”, solicitando que me explique melhor. E ele repete sua afirmação anterior, dizendo não existir. Falava para mim que nada na sua vida deu certo e que nunca era convidado para ir a bares. Questiono essa colocação de Miranda, e ele apenas repete a afirmação, dizendo que se nunca era convidado, não existia. Frequentava tal serviço porque assim lhe era dito para fazer e acreditava que um dia alguém se daria conta de sua não existência.

Naquela época lhe foi prescrita medicação por um profissional e, por outro, a escrita um livro de memórias. Dizia que ambas as prescrições eram “bobagens”. Recusava a medicação, mas enfatizava que precisava aprender a mexer em um computador para executar a segunda tarefa, como uma ordem.

Passam-se alguns encontros com Miranda. Sempre o encontro no serviço. A sua fala continuava a mesma: “para que tomar remédio se não existo?”, “tanto faz, tanto fez”, “preciso aprender a usar o computador”. Miranda não adentrava nas camadas de nenhuma dessas questões. Apenas repetia-as.

Se em um primeiro momento tal fala anuncia um certo tipo de ser sem identidade, é preciso ir adiante em outra camada para compreender que a ideia de identidade, em psicanálise, é antes de tudo ter a consciência de uma certa continuidade no interior do tempo. Assim, a aposta clínica não está em “ele não é” no sentido de ele não existe, mas antes em ele afirma sua não existência na medida em que não pode falar de si, em uma quebra da continuidade do ser.

Tratava-se de um corpo disciplinado que os profissionais do serviço desejavam ordenar sem se dar conta de um primeiro paradoxo posto: como narrar uma história de si quando está anunciada a quebra da conciliação entre ser e tempo? Submeter a vida a uma narrativa com uma rede de causalidades, tal como havia sido proposto, é ao mesmo tempo tomar posse dela e perdê-la. Justamente, essa é uma questão cara para a psicanálise e, em particular, para pensar o processo de formação de um psicanalista. Não raro percebe-se no

discurso de alunos desse Curso de Formação em Psicanálise uma tentativa de ordenar fatos históricos em uma rede de causalidade formada pelo próprio psicanalista.

Nesse caso apresentado, isso, a ordenação histórica, lhe foi proposto literalmente: escrever uma espécie de autobiografia como se isso garantisse que ele pudesse se reconhecer. Nesse cenário, podem surgir histórias lineares, mas não acontecimentos, sendo que qualquer possibilidade de transformação continua bloqueada.

Na qualidade de Acompanhante Terapêutica, acompanhei Miranda a outro serviço de saúde mental que oferecia um curso de informática; tratava-se de uma tentativa de aproximação. Como o imponderável é constituinte da vida, naquele espaço ele encontrou, por acaso, Antônio, um homem com quem havia ficado institucionalizado em um hospital psiquiátrico por mais de 10 anos. Ainda mais inesperado era o fato de que eu também conhecia Antônio: ambos fazíamos parte de um grupo de produção de vídeos, em que eu era coordenadora e ele paciente. Algo ali se passou; um entrecruzamento de passado e presente; um passado que nunca deixou de ser. Miranda foi convidado por Antônio (e não por mim) a frequentar tal espaço cultural que tinha por atividade a produção de vídeos. Apareceu por lá e, continuamente, nos muitos encontros, afirmava a sua não existência – e Antônio insistia em trazer à tona histórias do tempo em que estiveram juntos em um hospital psiquiátrico.

As experiências estão nesse espaço que é da contingência e por isso - porque a experiência é aberta, não é definida a priori - ao rememorar, o sujeito pode reconstruir seu lugar no mundo. Para Freud (1914), rememorar a experiência significa reelaborar uma experiência, construindo outra história de si. Mas, quando este processo está interrompido ou mesmo quando há uma ruminação incessante de um acontecimento sem sua elaboração – e aqui as pistas que Miranda compartilhava eram a afirmação de uma não existência e da inexistência de convites para bares –, não sendo possível ao sujeito criar para si novas normas, tem-se a instauração de uma experiência de sofrimento psíquico.

Da história, é dita ser contínua por se tratar de uma série em processo, onde ao acrescentar um outro acontecimento no interior desta série – que é a história – todos os acontecimentos anteriores se reconfiguram; é por estar inserido nessa série que se pode dizer de uma natureza subjetiva do sujeito, em que ele produz sentidos para sua existência quando acontecimentos criam marcas nessa cadeia e modificam todos os elementos anteriores, dotando de novos sentidos tais elementos. A psicanálise, a meu ver, trata em

certa medida disso: repertir, rememorar e reelaborar para que através de um acontecimento, muitas vezes dado após um ato psicanalítico, o sujeito possa dotar de novos sentidos sua história. A história é pensada, então, como certo sistema de definições onde um dado fato pode modificar todos os elementos anteriores. Esta concepção de história oferece a base para o conceito de rememorar de Freud, pois neste campo aberto de possibilidades de significações de toda a série histórica do sujeito, é possível a reorganização simbólica da mesma, reconstruindo e reescrevendo fatos e acontecimentos.

Assim, a capacidade de falar por si e de elaborar uma história frente a uma situação, construindo normatividades singulares, investindo libidinalmente em novos objetos, é o que permite uma saúde mental. Já estar estancado nesse acontecimento, significa adoecer. Se, como afirma Canguilhem (2010) esse processo se dá em relação ao meio e se, como afirma Freud de modo geral em sua obra, um sujeito necessariamente precisa do outro para viver, é preciso afirmar que as histórias de uma sociedade e de um sujeito particular estão profundamente interligadas: é na conexão com outros que um sujeito faz parte da história e pode reconstruir a história de si.

Assim, a história é ato de se apropriar conscientemente de nossas ações, que se dão em um coletivo, refletindo sobre as mesmas. Justamente, com o advento dessa concepção de história, a noção de consciência se altera. No contemporâneo, ter consciência significa habitar um tempo elástico, e não mais instantâneo, onde passado, presente e futuro se confundem. Miranda foi colocado frente a isso diante da insistência de Antônio em narrar a sua verdade histórica, que já era em si uma reconstrução mental. Tratava-se de uma apresentação continua menos com um caráter de conteúdo, e mais com um caráter afetivo. Nesse cenário, é preciso defender que a transformação do sofrimento psíquico pode se dar para além de um setting analítico, tal como esse é compreendido tradicionalmente.

Miranda continuava a fazer parte do grupo. Certo dia fomos às ruas de São Paulo fotografar cenas urbanas para compor o vídeo. Dias depois, em outro encontro, Miranda olha para as fotografias já reveladas e espalhadas no chão e, nelas, olha para uma imagem de si mesmo; se reconhece. Assustado, questiona para os outros participantes quem é aquele – e o olhar que devolvem é que aquele era ele mesmo. Fica calado durante um longo período. As diferentes interpelações que eu fazia não pareciam surtir efeito algum. Mas, algum tempo depois, durante o processo de escolha de imagens para composição do filme, Miranda pede ao grupo um momento para falar: desenha uma cruz gamada – uma suástica invertida – e começa uma longa explanação sobre aquele símbolo, relacionando sua origem ao significado de

mudança e comparando-o ao símbolo Nazista. Os demais presentes apenas escutam e o olham sem entender o que era tudo aquilo. Subitamente, Miranda levanta e vai embora.

Naquele momento ninguém entendeu o que estava acontecendo com Miranda, nem como ele estava se sentindo. Ele foi embora muito rapidamente. Diante dos objetos presentes – afetos, pessoas, fotos – ele parece ter organizado objetos passados de um modo singular; parece ter havido uma articulação entre memória e história naquele momento, que foi de um sofrimento insuportável. Em geral, o passado é campo de significação do próprio presente e está em constante movimento e reordenação; para Miranda isso parecia estar paralisado, mas naquele momento algo foi deslocado. É a memória, nesse sentido e não no sentido de estoque de lembranças, que impulsiona a dinâmica de um processo bloqueado nessa perspectiva, sendo dimensão fundamental da capacidade construtiva dos sujeitos. Memória que está articulada à história, e história que é de mais de um.

Aquele ser que se dizia não-ser parece ter reconstruído uma história de si. Ter uma história significa essa possibilidade de transformar ocorrências em acontecimentos, onde acontecimento é aquilo que deixa marcas miméticas; para ser acontecimento, são necessários esses traços que modificam o universo simbólico. O que restava saber era qual seria a capacidade de Miranda de frente a um acontecimento projetar outro meio, elaborando-o.

Na semana seguinte eu o encontro no serviço de saúde mental. Ele está diferente e solicita conversar. Começa falando que saiu abruptamente daquele último encontro porque não entendeu o que estava fazendo ao falar sobre a suástica invertida. E narra que, ao entrar no ônibus, aquilo o estava incomodando profundamente, pois não conseguia encontrar uma explicação do porque havia falado aquilo para o grupo, não encontrava sentido no que havia feito, e então, em suas palavras, algo “destravou”, e ele afirmou: “eu percebi: eu falei aquilo porque sou louco!”. Diante da minha surpresa, continua: “E aí eu entendi que se eu sou louco, eu sou alguma coisa...”. Olhou para mim e, enquanto tocava em seu próprio ombro, falou: “olha só, eu tenho corpo, eu estou aqui”. Contou-me que ao sair do ônibus foi para um bar sozinho mesmo – o que não fazia há tempos.

Uma dinâmica afetiva ganha estabilidade própria. Vale destacar que não se trata aqui de buscar uma categoria nosográfica psicanalítica para esse sujeito: não se trata de questionar se ele é um neurótico, ou um psicótico ou qualquer outra identidade clínica. Mas, antes, assinalar que a possibilidade de transformação de seu sofrimento está relacionada com as conexões que ele pôde produzir no encontro com outros, fora do setting psicanalítico tradicional.

A clínica produz tentativas de ordenadores, mas a história apresentada pelo sujeito traz uma multiplicidade e tal imprevisibilidade que não pode ser contida pela clínica. Nesse sentido, a aposta clínica necessária é de um lado ultrapassar as paredes do setting analítico, e de outro (dentro do setting) explorar as ambivalências das relações, abrindo para novos sentidos e trabalhando a rede de significações – tal como Guattari e Deleuze (1995) propuseram na sua leitura do caso O Homem dos Lobos ². Deleuze e Guattari (1995, p.54), ressignificando esse caso, afirmam que o problema é que nenhum analista foi capaz de reconstruir o significado da ideia de lobo, ninguém explorou outras reverberações do significado, sempre com um “retorno à unidade”; ao contrário, era preciso abrir os sentidos, vincular a história trazida pelo paciente a outras dimensões, trabalhar a rede de significações: “o lobo é a matilha, quer dizer, a multiplicidade apreendida como tal em um instante”; é mais do que compreender, é explorar as ambivalências e intensidades das relações. Nesse sentido, afirmo que o sujeito está inserido em um campo de experiências compartilhadas, tomando parte em experiências sociais com outros, em camadas temporais que não se esgotam em uma individualidade. Assim, no processo de intervenção analítica de um dado sujeito não tratamos só as experiências particulares, mas também os impactos de experiências transindividuais presentes nesses sujeitos. É preciso deixar a multiplicidade invadir o espaço do consultório analítico e criar raízes com o mundo. Mesmo que mantenhamos as paredes do setting.

Neste relato de caso, percebe-se que Miranda pôde apresentar para si mesmo outra narrativa possível que significasse aquela experiência a partir do encontro com outros no

² O Homem dos Lobos trata-se de um caso de neurose obsessiva que Freud (1918) tenta reconstruir procurando a cena traumática, que se confunde com a cena originária. O paciente ao mesmo tempo em que apresentava uma fobia por lobos assumia esse elemento como organizador de sua vivência, constituindo sua identidade. Freud crê identificar uma cena primitiva de os pais do paciente transando três vezes como lobo, mobilizando uma quantidade de energia libidinal que fica solta, pois quando criança não sabe significar a cena e essa só é integrada a posteriori; o que fica na memória são traços. Uma questão é aberta e em um segundo momento é ressignificada, ganha sentido pela reincidência da sexualidade no mundo adulto ao infantil. Há outras experiências e quando o paciente tem quatro anos sonha com lobos que o observam. Freud fala que nesse caso a cena primitiva é ativada, sendo o sono angustioso porque a criança tem medo de ser devorado pelos lobos, em uma associação à ameaça de integridade física da criança à ameaça de castração por uma rivalidade com o pai (um lobo), já que os lobos representariam o coito entre os pais.

mundo. O sofrimento psíquico vivenciado por um sujeito deixa de ter um caráter particular para compor com o social e no social, sendo possíveis as transformações no encontro de um solo comum: Miranda, com os outros, se descobre louco. Há, assim, uma dispersão de acontecimentos que escapam a uma unidade narrativa. Vale destacar que não há um caráter determinista neste acontecimento e não cabe aqui traçar uma relação causal do tipo: reencontro com antigo colega – retorno para experiências passadas – ver-se no presente – transformação do sofrimento. Não se trata de afirmar uma relação determinista, mas, ao contrário, de abrir para uma rede de possíveis significações.

A análise é uma experiência de reelaboração e só o sujeito pode operar esse processo, e o que se defende aqui é que as condições de enunciação da questão se dão para além de um encontro dual analista-analisando. A intervenção analítica pode ocupar esse lugar de, em uma fala performativa, fornecer condições para que o sujeito possa organizar o sofrimento psíquico em uma história da doença, organizando a história de seu desejo. Mas, esse processo de rememoração está profundamente ligado à história, que está inscrita em campo maior do que a vida particular do sujeito.

Referências Bibliográficas

- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- FREUD, S. (1996). Obras completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago. (1914). "Recordar, repetir e elaborar", v. XII, p.161-171.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34. 715 pp.