

Lig

revista de psicanálise



1

N 1 • 2012

ISSN 2238-9083
VERSÃO IMPRESSA

ISSN 2316-6010
VERSÃO ONLINE

revista de psicanálise

ANO I, Nº 1, AGOSTO/2012 - PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

SIG REVISTA DE PSICANÁLISE

REVISTA TRIMESTRAL DA SIGMUND FREUD ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA

ANO I, NUMERO 1, AGOSTO/2012

ISSN 2238-9083 (VERSÃO IMPRESSA)

ISSN 2316-6010 (VERSÃO ONLINE)

SIG Revista de Psicanálise é uma publicação trimestral da Sigmund Freud Associação Psicanalítica e tem como objetivo publicar artigos teóricos e teórico-clínicos, resenhas e entrevistas no campo psicanalítico.

Os direitos autorais de todos os trabalhos publicados pertencem a SIG Revista de Psicanálise.

A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do editor. Reproduções parciais de artigos (resumo, abstract, mais de 500 palavras do texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão por escrito do editor e dos autores.

As normas para a publicação e instruções para submissão de artigos estão disponíveis em:

<http://www.sig.org.br/sigrevistadepsicanalise>

Versão online da revista em: www.sig.org.br/sigrevistadepsicanalise

Tiragem: 200 exemplares | Impressão: julho de 2012

S574 Sig: revista de psicanálise [recurso eletrônico]. – Vol. 1, n. 1
(ago. 2012)- . – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Sigmund
Freud Associação Psicanalítica, 2012- .

Trimestral.

Editor: Sigmund Freud Associação Psicanalítica.

Sistema requerido: conexão com a Internet, browser e
Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: <<http://www.sig.org.br>>

ISSN 2316-6010

1. Psicanálise - Periódicos. 2. Teoria psicanalítica -
Periódicos. 3. Cultura - Periódicos. 4. Filosofia - Periódicos.
II. Sigmund Freud Associação Psicanalítica.

CDU 159.964.2

Índice para catálogo sistemático: 1. Psicanálise 159.964.2

Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 10/1507



REVISTA DE PSICANÁLISE
PUBLICADA POR SIGMUND FREUD ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA

PORTO ALEGRE, RS - BRASIL

2012

SIGMUND FREUD ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA

GESTÃO 2010/2012

Presidente: Almerindo Boff

Diretora Administrativa: Silvana Henzel

Diretora de Ensino: Bárbara de Souza Conte

Diretora Científica: Eneida Cardoso Braga

Diretora da Clínica Psicanalítica: Fernanda Dornelles Hoff

Diretora de Divulgação: Luciana Maccari Lara

Secretária do Conselho Deliberativo e Fiscal: Simone Engbrecht

SIG REVISTA DE PSICANÁLISE

Editora Responsável: Sissi Vigil Castiel

CORPO EDITORIAL:

Alfredo Jerusalinsky

Almerindo Boff

Ana Lúcia Waltrick dos Santos

Bárbara de Souza Conte

Claudia Maria Perrone

Cristina Lindenmeyer Saint Martin

Daniel Kupermann

Débora Marcondes Farinati

Denise Costa Hausen

Eneida Cardoso Braga

Eurema Gallo de Moraes

Giovanna Bartucci

José Luiz Novaes

Julio Bernardes

Karin Kepler Wondracek

Lizana Dallazen

Luciana Maccari Lara

Magda Medianeira de Mello

Maria Cristina Poli

Mônica Medeiros Kother Macedo

Paulo Endo

Sidnei Goldberg

Sissi Vigil Castiel

Vera Blondina Zimmermann

COMISSÃO EXECUTIVA:

Cláudia Maria Perrone

Elenara Vaz Faviero

Eurema Gallo de Moraes

Luciana Rechden da Rocha

Estagiária: Jéssica Kilpp

PROJETO E PRODUÇÃO GRÁFICA:

Débora Dutra

*Capa: arte sobre fragmento da obra (reprodução)
de Henri Matisse, Litografia para a Verve, 1937.

* Os textos aqui publicados são de inteira responsabilidade de seus autores.

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL/CONTENTS.....	07
ARTIGOS/ARTICLES	
SUFRIMIENTOS Y ALGO MAS.....	09
Suffering and Something Else	
- <i>Luis Hornstein</i>	
O TEMPO NA ESCUTA DO ANALISTA: entre a rememoração e a construção.....	29
The time in the hearing of the analyst: between the remembering and the construction	
- <i>Silvia Leonor Alonso</i>	
SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y CREACIÓN.....	41
Psychic Suffering and Creation	
- <i>María Cristina Rother Hornstein</i>	
FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO: o psiquismo sitiado.....	53
Psychosomatic phenomenon - The psychism besieged	
- <i>Ana Lucia Waltrick dos Santos, Bárbara de Souza Conte, Daniela Weber Bratz, Débora Marcondes Farinati, Juliana Martins Costa, Magda Dedavid Nunes, Marcia Denise Michel e Marina Lúcia Tambelli Bangel</i>	
POR QUE FALAR, AINDA?.....	69
Why even talk?	
- <i>Rosane Padilla</i>	
A RELAÇÃO EU/OUTRO NOS ESTADOS LÍMITES: aspectos teóricos e clínicos.....	75
The relationship self/other in borderline states: theoretical and clinical features	
- <i>Raquel Rubim del Giudice Monteiro e Marta Rezende Cardoso</i>	
AS CONDIÇÕES DO SI MESMO NA SITUAÇÃO DE NÃO RECONHECIMENTO DA PRÓPRIA GRAVIDEZ: enlaces no território da dor	89
The conditions of the oneself in the situation of not recognizing the own pregnancy: some thoughts in the territory of the pain	
- <i>Thomás Gomes Gonçalves e Mônica Medeiros Kother Macedo</i>	
EM PAUTA/ON THE AGEND	
A POLÊMICA DO AUTISMO NA FRANÇA.....	99
The controversy of Autism in France	
- <i>Cláudia Maria Perrone</i>	
UM AUTISTA MERECE A CHANCE DE SE CONSTITUIR COMO SUJEITO.....	103
A person with autism deserves the chance to build him/herself as a person	
- <i>Alfredo Jerusalinsky</i>	
POLÊMICA SOBRE EL AUTISMO: prolegómeno de la polémica acerca de toda la salud mental	115
Autism controversy: prelude to the controversy about all mental health	
- <i>Isabel Lucioni</i>	
O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM A CLÍNICA DO AUTISMO?.....	119
What is happening with the autism clinics?	
- <i>Vera Blondina Zimmermann</i>	

CONVIDADO/GUEST

FRAGILIDAD DEL SOSTÉN INTERIOR EN LAS ADICCIONES.....	123
The fragility of inner strenght in addictions	
- <i>Hugo Mayer</i>	

ENTREVISTA/INTERVIEW

VICISSITUDES DA PSICANÁLISE ATUAL COM DANIEL KUPERMANN.....	131
Vicissitudes of Actual Psychoanalysis	

RESENHAS/REVIEW

A METAPSICOLOGIA E A CLÍNICA NO NOVO SÉCULO.....	137
The metapsychology and the clinic in the new century	
- <i>Sissi Vigil Castiel</i>	
CINEMA E PSICANÁLISE: desacomodando conceitos.....	139
Cinema and Psychoanalysis: unsettling concepts	
- <i>Eurema Gallo de Moraes</i>	



com satisfação que lançamos o primeiro número de **SIG Revista de Psicanálise**, um projeto há muito tempo acalentado pela instituição. A sua concretização ocorreu devido ao empenho da diretoria da Sigmund Freud Associação Psicanalítica, do trabalho intenso, dedicado e criativo da comissão executiva da revista e das criteriosas análises de seu corpo editorial. A todos meu sincero agradecimento.

Vivemos em um tempo de normatização e biologização da vida humana que impregnam o discurso científico de uma necessidade de comprovação empírica. Dessa forma, a psicanálise está na contramão da ciência nesse novo século. Por isso mesmo, os psicanalistas tem um compromisso cada vez maior com a necessidade constante de retomar os fundamentos que regem a teoria e a técnica psicanalítica, bem como com as relações da psicanálise com outras áreas do saber e de sua contribuição à cultura. Assim, as revistas científicas comprometidas com esse ideário tornam-se instrumentos ricos para problematização dessas questões em psicanálise e suas interfaces. A SIG lança a revista como um periódico científico com o intuito de possibilitar mais um espaço necessário de circulação de ideias e debates sobre questões atuais pertinentes à psicanálise e à cultura. O formato da revista será em versão on-line e eventualmente com alguns números em versão impressa, justamente para contem-

plar o dinamismo e a abrangência nas discussões propostas pela revista.

A linha editorial tem como objetivo publicar investigações, desenvolvimentos teóricos, relatos de pesquisa, debates, entrevistas e resenhas no campo da psicanálise. Está aberta a colaboração de psicanalistas, instituições psicanalíticas, pesquisadores de universidades do Brasil e do exterior.

No primeiro número temos além dos artigos, entrevista e resenhas, algumas sessões: **Em Pauta** traz a polêmica do autismo na França contada pela psicanalista Cláudia Perrone. A partir deste primeiro texto, os psicanalistas Isabel Lucioni, Vera Blondina Zimmermann e Alfredo Jerusalinsky abordam o assunto sob diferentes perspectivas.

A sessão **Convidado** traz um texto de Hugo Mayer, psicanalista argentino que tem laços afetivos e relações de colaboração com a instituição desde seus primórdios e que agora nos brinda com um artigo como forma de comemorar o lançamento da revista pela instituição. Em seu texto *Fragilidad del sustén interior en las adicciones* reflete sobre seu longo percurso no trabalho com esses pacientes.

Vicissitudes da Psicanálise Atual – **Entrevista** com Daniel Kupermann que coloca de forma muito precisa sua análise do panorama da psicanálise nos dias de hoje. Ele problematiza o lugar do analista, ao mesmo tempo, em que propõe sua visão sobre ques-

tões que devem permear o trabalho do psicanalista contemporâneo. Daniel é Professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

Dentre os artigos que compõem esse número, o tema do sofrimento psíquico é abordado em *Sufrimientos y algo mas* de Luis Hornstein que apresenta reflexões sobre as condições relativas ao sofrimento na contemporaneidade onde há o predomínio da felicidade e dos prazeres em detrimento dos deveres na expressão do sofrimento humano. Já em *Sufrimiento psíquico y creación*, a autora María Cristina Hornstein trata do sofrimento em seus enlaces com possibilidades criativas a partir de vinhetas clínicas.

Em *O tempo na escuta do analista* Silvia Alonso aborda questões relativas à clínica analítica. Discorre sobre a diferença entre dois campos o da rememoração e o da construção, que correspondem a duas formas diferentes do funcionamento psíquico, e que solicitam ao analista lugares distintos na escuta.

Quatro artigos versam sobre questões relativas à psicopatologia. O artigo *A relação eu/outro nos estados limites: aspectos teóricos e clínicos*, aborda aspectos essenciais dos estados limites, como o da singularidade de seu manejo clínico. O trabalho *O fenômeno psicossomático - o psiquismo situa-*

do traz os fenômenos psicossomáticos como inscrições arcaicas que pressupõem uma significação simbólica que se encontra na fronteira do real e necessitam do corpo para comunicar algo a partir de fragmentos de casos clínicos. O artigo *Por que falar, ainda?* descreve alguns impasses enfrentados na clínica psicanalítica com sujeitos autistas. A partir de seus impasses, é discutida a atualização da doutrina psicanalítica, assim como a sua pertinência ao mundo contemporâneo. O trabalho *As condições do si mesmo na situação de não reconhecimento da própria gravidez: enlaces no território da dor* trata o fenômeno da negação não psicótica da gravidez, articula proposições teóricas que tomam como referências os conceitos de gravidez impensável e vivência de indiferença.

Por fim, temos duas resenhas. A primeira sobre o livro *Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor* das autoras Eurema Gallo de Moraes e Mônica Kother Macedo, que incursiona na problemática do trauma e suas manifestações nas patologias de fronteira. Finalmente, a resenha sobre o livro *Cinema e Psicanálise – o conceito de castração em transversal* da autora Denise da Costa Hausen que parte de cenas cinematográficas para debater teoricamente os conceitos de castração, violência e interdição.

Vida longa à Sig Revista de Psicanálise. Boa leitura a todos. Mazal Tov!

Sissi Vigil Castiel

Editora responsável

SUFRIMIENTOS Y ALGO MAS

SUFFERING AND SOMETHING ELSE

Luis Hornstein¹

Resumo: O artigo apresenta reflexões sobre as condições relativas ao sofrimento na contemporaneidade. O autor aborda os efeitos que decorrem de uma cultura, na qual há o predomínio da felicidade e dos prazeres em detrimento dos deveres, na expressão do sofrimento humano. São explorados aspectos referentes a ética e a moral a fim de fomentar uma discussão à respeito dos elementos envolvidos na condição de liberdade do sujeito. Na reflexão desenvolvida em relação ao sofrimento aborda-se as especificidades do diagnóstico e da psicopatologia em relação à Psicanálise.

Palavras-Chave: Sofrimento, Contemporaneidade e Psicanálise.

Abstract: This paper presents some thoughts about the conditions concerning suffering in the contemporary. The author addresses the effects of a culture in which there is a predominance of happiness and pleasures over the duties in the expression of human suffering. It is explored some aspects concerning ethics and morality in order to promote a discussion about the elements involved in the condition of liberty of the subject. On suffering it is also discussed the specificities of the diagnosis and psychopathologies about Psychoanalysis.

Keywords: Suffering, Contemporary and Psychoanalysis.

“La historia se nos presenta, al igual que la vida misma, como un espectáculo fugaz, móvil, formado por la trama de problemas intrincadamente mezclados y que puede revestir, sucesivamente, multitud de aspectos diversos y contradictorios. Esta vida compleja, ¿cómo abordarla y cómo fragmentarla a fin de aprehender algo?” (BRAUDEL, 1968).

El hombre actual sufre por no querer sufrir. Quiere anestesia en la vida cotidiana. Ciertos sufrimientos sólo son preocupante cuando son desmesurados sea por la duración, sea por la intensidad. Para atenuarlos, para borrarlos, recurrimos a diversas estrategias. Existen dos alternativas opuestas: ser un fiscal que condena el mundo porque *siempre fue y será una porquería*. O un abogado defensor, porque la vida le ha dado tanto *le ha dado la vida y le ha dado el llanto*.

La moral y la felicidad, antes enemigos irreductibles, se han fusionado; lo que actualmente resulta inmoral es no ser feliz. Hemos pasado de una civilización del deber a una cultura de los placeres. Allí donde se sacralizaba la abnegación,

¹Psicoanalista, presidente de la Sociedad Psicoanalítica del Sur (S.P.S.) e de la Fundación para la Investigación de la Depresión (FUNDEP).
luishornstein@ciudad.com.ar

tenemos ahora la evasión; donde se privilegiaba la privacidad, tenemos la violencia mediática y la frivolidad. La dictadura de la euforia sumerge en la vergüenza a los sufren. Se insiste en que “tener onda” es ser chispeantes, divertidos. No sólo la felicidad constituye, junto con el mercado de la espiritualidad, una de las mayores industrias de la época, sino que es también el nuevo orden moral.

Para el diccionario, “sufrir” es “sentir físicamente un daño, un dolor, una enfermedad o un castigo; sentir un daño moral; recibir con resignación un daño moral o físico”. No dice si el sufrimiento es un capricho, ni si es evitable o no. Es obvio que hay sufrimientos inevitables. Pero no es tan obvio que también sufrimos neuróticamente. Habla, sí, de resignación, que vendría a ser “bancarse” el sufrimiento ¿Que es “resignación”? Es la renuncia a la satisfacción de un deseo, no la muerte del deseo. La rebelión dice no. La aceptación dice sí. La resignación es un proceso de duelo, demasiado confortable para que se desee abandonarla. Demasiado triste para quedarse ahí.

Predominan los sufrimientos causado por las pérdidas (la muerte de alguien significativo, su rechazo, algún aspecto que nos decepciona). Y aquí están incluidos el despido laboral, la quiebra de una empresa comercial, los sinsabores de un proyecto. El otro está presente, aun más que en la alegría. Está presente una distancia: entre antes y ahora, entre realidad y fantasía. Eso duele. Es un dolor sano, que a veces se intenta extirpar con distintos psicofármacos con alcohol o con otras conductas de evasión¹. Esas anestésias son de doble filo, así como la calma chicha de ciertas corrientes orientales que decreta vanos nuestra mundanidad, nuestros afectos, nuestras preocupaciones.

Algún día, el que padeció una pérdida, el que creyó haber perdido todo, deja de sufrir o al menos el sufrimiento deja de estar omnipresente. Sin embargo, todos conocemos personas que son un continuo lamento.

Escribió Piera Aulagnier (1984): “Pensar, invertir, sufrir: los dos primeros verbos designan las dos funciones sin las cuales el yo no podría devenir ni preservar su lugar sobre la escena psíquica: el tercero, el precio que deberá pagar para lograrlo”.

Dice el tango:

“Primero hay que saber sufrir,
después amar, después partir
y al fin andar sin pensamiento”...

La persona que sufre tiene dificultades para “invertir”, para poner combustible al motor de su psique. “Invertir” e “invertir” a veces son sinónimos. Invierto en la carrera universitaria o deportiva de mi hijo. Invierto esperanzas y esfuerzos en una corriente política o un proyecto. Vivir es arriesgar. “Desinvertir” es el proceso inverso: retirar la inversión, el entusiasmo, el interés. La indiferencia se convierte en escudo contra las afrentas que vienen de los otros y de la realidad.

ARTIGO

A veces son repliegues tácticos, para volver a la carga. A veces implican que uno ha bajado los brazos.

Una manifestación del sufrimiento es el aburrimiento. Cuando estamos entretenidos nuestro psiquismo nos suministra provisiones. El aburrido no tiene reservas psíquicas. O quizá sea un devorador compulsivo, al que ningún alimento sacie. Y ésta es la acusación a la “sociedad de consumo”. Una tendencia bulímica, insaciable, determinada por una tecnología que abarrota de objetos al mercado (a la vez que millones de excluidos apenas sobreviven). El aburrido busca compulsivamente bebidas, drogas, sexo y otras actividades.

DE LA HUMILLACION A LA ACCIÓN

Las pérdidas –de una persona, de un rol o de una imagen propia– se agravan cuando entrañan humillación. La vergüenza y la ambición son respuestas posibles a la humillación. La vergüenza es inhibidora; la ambición, estimulante. Una neutraliza la acción; la otra, moviliza. El vergonzoso se esconde, el ambicioso se hace notar. La humillación oculta las violencias sufridas y genera una vivencia de ilegitimidad. Ambas actitudes se complementan y se refuerzan mutuamente (Hornstein, 2011).

La vergüenza es un sufrimiento del que no se suele hablar. Sin embargo, ponerla en palabras y describir sus diferentes aspectos permite reconocerla, nombrarla y curar sus heridas. Es un revoltijo de rabia, culpa, amor, odio, ira, agresividad, miedo. Un conglomerado de emociones, afectos, sensaciones. Afecta la subjetividad, las creencias y los valores. Puede predominar la vergüenza corporal, la sexual, la intelectual o la familiar. Y lo primero que tiene que lograr un avergonzado es no tener vergüenza de tener vergüenza. Cuando Freud presencié ciertas humillaciones sufridas por su padre (y luego por él mismo), sintió rencor pero también vergüenza de haberse avergonzado de su padre. Y se dio fuerzas con los proyectos del conquistador Aníbal. Él, tan de extramuros como el cartaginés, conquistaría su Roma. Nadie lo humillaría como al padre.

Con hierro candente o sin él, no pocas sociedades, en el pasado y en el presente, han marcado a algunos individuos por pertenecer a una identidad raza, piel, religión, situación social (por ejemplo, con el mote de “villero”), o económica o cultural. Se empieza por sentirlos extraños, extranjeros, y se termina poniendo una barrera, como si el diferente fuera contagioso. El poder jerarquiza y estigmatiza. Confiere valor a las cosas y a la gente, e inversamente, desvaloriza, invalida, excluye. La humillación es un medio para reforzar la autoridad frenando desviaciones que lo amenazan. La vergüenza confronta al sujeto evitando que se separe de ciertas normas y valores propias de su grupo. La vergüenza es índice del deseo de pertenecer a un grupo y no ser reconocido por él.

El sentimiento de identidad² tiene dos aspectos: uno personal: sentirse protagonista de su historia afirmando su propia existencia, y un aspecto social, que inscribe al individuo dentro de un grupo, una cultura, una nación, por el reconocimiento de pertenencia de sus derechos, de sus tradiciones, de sus creencias y de su ciudadanía. Se trata de una noción subjetiva, pero que alude a

la idea de reciprocidad: considerar al otro como una persona, con la misma consideración que uno tiene para “los suyos”. La necesidad de identificación y la de diferenciación son opuestas y complementarias. De dos modos se obtiene el reconocimiento: por conformidad (ser como los demás, miméticamente) o por distinción (ser distinto y hacer que los demás valoren esa diferencia). Ser como la manada es una garantía de aceptación social. Buscar el reconocimiento por distinción es más frecuente en jóvenes y adolescentes. Hay adultos que también tienen un reconocimiento por distinción. Quizá porque siguen conservando la frescura juvenil.

La vergüenza se genera en la indefensión y la dependencia del entorno. Ese estado propio del niño pequeño es el fundamento de la “necesidad de ser amado que no abandonará más al ser humano” (FREUD, 1930). La vergüenza se alimenta de esa angustia original, en particular cuando las necesidades de amor y protección no han sido adecuadamente satisfechas o cuando el medio social se ocupa de incrementarlas.

La multiplicidad de los sufrimientos que nos afectan es traumática. Nos aturde. Nos paraliza. Echamos mano a nuestros mecanismos reduccionistas. O bien, como Ulises, nos atamos al mástil salvador de la clínica.

DEL SUFRIMIENTO A LA ILUSION

El infantilismo y la victimización son dos modos de la irresponsabilidad. Es el intento de eludir las consecuencias de los propios actos, de gozar de los beneficios de la libertad sin sufrir sus inconvenientes. Hay quien está tan por encima de la culpa que llega a autoproclamarse mártir. “Sufro: indudablemente alguien tiene que ser el causante, así razonan las ovejas enfermizas” (NIETZSCHE, 1967).

¿Qué es el infantilismo? Tenemos derecho a tener un techo, a evitar la intemperie. Otra cosa es que un adulto pretenda la protección que se le da al niño. El infantilismo combina una exigencia de seguridad con una avidez sin límites y evita cualquier obligación.

En cuanto a la victimización es concebirse según el modelo de los damnificados. Convertirse en inimputable. Al demostrar que el ser humano es movido también por fuerzas que no conoce (lo inconsciente) Freud también proporcionó a cada cual una batería de pretextos para justificar sus actos (mi infancia desgraciada, mi madre “castradora”, mi padre ausente). Sin embargo, el hombre sigue siendo responsable y no puede excusarse por una historia desfavorable.

La infancia termina con la pubertad. Pero tiene sus reediciones en la vida adulta. Destellos que aportan un flujo renovador. Tal vez una vida más plena sea eso. No es necesario hacerse todas las cirugías ni hablar a la moda, basta con recuperar la capacidad de asombro de la infancia. Es relativamente cierto que “soñar es cosa de jóvenes”, cuando cuantitativamente “toda la vida está por delante”. La existencia sería un trayecto fatal desde la esperanza al desengaño. La vida consistiría en dejar caer las utopías, en dejar de fantasear, como si toda ilusión fuera inútil. La ilusión no es un delirio. El delirio rechaza la realidad

mientras que la ilusión la modifica. Sin ilusiones la realidad es sórdida. Al principio de previsibilidad, que juzga la vida según un programa, hay que oponerle el principio de creación por el cual el mundo desborda nuestras expectativas.

En el lenguaje corriente, ilusión quiere decir muchas cosas: creencia, fantasía, proyecto, etc. La ilusión es una representación cautiva en su punto de vista, que resiste incluso al conocimiento de su propia falsedad. Los errores saltan a la vista. Las ilusiones falsas, no. El error es una carencia (de conocimiento). La ilusión, un exceso de creencia, de imaginación. Hacerse ilusiones es tomar los propios deseos por la realidad. Puedo equivocarme sin que sea en función de mis deseos (entonces se trata de un error, no de una ilusión). La ilusión, aunque pueda ser falsa, no es un error. Es una creencia.

En 1993 postulé prototipos de formaciones de compromiso: el síntoma, el sueño y el chiste. Prototipos porque son primeros históricamente y porque representan cabalmente a los ejemplares de cada serie. Por ejemplo, en la serie del chiste, encontramos: el jugar, el humor, la sublimación, los vínculos actuales. Siete años después, esas ideas sobre el chiste como formación de compromiso tuvieron un tratamiento metapsicológico.

Freud había advertido que el chiste es un juego, y no un juego simple, que se apaga en seguida, sino un “juego desarrollado”. El chiste, la sublimación, el jugar, el humor, los vínculos son *simbolizaciones abiertas* que en el choque de repetición y diferencia permiten la emergencia de lo nuevo.

Entre sueño y chiste la diferencia más importante reside en que el sueño es un producto anímico asocial; no tiene nada que comunicar al otro. En el chiste hay placer por la actividad propia del aparato anímico, así como también ahorro en el gasto de inhibición al disminuir la contrainvestidura. El chiste cancela inhibiciones internas y reabre fuentes de placer. Es un “juego desarrollado”, una actividad anímica placentera y socializada. No hay chiste de consumo interno; se requiere de un otro con el que se tenga una “amplia concordancia psíquica”.

La sublimación, es también un “juego desarrollado”, con su particular alianza entre principio de placer, de realidad, de creación. He diferenciado (Hornstein, 1988) la sublimación de otros retornos de lo idealizado (idealización, fascinación, alienación, relaciones narcisistas) y de otros retornos de lo reprimido (formaciones reactivas, síntomas, pulsiones inhibidas en su fin, intelectualización, aislamiento). La aptitud para la sublimación es producto de *la identificación con la potencialidad simbolizante de los otros significativos*.

DEL NARCISISMO A LA ALTERIDAD

El otro es *lo otro*, *los otros*. Los otros cumplen diversas funciones: balance narcisista, vitalidad, sentimiento de seguridad y protección, compensan déficits, neutralizan angustias.

Pensar los vínculos. Desprenderlos de la historia le ha sido objetado a la psicología del yo. Y considerarlos mera réplica de vínculos del pasado implicaría nada menos que condenar al sujeto a ser víctima del Destino. Se tiende entonces

a pensar lo infantil como una matriz según la cual sólo lo inicial permanece y las experiencias posteriores nunca pueden ser fundantes, por más intensidad afectiva que tengan.

El vínculo narcisista no se cae, como los dientes de leche, pero coexiste con *vínculos actuales*³. Hay reconocimiento de la diferencia entre pasado y presente. Se puede investir un futuro. Se puede crear, se puede gestar. No nos bañamos dos veces en el mismo río. Cambian el río y el sujeto. La *alteración* es una condición del devenir. Uno deviene otro. La *alteridad* es la condición de los vínculos no demasiado impregnados por el narcisismo.

Amar y trabajar, decía Freud. Narcisismo trófico para no morir⁴. Los clásicos tienen eso: son actuales. El amor es un juego, incluso porque no siempre se gana, a diferencia del nirvana. Su espectro abarca una gama de sentimientos: el éxtasis, la dependencia, el sacrificio, la esclavitud, los celos. El amor supone que aceptemos sufrir por y a causa del otro, de su indiferencia, su ingratitud o su crueldad. En el enamoramiento todo nos encanta en el otro: después se va marchitando. Se trata del mismo individuo, pero uno soñado, deseado, esperado, ausente..., y el otro presente. El uno brilla por su ausencia, el otro es mate por su presencia. Observemos esas parejas de cierta duración. ¿Se quieren hoy más que ayer pero menos que mañana? No se corresponde a la experiencia. La ternura es una dimensión de su amor, pero no la única. Existe también la complicidad, el sentido del humor, la intimidad, el placer explorado y reexplorado, existe esa apertura y esa fragilidad de ser dos. “Hace tiempo que renunciaron a ser sólo uno” (HORNSTEIN, 2011).

Amar supone lidiar con la angustia a perder un lugar privilegiado. André Comte-Sponville señala: “El envidioso querría poseer lo que no tiene y otro posee; el celoso quiere poseer él solo lo que cree que le pertenece”. Los celos patológicos se basan en una concepción distorsionada de lo que es una relación afectiva tanto si es amorosa como de amistad. Parten de una concepción primitiva: amar consistiría en poseer y aceptar el amor de un celoso o celosa sería aceptar la sumisión a su enfermiza posesividad. ¿Pero qué querrá decir “poseer” al otro? En verdad, ¿nos adueñamos del otro? Los otros no son pasivos. Como lo sabe el que amó y no fue correspondido. Los celos acarrear sufrimiento, provocan ansiedad por la anticipación de la pérdida. *Los celosos nunca disfrutan de su alegría: se limitan a vigilarla*. El celoso teme que sus cualidades no basten para retener a su pareja. De ahí la necesidad de controlar, intimidar y aprisionar.

DEL DESAMPARO A LA AUTONOMIA

El bebé nace indefenso. El mundo lo abrumba. La madre se dirige a él con un discurso que lentamente se va haciendo comprensible. La madre es vocera e intérprete. ¡Qué avidez la del bebé! Sólo hay necesidad imperiosa. En la madre apenas se nota, hasta tal punto está transfigurada por la ternura. El niño toma; la madre da.

La organización psíquica tiene subestructuras. No son innatas. El yo, el ello y el superyó se construyeron y se siguen construyendo. Podemos describir su construcción, es un camino de ida y vuelta. Antes del yo, el cachorro huma-

ARTIGO

no vive en un mundo indiferenciado, aunque siente los distintos ritmos de su cuerpo, el frío, el calor. Está indefenso⁵. Pero no lo sabe. Sus necesidades son cubiertas por los adultos. El “edificio psíquico” nunca está terminado. Se le derrumban paredes o techos. Se hacen obras de mantenimiento y obras de ampliación. Durante su larga existencia pasa por distintas etapas de habitabilidad. Los sufrimientos neuróticos perturban los vínculos y los logros, es decir, las realimentaciones. Perturban también los proyectos.

Los bebés son prematuros. Si bien no tiene que aprender a volar y cazar por su cuenta tiene que incorporar el mundo cultural, que se transmite por el habla y la escritura. Para lo cual aprenden a observar el semblante de esos seres todopoderosos que lo cuidan. Otra cosa que aprende el bebe es que sus progenitores se alegran o se irritan cuando hace algo. En los padres y en él hay, binariamente, cosas buenas y malas.

El recién nacido recibe muchas escrituras (voces, caricias, gestos, afectos). Esa mirada, esos brazos que acunan, son mensajes, estén o no acompañados de palabras. Saldrá del desamparo si conquista la autonomía. La crianza consiste en dar a un hijo primero raíces (para crecer) y luego alas (para volar). Algunos niños experimentan un equilibrio entre protección y libertad. Otros, una sobreprotección que los infantiliza.

La etapa del narcisismo es idílica. Uno está inmerso en el mundo sin siquiera saber que existe el mundo. El niño es echado del Paraíso. Y entra en la sociedad humana. La subjetivación es un proceso continuo de interiorización la lengua que hablo, las categorías de la experiencia sensible o del pensamiento de las que me sirvo, la presión de las comunidades, la pertenencia a un género, una clase.

En esta historia con muchos protagonistas, también del lado de los padres ocurren cosas. El bebé va dejando de ser una novedad, el milagro de que en un lugar vacío ahora hay alguien y muy importante. El padre y los hermanos, si los tiene, reclaman más atenciones de la madre. La madre echa de menos lo que era ser mujer sin ser madre.

El yo ideal, que comenzó respondiendo al deseo materno, avanza en su construcción identificatoria⁶. Y puede avanzar porque múltiples relaciones produjeron identificaciones con aquellos que sustituyeron a las figuras parentales, porque las propuestas del discurso social devinieron enunciados identificantes. El ideal del yo implica proyecto, rodeo, temporalidad. Frustraciones y gratificaciones “óptimas” impulsan al niño a desprenderse de ciertas satisfacciones y lograr otras. El ideal del yo articula narcisismo y objetividad, principio de placer y de realidad.

El yo tiene como referencia su propia historia, pero también las miradas ajenas: articulando su propio reconocimiento y el reconocimiento que le brindan los otros. Las imágenes que “devuelve” el otro acerca de quién es yo logran hacer menos angustiante la interrogación. Pero la duda está siempre presente y las certidumbres acarrear el riesgo de cierta mutilación de la movilidad identificatoria. Cada vez más los enunciados que se refieren al yo y lo definen ya no dependen del discurso de un otro, sino del “discurso del conjunto” (AULAGNIER, 1975).

El bebé está enfrentado a una doble exigencia: la del cuerpo (lo pulsional) y la de la madre, de la cual demanda amor. Esta polaridad tensional se va complejizando: lo pulsional deviene campo del deseo estructurado según las leyes del proceso primario. Pero hay otro registro que no se puede obviar: el del narcisismo. Freud lo enunció: placer en un sistema, displacer en el otro. Placer, valor, realidad marcarán los bordes al conflicto. El psiquismo tiene varios “atractores”, cada uno con su origen histórico: demandas pulsionales, exigencias superyoicas y apremios de la realidad⁷.

Los otros van cambiando. Apenas nacidos, somos pura necesidad. Enseguida conocemos el placer de ser mimados. Después tenemos relaciones amorosas y sexuales. Después el placer del trabajo y de otras actividades. No se trata de una transición natural, sino regada por el lenguaje, la simbolización, la creatividad, que los otros nos procuraron hasta que estuvimos en condiciones de procurárnosla por nosotros mismos.

El niño va por más. Exige nuevos espacios. El primero es el familiar. Luego es, para el niño, la escuela ; para el joven, los amigos, y para el adulto, el medio profesional. Un tercer espacio es lo histórico-social y, en particular, una subcultura con la que se comparten intereses, exigencias y esperanzas. Y si no queremos vivir en una burbuja, veamos qué sucede en las distintas zonas de nuestro país y en las distintas capas sociales.

¿Cuáles son las condiciones de producción de subjetividad, por qué uno es lo que es? La cultura trama prácticas, discursos, sexualidad, ideales, deseos, ideología y prohibiciones. Y a la vez la cultura las destrama. La subjetividad es biológica y simbólica. Lo histórico social impregna al niño desde el nacimiento mediante un conjunto de ideologías y prácticas que incluyen normas, valores, lenguajes, herramientas y procedimientos.

Una teoría del sujeto debe dar cuenta del pasaje-proceso desde la indiferenciación narcisista hasta la aceptación de la alteridad y del devenir. Lo hará concibiendo al sujeto no sólo identificado sino identificante; no sólo enunciado sino enunciante; no sólo historizado sino historizante; no sólo sujetado sino protagonista (Hornstein, 2000)⁸.

El sujeto de la modernidad ya no existe y no hay por qué resucitarlo. Era alguien conciente, transparente para sí mismo y dotado de libre albedrío, al menos en una versión rosa y retrospectiva. Hoy el sujeto flota en un mar de contradicciones. Las coerciones son muchas y variadas. Debe elegir dentro del espacio creado por las contradicciones que lo atraviesan. Nosotros, como profesionales, tenemos que elegir cuidadosamente las palabras. “Libertad”, como “felicidad”, dice tanto que en cierto sentido termina por decir muy poco. ¿Es libre un deprimido o un habitante de Buenos Aires? Mejor preguntémonos (y contestemos) cuáles son sus “márgenes de maniobra”.

SUFRIMIENTOS Y MALESTARES CULTURALES

Abordar los sufrimientos actuales implica considerar las dimensiones subjetivas de los procesos sociales. La tarea concierne a diversas disciplinas.

¿Podremos intercambiar? Vean la lista de los autores leídos por Freud: poetas, filósofos, médicos, historiadores, políticos, biólogos. Vean cómo mantiene el timón en el mar embravecido de tanta lectura, que a otro llevaría al eclecticismo o a la dispersión. Un caso de coraje frente al cambio (se habla tanto de miedo al cambio).

Hay malestares en la cultura, y éstos, los nuestros, generan a veces un remordimiento erotizado cuando el psicoanalista se siente inerte si no valoriza al pensamiento como instrumento crítico-creador. El psicoanálisis tiene autonomía relativa; pero si no se establecen fecundos intercambios con aportes procedentes de otras disciplinas, esa autonomía corre el peligro de convertirse en autismo. Es en esas fronteras en que las pertinencias de los distintos discursos se encuentran donde se debe eludir la tentación de suplir las carencias conceptuales mediante la utilización de nociones vagas usadas en forma retórico-analógica.

Freud y su obra configuran una identificación que remite a una filiación simbólica⁹. Heredamos una tradición, cuyo núcleo es una identificación con la modalidad de interrogación de Freud: “No creo más en mi neurótica”. Ese no creer, ese no quedar fijado a lo ya dicho-ya escrito, no anuncia apatía sino creación. “Ya no creo en mi neurótica pero tengo la sensación de un triunfo más de que una derrota” (1897). Anticipa un conocimiento ulterior como premio a un trabajo intelectual que no evita la autocritica referida a lo pensado, pero no a lo pensante; referida a lo descubierto, pero no a aquello por descubrir.

No nos resignemos a ser alelados discípulos crónicos, ni a deponer el entusiasmo, la pasión. Hay pasión cuando nos identificamos con ese Freud dispuesto a cuestionar lo dado, nunca sentado en los laureles. En cambio, si nos dejamos achatar por el gran hombre, la pulsión de saber será reemplazada por la idealización. Hay beneficios secundarios para el psicoanalista que idealiza: elude un duelo y un trabajo, que angustia cuando todavía no es coronado por una producción. El deseo de no tener que pensar es la victoria de la pulsión de muerte que convierte al pensamiento en ecolalia. Nace de una agorafobia intelectual y de un anhelo de seguridad en las certezas “teóricas”¹⁰.

El análisis de la influencia de los condicionamientos sociales sobre la historia individual esclarece los conflictos “personales”. Permite deslindar los elementos de una historia propia y los que comparte con aquello que están inmersos en similares contradicciones sociales, psicológicas, culturales y familiares. Lo social ofrece un entramado que sirve de soporte al individuo pero también gravita en la multiplicidad de sufrimientos que aquejan a nuestros consultantes. Los duelos masivos y traumas hacen zozobrar vínculos, identidades y proyectos personales y colectivos (Hornstein, 2006).

Vivir en la “sociedad de riesgo” (BECK, 1998) es enfrentar niveles de incertidumbres que cuando sobreapasan cierto monto hacen imposible imaginar un futuro. Frente al estallido de las normas tradicionales, el individuo no cuenta con una guía unívoca. Se le exige ser exitoso en diversos registros: económico, estético, sexual, psicológico, profesional, social, etc. En un mundo fascinado por el éxito, el rendimiento y la excelencia, hay tensiones fuertes entre

las metas y los logros y ello genera sufrimientos diversos.

Vivimos en lo efímero, la obsolescencia acelerada. Un modo bursátil de vivir, a la *Wall Street*. Hoy “se usa” un aire juguetón de ligereza, el compromiso *light*. Algo falla en el *pum para arriba*, que necesita drogas diversas, anabólicos, bebidas energizantes. Este “politeísmo de los valores” al decir de Max Weber, esta ausencia de brujulas éticas ¿qué sufrimientos genera? Fugacidad y frivolidad de los valores. ¿En qué o en quiénes podemos creer hoy? ¿Cómo orientarnos en este laberinto? Esa crisis no es sólo la de los marcos morales heredados de las grandes confesiones religiosas, sino también la de los valores laicos que les sucedieron (ciencia, progreso, emancipación de los pueblos, ideales solidarios y humanistas). Algunos buscan una restauración retornando a los valores tradicionales (nacionalismo, familiarismo, fundamentalismo, integrismo) o en la búsqueda de ideales *new age*. Ya no hay tampoco una tradición indiscutida de la familia (las hay ampliadas, nucleares, monoparentales, homosexuales, etc.) (Hornstein, 2011).

ÉTICA Y MORAL

No hay una facultad “natural” que permita distinguir entre el bien y el mal. La ética no es innata sino adquirida. Le es impuesta al niño por un dictamen exterior, que paulatinamente irá haciendo suyo. Los padres bajan línea. A veces como vicarios de leyes que están en la cultura a veces como déspotas caprichosos.

El superyó es la internalización de deseos y tabúes, anhelos y prohibiciones. Tiene historia, es cambiante. El superyó “alberga la conciencia moral, la autoobservación y el ideal del yo”, escribió Freud en 1932. Hace juicios, distingue entre “bueno” y “malo”. Y no cuenta para hacerlo con ninguna facultad “natural”. Un trabajo de simbolización lo despersonalizó y al alejarlo de los objetos parentales le dio una dinámica centrífuga. “Lo malo es en, un comienzo, aquello por lo cual uno es amenazado con la pérdida” (FREUD, 1930). La autoridad se instrumenta otorgando o negando amor. Las aspiraciones acerca de lo que se debe ser y tener (ideal del yo), así como las consignas acerca de lo que no se debe hacer (superyó) están delimitadas por las aspiraciones parentales e históricos-sociales.

A esto se lo denomina “condicionalidad del amor expresado”. Lo que diferencia los distintos tipos de amor es que sea sin condiciones (haga el niño lo que haga) o con condiciones (depende de cualidades del niño). En el primer caso, el niño entiende que es amado pero este amor incondicional no lo prepara para provocar amor en personas distintas a sus padres: es el niño “mimado” (Freud, 1927). En el segundo caso, el niño sabe que el amor recibido depende (en parte) de sus características y acciones.

Las normas morales cambian de una sociedad a otra. No existe ni nunca existió una sociedad sin valores. Esos valores están y conforman la sociedad y la subjetividad. Los valores han sido desmitificados, relativizados y despreciados. Se los acusa de contingencia y de versatilidad. Pero, paradójicamente, esos muertos están vivos y la noción de valor se escribe entre líneas, cada vez más,

en nuestros discursos (Binde, 2006).

Las sociedades contemporáneas cultivan dos discursos contradictorios. Por un lado, quisieran revitalizar la moral; por el otro, exhiben su costado decadente: aumentan la delincuencia, la violencia, el narcotráfico, la drogadicción, los delitos financieros, la corrupción política y económica.

A partir de la Ilustración, los modernos sentaron las bases de una moral independiente de los dogmas religiosos, exaltando el ideal ético magnificando la obligación del sacrificio de la persona en el altar de la familia, la patria o la historia. Desde mediados del siglo XX surgió la sociedad posmoralista, que repudia el deber y propicia la felicidad.

La modernidad se caracteriza por dos fenómenos: a) En la vida cotidiana, la desaparición de “Dios” como explicación del mundo y el despliegue de la ciencia y la tecnología, la masividad de la educación superior y la revolución de la información y la comunicación que otorgan un lugar central a la vida intelectual. b) Un estado de inquietud provocado por las conmociones continuas, tanto tecnológicas como sociales, políticas y culturales. Sintetizando sus ejes son: 1) La certeza de que la ciencia es infalible. 2) La apología del desarrollo tecnológico. 3) La absolutización de la razón. 4) La creencia de que el progreso es lineal e ininterrumpido.

Los postmodernistas dicen que los grandes relatos han muerto¹². Es cierto que nadie cree ya en un Progreso que desemboque en una suerte de paraíso terrenal. En la postmodernidad se rechazan las certidumbres de la tradición y la costumbre, que habían tenido en la modernidad un papel legitimante. El pensamiento postmoderno atrajo al comienzo a las minorías (mujeres, afroamericanos, homosexuales, etc.), con su entusiasmo por el derecho a ser diferente. Sigamos buscando, porque el mero alentar las diferencias nos conduciría a un pulular de soledades. “Dios ha muerto, el sujeto ha muerto, y yo no me encuentro nada bien”, decía un grafiti.

Confundir moral y ética es suprimir la libertad. El sujeto ético no se somete a reglas por temor a una sanción, sino porque está convencido de su valor y de su legitimidad. Y esta adhesión es lo que confiere a la ética toda su fuerza. Foucault define la ética como una forma de relación del individuo consigo mismo que le permite constituirse en sujeto de una conducta moral. No define la ética en relación con una ley, lo que sí sucede en el caso de la moral. El sujeto moral debe ajustarse a una ley preexistente, mientras que el sujeto ético se constituye sólo por su relación con la ley a la que adhiere. En la ética así definida, la libertad retoma sus derechos, incluidos los de desobedecer cualquier ley, reglamento u orden que fueran contrarios a su ética. La “obediencia debida” en tal caso no tiene cabida.

La ética no le dice a un individuo lo que debe hacer, no le exige aprobar una visión del mundo; a lo sumo, le indica en qué casos tiene el deber de decir no. La ética y la moral pueden enfrentarse y permitir así a cada individuo el ejercicio de su libertad.

La moral es un discurso normativo e imperativo que opone el Bien y el Mal, considerados como valores absolutos o trascendentes. Está formada por obligaciones y prohibiciones: es el conjunto de nuestros deberes. La moral responde a la pregunta: “¿Qué debo hacer?”. Se pretende una y universal. Una ética responde a la pregunta: “¿Cómo vivir?”. Siempre es relativa a un individuo o a un grupo.

SUFRIMIENTOS, CONFLICTOS Y DSM IV

Si uno no mira para otro lado, la clínica lo confronta con los sufrimientos del paciente actual, que no es el de Freud ni el de Lacan. Nuestro paciente presenta un cóctel con algunos de los siguientes indicadores: oscilaciones intensas de la autoestima y desesperanza, apatía, hipocondría, trastornos del sueño y del apetito, ausencia de proyectos, crisis de ideales y valores, identidades borrosas, impulsiones, adicciones, labilidad en los vínculos, síntomas psicósomáticos.

Marean la cantidad de partidos que se presentan a las elecciones, la cantidad de corrientes psicoanalíticas y psicoterapéuticas no psicoanalíticas, la cantidad de indómitos sufrimientos que no se dejan arrear fácilmente a los tres corrales (neurosis, perversión, psicosis). Ante el mareo hay soluciones baratas y caras. Las caras evitan el reduccionismo pero nos obligan a pensar.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM, es uno de los intentos de evitar el mareo. Fue ideado para encontrar un mínimo común divisor, un esperanto, entre distintas corrientes de la psiquiatría y la psicología. Soslayando el conflicto instaló la paz, una paz que se parece a la del sepulcro.

Esquemáticamente, hay dos psicopatologías. Una admite causas y la otra no. Entre las que admiten causas e investigan cómo dilucidarlas, está la psicopatología psicoanalítica. Sin descuidar los síntomas, se zambulle en la turbulencia de los conflictos. Hace más de cien años que navega. La otra psicopatología es de orientación neokraepeliniana. Pone entre paréntesis o directamente omite la interrogación sobre cómo llegamos a lo que llegamos, para soslayar los desacuerdos intenta elaborar criterios estandarizados que describan síndromes. Su monumento es el DSM.

A veces los diagnósticos hacen olvidar que estamos en una intrincada selva y no en un cómodo safari. La psicología se ocupa de pasiones y sufrimientos. El DSM IV no ha logrado aquietarlos, los ha anestesiado mediante categorías que tranquilizan al psiquiatra, pero no aquietan las tormentas subjetivas.

La clasificación del DSM-IV no tiene en cuenta personas sino “síndromes”. Es una clasificación *ateórica* y *descriptiva* porque solo hace un inventario de síntomas. La finalidad del DSM IV es mejorar la *fidelidad*. La fidelidad permite que ante un mismo paciente dos clínicos arriben a un mismo diagnóstico y es una condición para la investigación epidemiológica. Se necesitaba disponer de herramientas para seleccionar a los pacientes que participarían en los ensayos

clínicos, a fin de probar nuevos medicamentos psicotrópicos¹².

La psicopatología es tan sólo un bosquejo que ayuda a aprehender algo de una realidad que se resiste al intento de encasillamiento. “Ya la primera mirada nos permite discernir que las constelaciones de un caso real de neurosis son mucho más complejas de lo que imaginábamos mientras trabajábamos con abstracciones” (FREUD, 1926).

Los casos “puros” no abundan. ¿Existe la pureza? Todo lo que vive ensucia, todo lo que limpia mata. El agua pura es agua sin mezcla, y, por lo tanto, es un agua muerta, lo cual dice mucho sobre la vida y sobre una cierta nostalgia de la pureza.

EL SUFRIMIENTO DEPRESIVO

Para muchos autores las depresiones son “el mal del siglo” y responsabilizan al estrés y a la crisis de ideales de la sociedad contemporánea. Y ante ello, la sociedad entera (no sólo los laboratorios) ofrece al sufriente soluciones mágicas. Los útiles medicamentos antidepresivos se convierten en artificiales píldoras de la felicidad y en un medio carcomido por la droga los deprimidos se vuelven “toxicómanos legales”. Tal vez porque se desprecia la tristeza, se prescriben antidepresivos incluso a los meros desdichados.

La tristeza es un sentimiento fundamental así como la alegría. Si en la alegría nos sentimos plenos, en la tristeza hay una pérdida de vitalidad. La depresión y la tristeza, ambas, implican una pérdida o el fracaso de un emprendimiento personal. Pero son diferentes. La depresión implica una disminución de la autoestima y la tristeza no. Por eso postulé la autoestima como indicador. La autoestima, esa noción mal mirada¹³. E insistí en la noción de *valor del yo*. Para poder entender las depresiones, hay que estar atentos a la relación yo/superyó, a los baluartes narcisistas y la tramitación de duelos y traumas. (Hornstein, 2006).

El amor no tiene un meollo. La depresión tampoco. Es decir, los fenómenos psíquicos (las depresiones, el amor, etc.) son complejos. El terapeuta puede establecer una cabeza de playa, pero no desembarca en Normandía. Desembarca, por ejemplo, en el tramado del sujeto con sus valores y metas. Y desde allí sigue explorando.

La autoestima es un estuario turbulento. No es para menos, porque los ríos que desembocan en ella son la infancia, las realizaciones, la trama de relaciones significativas, pero también los proyectos (individuales y colectivos) que desde el futuro nutren al presente. La hacen fluctuar la sensación (real o fantaseada) de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las aspiraciones y los logros. Al mismo tiempo, la satisfacción pulsional aceptable para el ideal (directa, inhibida en su fin) y la sublimación la elevan. Así como la imagen de un cuerpo saludable y suficientemente estético. Y al mismo tiempo la afectan la pérdida de fuentes de amor, las presiones superyoicas desmesuradas, la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo. Y naturalmente, las enfermedades y los cambios corporales indeseados.

La autoestima es lo que pienso y siento sobre mí mismo, no lo que piensan o sienten otras personas acerca de mí. Mi familia, mi pareja y mis amigos pueden amarme o admirarme y aun así puede que yo me vea como alguien insignificante. Puedo ofrecer una imagen de seguridad y aplomo y aun así temblar por sentirme inadecuado. Puedo satisfacer expectativas de otros y aun así sentirme un fracasado. Conseguir el éxito sin lograr una autoestima consolidada es sentirse un impostor y sufrir esperando que la “verdad” salga a la luz. El síndrome del impostor es crónico en personas con baja autoestima que piensan que no merecen el reconocimiento logrado¹⁴.

¿Quién soy? ¿Cuáles son mis cualidades? ¿Cuáles son mis éxitos y mis fracasos, mis habilidades y mis limitaciones? ¿Cuánto valgo para mí y para la gente que me importa? ¿Merezco el afecto, el amor y respeto de los demás? ¿Estoy trabajando bien? ¿Descuidé a mis personas queridas? ¿Aporto algo a la comunidad? ¿Mi vida es acorde a mis valores?

La autoestima resulta del entramado nunca fijo, siempre renovándose, de reconocimientos y proyectos compartibles y compartidos. Es posible tener una buena autoestima en el terreno intelectual que contrasta con una frágil en lo afectivo. Contiene facetas con cierta autonomía: laboral, afectiva, intelectual, corporal, sexual. Es difícil que ciertos fracasos no irradian sobre otros sectores. Por suerte, también irradian los logros.

En las personas con baja autoestima el temor a engañar a los demás transforma los aplausos en dudas constantes. Se dedican más a la protección de su autoestima que a su despliegue, más a la prevención de los fracasos que al asumir riesgos.

Las personas se evalúan a sí mismas según su habilidad en la ejecución de tareas, su concordancia con los patrones éticos y estéticos, la forma en que otros las aman o aceptan y el grado de poder que ejercen. La estima malherida se repara. Como las ciudades europeas después de la guerra. Se repara o se reconstruye. Cuando se reconstruye es porque algo había quedado: el terreno.

¿Por qué la angustia frente a la pérdida de amor del superyó es tan avasallante en las depresiones? Entender su predominio implica dilucidar cómo se construyen el yo, el superyó y el ideal. En las depresiones dos elementos nunca faltan: una pérdida y la consecuente herida narcisista. El trabajo del duelo se traba. Si predomina lo mortífero, lo actual será apenas sombra. Fijaciones excesivas, duelos no elaborados, predominio de la compulsión de repetición, viscosidad libidinal, son distintos sitios donde podemos detectar y desactivar lo mortífero.

Los deprimidos presentan múltiples sufrimientos: pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. La inhibición y la pérdida de interés son los síntomas clave. Otros signos y síntomas son los cambios en las funciones cognitivas, en el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito y la actividad sexual).

Cuando hablan los deprimidos muestran una visión pesimista de sí mismos y del mundo. Y en su fuero interno sienten impotencia y fracaso. Hay pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual). La existencia pierde sabor y sentido. Están agobiados y ansiosos. En tanto agobiados buscan estímulos. En tanto ansiosos buscan calma, como un insomne busca dormir. Lo dicen o lo dan a entender. *“No tengo futuro”*. *“No tengo fuerzas”*. *“No valgo nada”*. Están agobiados por todas partes: la temporalidad, la motivación, el valor.

No siempre el varón expresa la alteración del estado de ánimo a través de síntomas psíquicos como la tristeza, la labilidad emocional o la ideación depresiva. Por eso la depresión masculina puede pasar inadvertida cuando el profesional no advierte que se está manifestando como fatiga, astenia, dolores difusos, cefaleas, insomnio, pérdida de peso. Incapaces de identificar las emociones y expresarlas con palabras, sólo mencionan síntomas físicos. Mas que tristeza lo que predomina es la irritabilidad. No todos los hombres deprimidos son “calladitos” y viven en mortecino abatimiento. Algunos ocultan el vacío interior con el ruido de la violencia, el consumo de drogas o la adicción al trabajo.

Algunos pensadores del primer mundo y la “opinión ilustrada” no ven con buenos ojos encontrar diferencias entre varones y mujeres, como si el encontrarlas implicara su naturalización. Las investigaciones sobre los géneros se preguntan por las condiciones de producción socio-históricas de la subjetividad. El género no es universal sino propio de determinada cultura. Los varones son criados en nuestra sociedad para ser exitosos y restringir la expresión de emociones. Deben controlarse y son forzados a expresarse mediante la agresión. Ser “fuerte” significa soportar dolor físico y psíquico, y desvalorizar los afectos, en particular la tristeza. “Ser fuertes” es encarar la adversidad sin demostrar emociones (señal de debilidad). “La depresión y sus manifestaciones serán una oportunidad para lograr un nuevo modelo de masculinidad en que sea posible la expresión de afecto y ternura” (HORNSTEIN, 2011).

SUFRIMIENTOS: ENTRE EL REDUCCIONISMO Y LA COMPLEJIDAD

Agradezcamos a los filósofos de la teoría de la complejidad que nos ayudan a pensar lo actual, en la teoría y en la clínica, como nunca fue pensado antes. La causalidad recursiva reemplaza la linealidad causa-efecto. Los productos son productores de aquello que los produce¹⁵.

La subjetividad no está aislada ya que interactúa con el medio a través de un constante intercambio. La noción de internalización era muy cómoda. Hoy por hoy es insostenible. Pero ya en en *“Duelo y melancolía”* Freud (1920) había postulado que el sujeto está en un proceso de autoorganización, lo que hoy llamamos un sistema abierto. Freud lo dijo. No es una lectura proyectiva. Si no lo escuchamos, si lo escuchamos pero no lo entendimos, si no lo pusimos en práctica, fue porque no pudimos.

¿Cómo escapar al reduccionismo, es decir a la simplificación excesiva en el análisis o estudio de un tema complejo? Para la ideología reduccionista en

biología (*biologicismo*), la subjetividad sería consecuencia de la constitución genética. La ideología reduccionista en psicología (*psicologismo*), hace oídos sordos a los aspectos corporales y a los socio-históricos. El *sociologismo* no considera lo psíquico ni lo corporal.

En la última década los avances de la genética han sido apabullantes. Hay un gen para cada aspecto de nuestras vidas: para la salud y la enfermedad, para la criminalidad, la violencia y hasta para el “consumismo compulsivo”. Para el biologicismo los sufrimientos psíquicos no tendrían que ver con el desempleo, la brecha entre riqueza y pobreza extremas, las injusticias sociales o las formas enfermantes de convivencia. Desmiente así los problemas subjetivos o sociales al pensar solo en causalidades biológicas.

Se ilusionan con que la genética nos daría la clave para pensar el devenir. El conocimiento de los 3000 millones de nucleótidos que forman el genoma humano constituiría la última etapa del conocimiento de lo viviente. El objetivo es convencer al público de que las enfermedades para las que no se ha encontrado una causa microbiana o viral tendrían un origen genético que se acepta matizar con consideraciones sobre el modo de vida (alimentación, cigarrillo, actividad física, ansiedad o depresión).

¡Qué alivio sería encontrar un gen del sufrimiento como lo sería dar con un gen de la felicidad o del fanatismo! La vida tendría la linealidad de un programa: estaría inscrita, en la arborescencia del ADN. Habría ansiosos impregnados por la adrenalina y la serotonina y habría atontados con el cerebro inundado de dopamina. Sin embargo, el misterio del sufrimiento psíquico no se reduce a la genética. La vida tiene la estructura de una promesa, no de un programa. El azar desbarata códigos biológicos y sociológicos.

Por supuesto que lo biológico no debe ser excluido, más allá de la propaganda de las empresas farmacéuticas. Los sujetos no son espíritus libres restringidos solamente por los límites de la imaginación o por los determinantes socioeconómicos. Pero tampoco son máquinas replicadoras de ADN. Son efecto de una interacción constante entre “lo biológico” y “lo social” a través de la cual se construye la historia.

Los sufrimientos deben ser abordados desde el paradigma de la complejidad considerando la acción conjunta de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos, la enfermedad corporal, las condiciones histórico-sociales, las vivencias, el funcionamiento del organismo sin descartar los desequilibrios bioquímicos.

Los pacientes fragmentados por los especialistas devienen presos del nomadismo de los hipocondríacos y van de consulta en consulta. Son escépticos que no creen en ningún tratamiento pero que los prueban todos, acumulan homeopatía, acupuntura, hipnosis y alopatía. Pero no es imposible encontrar al profesional que dialoga. Será la oportunidad de compartir su sufrimiento e inscribirlo en la trama de una historia personal.

¹ El alcoholismo y las adicciones, pueden ser la otra cara del sufrimiento depresivo. Depresión y adicción forman un círculo vicioso. Se busca la euforia artificial para escapar del vacío pero el alivio es pasajero. El daño, en cambio, es duradero y acentúa el sentimiento de culpa o de inferioridad. El alcohol es un desinhibidor que facilita el paso a la acción, pero sus efectos depresógenos son múltiples: biológico (perturbación de los neurotransmisores) sociales (vergüenza y rechazo social) y psicológicos (alteración de la autoestima). ¿Por qué un alguien empieza a consumir droga? Porque la sociedad valoriza el vértigo y la excitación y porque los narcotraficantes tienen mucho dinero y pagan publicidad, jueces, abogados, etc. Porque sus amigos han probado y él no se anima a ser diferente. Porque sus ídolos consumen.

² La identidad no es un estado sino una búsqueda. Es un tejido de lazos complejos y variables. Un concierto, no siempre armónico de narcisismo, identificaciones, conflictos, versión actual de la historia, la repetición y todo aquello que participa en la constitución del sujeto. La identidad requiere ciertos puntos de referencia, sin los cuales flotaríamos en el vacío (Rother Hornstein, 2006).

³ Para algunos psicoanalistas, no todos los vínculos actuales significativos tienen relación con lo inconsciente, lo que implica la concepción de un yo autónomo. Otros conciben los vínculos actuales como repetición de los objetos fantaseados. Presentan al psiquismo como un sistema cerrado, tal vez porque la perspectiva es solipsista. Postulo los vínculos actuales como formaciones de compromiso. No hay relación actual significativa que no sea soporte de transferencias y que no remita a la realidad psíquica y, por lo tanto, a la historia. Vincularse con objetos actuales supone un trabajo psíquico de articulación entre objeto fantaseado-pensado y objeto real. No hay autonomía del yo en relación con su historia. Pero tampoco hay autonomía del yo en relación con su realidad actual. Si la hubiera, más que autónomo, el yo sería autista.

⁴ Gracias al narcisismo trófico, el yo mantiene la cohesión, la estabilidad (relativa) del sentimiento de sí y la valoración del sentimiento de estima de sí. El narcisismo trófico nutre al psiquismo: conforma al yo, los ideales, las ilusiones y los proyectos. (Hornstein, 2000)

⁵ Al que estudia, la metapsicología le permite sistematizar una noción, explicitarla, aclararla, observar contradicciones. A Freud le permite inventar nociones y articularlas. Y eso hace con el yo. Desde el punto de vista tópico, depende de las reivindicaciones del ello, de los imperativos del superyó y de las exigencias de la realidad. Desde el punto de vista dinámico, representa el polo defensivo del conflicto que pone en marcha una serie de mecanismos de defensa activados a partir de la señal de angustia. Desde el punto de vista económico, permite el pasaje de la energía libre (proceso primario) a la energía ligada (proceso secundario).

⁶ La madre imagina por anticipado para su hijo un proyecto que lo ubica como padre o madre futuro. El niño hereda, entre otras, dos relaciones libidinales: la de la madre con su propio padre y la que vive con aquél al que le dio un hijo. El padre es un referente que garantiza que el discurso materno con sus deseos, sus anhelos, sus exigencias, sus prohibiciones sean acordes a lo socio-histórico.

⁷ La madre tiene una función frente a las cantidades desorganizantes que vienen de adentro del cuerpo. Entonces está esa madre que sabe reaccionar: el bebé tiene hambre y está presente, puede comprar leche o no puede comprar leche. Ahí tenemos otro tema que siempre se dijo: todos sabemos que la necesidad está satisfecha, el problema es el deseo. ¿El 20% de la humanidad no tiene las necesidades satisfechas! Entonces, ¿cuál es el efecto que el sufrimiento en lo autoconservativo tiene en lo psíquico? Dejemos de lado esta cuestión (pensar el efecto sufrimiento a nivel de la

desnutrición, o de la mala nutrición) pensemos ahora en la madre como aparato protector antiestímulos, tanto los estímulos que vienen del cuerpo como los que vienen de lo social.

⁸ El sujeto es un sistema abierto en tanto lo autoorganizan los encuentros, vínculos, traumas, realidad y duelos. Es un sistema casi cerrado, en algunas patologías (melancolía, paranoia). Y todo sujeto tiene algo de sistema cerrado. Al sistema cerrado lo debemos distinguir del “sujeto encerrado” por teorizaciones que postulan que no hay novedades ni azar.

⁹ El trabajo de filiación implica abrir un futuro al pasado, oponiendo un olvido pasivo al olvido activo. El pasivo es el de los fundamentos. Perpetúa todo lo que tiene un valor de origen. El olvido activo es lo que Nietzsche denominó la fuerza del olvido. Ese “hacer lugar a lo nuevo” cumple una función liberadora, evitando la parálisis debido al exceso de memoria.

¹⁰ Pensamientos vivos. Son superficies sensibles, pieles apenas rozadas, oscuros repliegues; s que un cuerpo de pensamientos, bonachón y entrado en carnes, una zona de contactos de fronteras erosionadas. Basta una sola cita, un argumento ajeno repetido, un libro mencionado o una obra entera para el borramiento de su nombre propio. Su circulación, su desviación, su transferencia a un lugar lejano al contexto que los vio nacer y la audacia misma de sus usos, contrariamente a las instrucciones de uso de una didáctica de los textos, integran en su conjunto – después de abandonar a su autor, pero antes de ser embalsamados por un corpus – toda la erótica del pensamiento [...]. Se abre así una zona de no-derecho entre censores de origen y propietarios futuros, una zona llena de intersticios al amparo de la cual, lejos de los guardianes de la Obra, los textos serán puestos en práctica: se inscribirán a lo largo de ciertas trayectorias, tatuarán cuerpos, inaugurarán prácticas y congregarán comunidades inéditas (Cusset, 2005).

¹¹ La modernidad construía en acero; la posmodernidad en plástico biodegradable. Predominan los objetos descartables destinados a una obsolescencia planificada. La modernidad identificó la inteligencia con la razón, cuya meta es la universalidad, y la posmodernidad con la creación estética, pura diferencia. No tenemos por qué optar.

¹² Los exámenes de laboratorio son imprescindibles en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Pero deben ser sustituidos por un consenso de expertos en otros campos médicos, como el de los factores de riesgo (el índice de colesterol, la tensión arterial, etc.). ¿En qué niveles deben ser vigilados y tratados? La menor modificación en un sentido o en otro se traduce en miles de millones de dólares de más o menos para la industria farmacéutica. Es importante que las decisiones no se tomen ni en el interés exclusivo de la industria farmacéutica ni para reducir las obligaciones de reembolso de la medicina prepaga o de las obras sociales.

¹³ Utilizo el término “autoestima” y “sentimiento de estima de sí” como traducción de Selbstgefühl (término utilizado por Freud en “Introducción del narcisismo”). Autoestima comprende, por un lado, la calidad de lo propio (auto); por otro, “estimar” proviene del latín aestimare. María Moliner atribuye a “estimar” dos series semánticas: apreciar, valorar, reconocer el mérito, que remite al afecto, mientras la otra serie remite al discernimiento y al juicio: creer, juzgar, evaluar. Selbstgefühl tiene dos significados. Uno es la conciencia de una persona respecto de sí (sentimiento de sí) y el otro es la vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales (sentimiento de estima de sí). Éste puede ser vivenciado como positivo (orgullo, vitalidad) o como negativo (culpa, vergüenza, inferioridad) (HORNSTEIN, 2000)

¹⁴ Véase Autoestima e identidad (HORNSTEIN, 2011).

¹⁵ “Freud fue un precursor de las teorías de la complejidad. Eso pasó casi desapercibido, puesto que las teorías que elaboraron sus sucesores parecen haberla desconocido. Hoy se va abriendo camino, subrepticamente, cierto retorno al pensamiento lineal. El porvenir dependerá de la forma en que los psicoanalistas partan al encuentro de ese pensamiento de la complejidad” (GREEN, 2010).

ARTIGO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AULAGNIER, P. **La violencia de la interpretación**. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- _____. Condenado a investir. En: **Revista de la APA**, 2-3, 1984.
- BECK, U. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Barcelona: Paidós, 1998.
- BINDE, J. **¿Hacia donde se dirigen los valores?** Coloquios del Siglo XXI, FCE, México, 2006.
- BRAUDEL, F. **La historia y las ciencias sociales**. Madrid: Alianza, 1968.
- COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeño tratado de las grandes virtudes**, Buenos Aires: Paidós, (2005) [1995].
- CUSSET, F. **French Theory**. Barcelona: Melusina, 2005.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4ª ed., Washington DC., 1994.
- FREUD, S. (1892-1899). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo I, 1993.
- _____. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XX, 1993.
- _____. (1927) El porvenir de una ilusión. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo. XXI, 1993.
- _____. (1930) El malestar en la cultura. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XX, 1993.
- GREEN, A. **El pensamiento clínico**. Buenos Aires: Amorrortu, 2010.
- HORNSTEIN, L. **Cura psicoanalítica y sublimación**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.
- _____. **Narcisismo, Autoestima, identidad, alteridad**. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- _____. **Intersubjetividad y clínica**. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- _____. La subjetividad y lo histórico social. En: _____. (comp.) **Proyecto Terapéutico**. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- _____. **Las depresiones**. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- _____. **Autoestima e identidad: narcisismo y valores sociales**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2011.
- LERNER, H., STERNBACH, S. **Organizaciones fronterizas**. Buenos Aires: Lugar, 2007.
- NIETZSCHE, F. **Obras completas**. Buenos Aires: Aguilar, 1967.
- ROTHER HORNSTEIN, M.C. **Adolescencias: trayectorias turbulentas**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

O TEMPO NA ESCUTA DO ANALISTA: ENTRE A REMEMORAÇÃO E A CONSTRUÇÃO

THE TIME IN THE HEARING OF THE ANALYST:
BETWEEN THE REMEMBERING AND THE CONSTRUCTION

Silvia Leonor Alonso¹

Resumo: este artigo discorre sobre a diferença entre dois campos na clínica psicanalítica - o da rememoração e o da construção -, que correspondem a duas formas diferentes do funcionamento psíquico, e que solicitam ao analista lugares distintos na escuta. O texto apresenta as formas em que o traumático tramita no psiquismo, historicizando o conceito de *a posteriori* no pensamento freudiano e se referindo aos momentos em que este fracassa, deixando o traumático insistindo na mera repetição. Duas vinhetas clínicas mostram momentos das análises nos quais temporalidades psíquicas diferentes funcionam.

Palavras-chave: Temporalidade, *A Posteriori*, Traumático, Construção, Ressignificação.

Abstract: This article discusses the difference between two fields in the practice of psycho-analysis - that of remembering and that of construction -, corresponding to two different forms of psychic functioning which demand of the analyst distinct listening positions. The text presents the ways in which the traumatic deals in the psyche, historicizing the concept of a posteriori in Freudian thought and referring to times when it fails, leaving the traumatic to insist on mere repetition. Two clinical vignettes show moments in analysis in which different psychic temporalities are functioning.

Keywords: Temporality, *A Posteriori*, Traumatic, Construction, Reframing.

¹Psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise, professora do Curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Autora do livro *O tempo, a escuta, o feminino: reflexões*. Casa do Psicólogo, 2011. Autora em parceria do livro *Histeria*. Casa do Psicólogo, 2002. silviaalonso@uol.com.br

“Cada manhã, ao acordarmos, em geral fracos e apenas semiconscientes, seguramos em nossas mãos apenas algumas franjas da tapeçaria da existência vivida, tal como o esquecimento a teceu para nós. Cada dia, com suas ações intencionais, desfaz os fios, os ornamentos do olvido.”
(W. Benjamin, Obras escolhidas)

Ao longo de nossas vidas, vamos guardando lembranças dos vividos, fragmentos do passado que o nosso eu, na sua inclinação à síntese, encarrega-se de juntar, de ordenar, criando para nós uma ilusão de continuidade; vamos escrevendo uma biografia possível de contar aos outros, ordenada pelos recalcamientos, os excluídos; com rupturas omitidas por nós. Memória construída na dialética

entre lembranças e esquecimentos, como afirma W. Benjamin. Este acervo de memórias nos acompanha e nos tranquiliza em alguma identidade.

É claro que nosso mundo de lembranças é muito maior do que isto; na memória associativa proposta pela análise, uma verdadeira floresta coloca-se a nosso alcance. O trabalho da associação livre arboriza e amplia o acesso, abrindo os lugares fechados pelo recalque, reincluindo as rupturas resultantes dos lutos e explorando o mundo fantasístico com o qual tomamos contato nos devaneios ou no complexo trabalho de elaboração dos sonhos — no qual o sonho manifesto se constrói recuperando ou interpretando os traumáticos.

Certamente, parte do trabalho da análise passa por recordar os esquecidos, “preencher as lacunas de memória”,² diria Freud, o que o leva a construir analogias entre o lugar do analista e o do arqueólogo ou decifrador. Mas nessa viagem de abertura das trilhas associativas, que permitem acolher os pequenos restos que vão sendo incluídos na costura de um sentido, a repetição vai “agindo”, solicitando interpretação, elaboração — *durcharbeiten*, palavra em alemão que vem de *Arbeit* (trabalho) e *Bindung* (ligação do que está desligado). No texto de 1920, *Mais além do princípio do prazer*, Freud afirma: “O enfermo pode não recordar tudo o que nele há de recalcado, talvez justamente o essencial [...] Pelo contrário, vê-se forçado a repetir o recalcado como vivência presente, em lugar de recordá-lo, como o médico preferiria, na qualidade de fragmento do passado. Esta reprodução [...] regularmente é encenada no terreno da transferência” (p.18). Repetição como compulsão da repetição, ideia já esboçada em 1914, em *Repetir, recordar e elaborar*.

O lugar do analista decifrador que procura os esquecidos, a recuperação das lembranças, tem uma presença importante ao longo do texto freudiano, mas certamente se acrescenta a ele sua função de escrevente, aquele que terá que convocar o que, no dizer de Pontalis (1994), está “incrustado” e não escrito, o que está “fora do texto” e “fora do tempo”, assim como figurabilizar aquilo que nunca foi representado e que se manteve como mera impressão sensorial.

DOIS CAMPOS CLÍNICOS, DOIS FUNCIONAMENTOS PSÍQUICOS

Em 1937, Freud publica o texto *Construções em análise*, no qual demarca dois campos diferentes presentes na clínica. Um é o campo da rememoração, no qual se transita lembrando os esquecidos, preenchendo as lacunas de memória, como tantas outras vezes postulara, valendo-se dos pedaços de lembranças que reaparecem nas associações, nos sonhos, nos restos de afetos sufocados e nas repetições na transferência. No entanto, tal trabalho de rememoração tem seu limite; Freud afirma nesse texto que nem tudo é rememorável numa análise e, aquilo que não pode voltar do passado na forma de uma rememoração-lembrança, só poderá “voltar alucinatoriamente”.

No texto, Freud vai abrindo outro campo no interior da análise, o da “convicção”, vivência à qual vai ligando as imagens fortemente investidas³, a emergência da pulsão que fica imantada pela figura e a nitidez “quase alucinatória” da imagem. Esse campo de fenômenos clínicos remete a um campo do psíquico,

que se caracteriza como o do mais pré-histórico, dos vistos e ouvidos quando não se era capaz de linguagem, do desfigurado, que agora tenta fazer-se figura. No mesmo texto, Freud incluirá como trabalho do analista na sessão a construção a partir dos “indícios”.

A figura do arqueólogo é retomada, mas para circunscrevê-la a um espaço pequeno numa análise, na qual o analista e o analisando fazem um trabalho de completar e ensamblar a partir dos restos que, no caso, são restos vivos agindo na transferência. No entanto, a aproximação entre o trabalho do analista e do arqueólogo é limitada, pois, para Freud, o objeto psíquico é extremamente mais complexo do que qualquer objeto material, e a reconstrução não é a meta e sim apenas um pedacinho do trabalho da análise. Assim, um limite fica marcado ao trabalho de rememoração e de reconstrução, que será completado pelo de construção. A analogia que Freud faz do trabalho da construção relaciona-se à alucinação e ao delírio: “É que fui seduzido por uma analogia. As formações delirantes dos doentes me aparecem como equivalentes das construções que nós edificamos nos tratamentos analíticos” (1937b, p.269). Ele está referindo-se à função restauradora de ambos — delírio e construção — na restituição de uma verdade histórico-vivencial dos tempos mais remotos.

O esquecido, o recalcado, o não escrito, o não representado. Tudo isto presente na clínica cotidiana, na qual tanto o atendimento de analisandos com organizações psíquicas diversas quanto os diferentes momentos da análise confrontam o analista com fenômenos clínicos diferentes e lhe solicitam um lugar distinto na escuta.

Um significativo número de analistas contemporâneos tem se empenhado em trabalhar a diferença desses dois campos psíquicos que dão lugar a fenômenos clínicos distintos — ainda quando não haja coincidência nas nomeações. São muitos os que têm pensado as diferenças na clínica, seja na forma de intervenção do analista, diferenciando alguns a “interpretação” da “construção”, outros “as interpretações simbólicas” das “intervenções analíticas”; seja diferenciando os momentos nos quais o trabalho consiste na passagem da representação coisa à representação palavra (interpretação simbólica) daqueles nos quais o caminho é do índice de percepção, do pictogramático (Piera Aulagnier) ou do inscrito como sensação corporal ao campo da figura ou embrião da representação. Da mesma forma, procuram-se diferenciar metapsicologicamente os campos sobre os quais se está trabalhando: o do “representável” e do “irrepresentável”, ou da representação e do indiciático.

Diversos eixos têm sido utilizados pelos analistas para diferenciar esses campos de fenômenos, o eixo das defesas: o do funcionamento ou não do recalque, a diferença do tipo de inscrição psíquica em jogo, a forma de funcionamento da pulsão etc. Eu me valerei do eixo da temporalidade psíquica para mostrar alguns fenômenos diferentes que se apresentam na clínica, assim como o lugar solicitado à escuta do analista. Mas do que estamos falando quando nos referimos ao eixo temporal? Falar do tempo na psicanálise não é falar do tempo da consciência ou da ideia abstrata do tempo, nem do tempo vivido ou cronológico, mas sim de temporalidades diferentes (Alonso, 2011), entendidas como

um tipo de funcionamento mental ou uma dinâmica psíquica, que regem as diferentes instâncias psíquicas, mas que, ao mesmo tempo, predominam em algumas estruturas psíquicas — e isso tem feito falar-se muito, por exemplo, do tempo circular na bulimia, do tempo instantâneo das toxicomanias, da recusa do tempo das perversões, do tempo imediato das neuroses narcísicas e das subjetividades contemporâneas. Não podemos esquecer que Freud, numa das primeiras diferenciações de quadros clínicos, já usava o eixo da temporalidade, caracterizando a neurastenia como neurose *atual*, uma temporalidade sem tempo e diferenciando-a do *tempo do infantil* nas psiconeuroses.

Seguindo então o eixo temporal, diferenciarei dois campos na clínica: um no qual é possível o funcionamento do *a posteriori* e outro que corresponde a seu fracasso. Mas quero deixar claro que o traumático está sempre presente, a questão é como este tramita no psiquismo.⁴

O CONCEITO DE *APRÈS-COUP* NO DESENVOLVIMENTO FREUDIANO

O *après-coup* é um conceito da temporalidade psíquica que quebrou com todos os modelos clássicos sobre a temporalidade e fundou a especificidade da causalidade psíquica na psicanálise. Este termo surgiu da tradução na psicanálise francesa do termo alemão *Nachträglichkeit*,⁵ que na psicanálise inglesa foi traduzido como ação diferida, retardada ou preterida. Em vários momentos do pensamento freudiano, o conceito foi desenvolvido; vou me referir a três deles que me parecem fundamentais. Três momentos nos quais o conceito é retrabalhado de acordo com a concepção da sexualidade postulada em cada época.

1. No caso Emma, no *Projeto de psicologia* (Freud, 1895), o conceito aparece pela primeira vez, surgindo como uma teoria sobre a formação do sintoma neurótico, que se forma numa constelação de traços, e se constitui em dois tempos, nos quais o trauma e o traço se juntam (Green, 2001). Todos conhecemos o exemplo, a menina sofre de uma fobia que a impede de entrar na loja sozinha, após uma situação na qual, tendo entrado numa loja e encontrado os funcionários rindo entre eles, fora tomada por um afeto de terror. Entre o sintoma e a cena existe uma relação pré-consciente. Mais tarde, na investigação, descobre-se uma segunda lembrança: aos oito anos, entrara numa loja e o confeitiro beliscou os seus genitais por cima do vestido. Os elementos comuns das duas cenas são o elemento *riso* (dos funcionários e do confeitiro) e o elemento *vestido*. “A lembrança desencadeia um desprendimento sexual (que não era possível no momento do incidente), que se converte em angústia. Com essa angústia, tem medo que os funcionários possam repetir o atentado e foge” (FREUD, 1895, p.401). Fica assim explicado o sintoma fóbico. Mas o *après-coup* não é só a teoria explicativa da formação do sintoma: o que Freud constrói aqui é uma forma de entender a causalidade e a determinação psíquica na qual não há um passado único determinando um presente, e sim um encontro entre um anterior que ficou no limbo e não se constituiu como passado e um acontecimento traumático atual que o ressignifica. Trata-se de uma teoria da causalidade que quebra a causalidade linear e que mostra a forma de funcionamento da memória no sujeito, de modo que o passado pode o tempo inteiro se ressignificar.

O tempo do *a posteriori* e o tempo da ressignificação, no qual, num momento posterior, algo pode fazer um sentido inexistente até ali, implica portanto algo do processo da simbolização, de passagem e transformação; mesmo que não se deva esquecer que uma das pernas é da ordem do traumático, o *a posteriori* instaura o recalque e faz surgir o sintoma neurótico. Afirmar Freud: “[...] descobre-se que é recalcada uma lembrança e que só com efeito retardado (*nachträglich*) advém um trauma” (Idem, *ibidem*, p.403).

Na medida em que o *a posteriori* exerce no psiquismo uma função de transformação e de criação, permite a passagem a um funcionamento psíquico diferente do que existia até o momento, criando outra possibilidade de tramitação do traumático no interior do psíquico.

No *Projeto* de 1895, o conceito de *a posteriori* inclui como importante, então, uma teoria da causalidade psíquica, reafirma a concepção da retranscrição das inscrições no psiquismo, se configura como um operador de passagem e transformação e afirma sua capacidade simbolizante e recalcante, ou seja, criativa. No entanto, é importante levantar algumas questões: nesse momento, o conceito está muito ligado a um modelo do desenvolvimento; o desconhecimento, então, da sexualidade infantil faz com que as coisas sejam classificadas em termos de um pré-sexual e um sexual, e a puberdade, “com as suas aquisições mais desenvolvidas”, permitiria um funcionamento até ali impossível. Como alerta André (2008), aqui o referente é o *imaturo* e a suposta maturidade tem a ver com o tempo cronológico. Tudo isto terá que caminhar bastante no pensamento freudiano, para levar o conceito de *après-coup* rumo a um referente que é a atemporalidade inconsciente do infantil — não como infância, e sim como funcionamento psíquico —, e da sexualidade no seu caráter traumático.

2. Em 1914, Freud escreve *Da história de uma neurose infantil*, que publica em 1918. Nesse historial, a sexualidade infantil já está descortinada; embora a teoria da sedução ainda se mantenha muito atrelada ao factual, o tempo do *a posteriori* é trabalhado em dois momentos, um acontecido na infância e outro na análise. Ao referir-se à infância do jovem russo, Freud diz que esta pode ser dividida em dois momentos: uma primeira fase caracterizada por sua conduta agressiva e sua perversidade, que se estende dos três anos e 1/4 — momento no qual acontecera o episódio de sedução da irmã sobre ele (Capítulo III) — aos quatro, e uma segunda (dos quatro aos doze anos) na qual predominam os signos da neurose. Será “[...] um sonho do qual se despertou com angústia” (p.28) o que teria operado a separação. “Não foi um trauma externo e sim um sonho”, afirma Freud (Id., *ibid.*). Ou seja, neste caso é um sonho com sua função simbolizante e recalcante que está colocado no segundo momento da construção do sintoma. Já na análise do sonho, isto é, durante o processo de cura, Freud remete à cena primordial, o coito dos pais — reconstrução freudiana — supostamente presenciado pela criança na tenra infância e que teria deixado impressões só compreendidas por efeito retardado na época do sonho (*nachträglich*). Um segundo momento de posterioridade se dará no contexto da análise. Afirmar Freud:

“Este é simplesmente um segundo caso de posterioridade (*Nachträglichkeit*), efeito retardado. Quando tinha um ano e meio, a criança recebeu uma impres-

são perante a qual não conseguiu reagir suficientemente; só a compreende e é por ela capturado quando esta é reanimada aos quatro anos, e só dois decênios depois, na análise, pode captar com uma atividade de pensamento consciente o que aconteceu dentro dele. O analisando prescinde, pois, com razão, das três fases temporais e introduz seu ego presente na situação do passado longínquo” (Idem, p.44).

O sonho aqui, como segundo momento, tem para Freud uma função simbolizante, de transformação dos indícios do primeiro trauma para dar lugar a uma figura — a imagem do lobo na árvore: “ativou uma marca mnêmica de uma cena anterior que estava esquecida e que lhe mostrava este aspecto da satisfação recebida do pai”, e ao mesmo tempo recalcante “em consequência disto surgirá o terror e se imprimirá o recalque da moção pulsional que se figurara neste desejo” (Idem, *ibid.*, p.35).

Em resumo: a) O Homem dos lobos, com um ano e meio, recebe uma forte impressão que não consegue compreender, e à qual também não consegue reagir; b) tal impressão é reanimada aos quatro anos; c) na análise, “o paciente prescinde das três fases temporais e introduz, com razão, seu ego presente na situação do passado longínquo” (p.44).

Lacan, no *Seminário 1*, retoma a análise do historial, afirmando que o acontecimento (olhar a cena do coito dos pais na posição *a tergo*), com seu valor traumático, teria produzido uma efração imaginária que não aparece imediatamente, sendo o sonho de angústia sua primeira manifestação. Lacan introduz uma expressão muito interessante: a *Prägung* — cunhagem da moeda — para designar o que se situa no inconsciente não recalcado, “à margem do sistema verbalizado”, mas também da “significação” e que ressurgirá, à medida que o sujeito avança em um mundo simbólico, no campo das significações. A *Prägung* mesma só é alcançada por um jogo retroativo, um *a posteriori* que permite a reintegração do passado (1981, p.280 e seq.).

3. Quando Freud escreve *Análise terminável e interminável*, já havia formulado a concepção da sexualidade fundada traumáticamente a partir da mãe — que introduz erotismo no corpo do bebê, tramitando pelos gestos e palavras que acompanham os cuidados ao filho e a satisfação das necessidades. Havia também reconhecido a existência do excesso pulsional na reformulação da teoria da angústia — aquilo da pulsão que por estar desligada não cessa, mantendo uma presença atual permanente no psiquismo. Por último, Freud tinha também retomado o conceito do recalque originário, e tudo isso parece estar presente quando reformula o *a posteriori*, afirmando: “A retificação, com posterioridade (*nachträglich*), do processo recalcante originário, a qual coloca termo ao hiperpoder do fator quantitativo, seria então a operação genuína da terapia analítica” (1937a, p.230).

O *a posteriori* localiza-se fundamentalmente no processo analítico e tem a função de limitar o excesso. O encontro analítico, ativando *Prägung* e permitindo que ela se inscreva, abrindo brechas possíveis no campo da significação e da simbolização, construindo história e rememoração.

Sabemos que a origem da sexualidade é traumática, no sentido de exógena, de incluída pelo desejo do Outro, tramitando pelos gestos e pelas palavras que acompanham a satisfação das necessidades, movimentação na qual o corpo do bebê se erogeniza. Há um traumático que faz parte da constituição subjetiva, o simbólico *a posteriori* permite ao sujeito reconhecer o lugar em que ele estava sem sabê-lo, até então. Em Emma, o riso é o símbolo que permite reconhecer o lugar em que estava — o de corpo produtor do gozo do adulto na cena da sedução. No caso do Homem dos lobos, através da figura do lobo na árvore, ele se reconhece no lugar passivo e na satisfação recebida do pai.

No funcionamento do *a posteriori* há tempo e há movimento. A reabertura do trauma, perante um novo acontecimento, permite que novas significações sejam introduzidas, que novas respostas apareçam. As *Prägungen* encontram significantes e se inserem na história do sujeito e do desejo. O início de uma análise implica a reabertura de um trauma que inaugura a procura de novas respostas num novo encontro, agora com o analista na transferência.

DUAS SITUAÇÕES CLÍNICAS, DUAS TEMPORALIDADES

Foram um sonho e uma fala da analista que permitiram que a análise de M. se iniciasse, depois de um tempo estendido de encontros preliminares, no qual a acompanhara como testemunha silenciosa. No relato do sonho, ela está no cemitério, anda por um corredor e chega a um túmulo com uma placa sobre a qual há um nome; ao lado há duas árvores, de “folhagem verde muito viva”. Ela fala do luto, do enterro e outras associações... Para mim fica a imagem das árvores: a forma com que se refere a elas me faz pensar em duas testemunhas. Uma frase toma quase por assalto meu pensamento, e lhe digo: “Parece que para enterrar alguém, precisa ter certeza de que permanecerá uma memória viva”.

Surpreendo-me com o efeito: a expressão do seu rosto muda e pela primeira vez parece descontraí-lo; os olhos, que em todo esse tempo estavam embaçados, parecem secar-se e seus lábios timidamente esboçam um leve sorriso. Nesse momento se instala em mim um enigma: por que minha fala a tinha tocado com tanta força? O que lhe dera o poder de interromper um estado afetivo presente até ali? Que trauma teria se reaberto para permitir o começo de uma análise?

Tinha se passado mais de um ano desde o início de sua análise e não lembro a partir do que, talvez de um sonho, ou de alguma situação vivida, que ela relata um pedaço de sua história: a avó morrera quando seu pai era bebê, a família tratou de não deixar vestígios, nem fotos nem objetos pessoais, nem relatos; se alguma pergunta se formulava, ficava sem resposta, as memórias foram enterradas junto com seu corpo. Uma morte matada. Quando ela nasceu lhe deram o nome da avó, tornando-a a única portadora de uma memória que a família tinha sepultado. Mas como era portar um nome que não se acompanhava de imagens nem de relatos, portar uma história congelada? O nome era uma espécie de lápide que fixara e cronificara algo do campo das identificações femininas com o qual se debatia. Era um momento importante de sua análise, que abriu para novas significações; mas me interessa destacar aqui que escutar o relato de sua história remeteu a mim diretamente ao início de sua análise e a

minha “fala acontecimento” — e é assim que a nomeio, tanto no sentido da imprevisibilidade com a qual ela me aparecera, quanto por seus efeitos. O efeito da intervenção tinha permanecido para mim como um enigma e agora no *a posteriori* algo do que acontecera nesse início de análise me cobrava sentido, ajudando a dissipar o enigma.

Quando o funcionamento temporal do *a posteriori* está presente numa análise, permite um determinado funcionamento no analisando, e, ao mesmo tempo, possibilita que na escuta do analista se instaure o “tempo do suspense e dos enigmas”. Nesse tempo em suspensão, quando o campo do representacional é o que está em jogo, o analista funciona em atenção flutuante, o que facilita para o paciente o funcionamento da associação livre e a possibilidade de estabelecer ligações com aberturas de sentido, linhas de significação e ressignificação da história singular enquanto no analista enigmas surgem e se mantêm como fundo sonoro de ressonância, alimentando o motor que permite o prosseguimento da análise.

No entanto, não é sempre que a temporalidade do *a posteriori* funciona numa análise. Há momentos nos quais o encontro traumático não propicia a abertura do trauma e sim o seu fechamento; então o tempo realmente se detém, o instante engole o passado e o advir, e o imaginário, em lugar de precipitar um simbólico, só ativa a *Prägung*, a marca cunhada no corpo, que reaparece como marca sensorial. Faz-se um corte com a história e tudo parece condensar-se num presente de repetição, que atualiza uma marca no corpo ou uma imagem do corpo. Estamos na presença de um tempo que é só o presente da repetição, sem possibilidade de rememoração, sem fluir associativo possível, sem passado. Às vezes, a regressão não encontra um limite na rememoração e continua até o polo alucinatório do psiquismo, fazendo que aquilo que não pode voltar como rememoração-lembrança volte alucinatoriamente.

B. volta à sua sessão depois de duas semanas de interrupção por parte da analista. As dificuldades para lidar com a ausência da analista não eram novas, os momentos das férias sempre tinham sido difíceis para B., mas desta vez fora acrescentado mais um elemento: a gravidez da analista, pouco visível antes da interrupção, o era agora. Quando a porta se abre, a analista encontra B. com um sorriso nos lábios, mas quando os olhos de B. se dirigem ao corpo da analista, o seu sorriso se congela no rosto, nada diz, entra na sala e deita no divã. Depois de um tempo de silêncio, a analisanda começa a sentir “um forte cheiro de cocô”, que inunda a sessão, deixando-a submergida na alucinação olfativa. Falo para a “analista em supervisão” de um excesso, de uma forte emergência de pulsão e levanto a hipótese de que, perante o traumático da percepção — a visão da barriga grávida da analista — a alucinação surgira numa via regressiva, como um recurso que nega a ausência. Não me refiro somente a ausência pela falta da analista em duas sessões — esta se veria apaziguada pelo reencontro, tanto que chegou sorridente —, mas pior do que isso, a ausência na presença, já que a barriga da analista introduzia um outro que retirava do um. A analista relata que a paciente tinha uma irmã gêmea com a qual vivia uma forte rivalidade, já que a ela estava amarrada por uma especularidade forte que, por sua vez, encobria a ausência. Não vivia a ausência da mãe, e sim a presença da irmã que

a deixava “sem lugar”. Durante a gravidez da qual ela nascera, numa época em que a ultrassonografia não era utilizada para acompanhar o que acontece dentro da barriga da mãe, a existência de gêmeas não tinha sido percebida: no momento do parto, a irmã nasceu primeiro, chegando ao lugar imaginário criado para um filho durante esse processo; em seguida ela aparecera como surpresa, chegando a um não lugar. Entendo que a experiência perceptiva — ver a barriga da analista — ativara o traumático, mas sem reabri-lo; a alucinação funcionara como defesa contra o traumático da percepção e, em seu caráter mágico, afastou-a da dor do luto que o contato com a ausência implicaria.

A atualidade, a imediatez, o corte com a história, caracterizam esta situação clínica, atemporalidade própria do traumático. Embora o surgimento da alucinação já seja uma primeira tentativa de ligação do meramente traumático, não há reabertura do trauma e sim seu fechamento, que condena a uma repetição sem rememoração. Isso não nega que há uma verdade histórica, como em toda alucinação, mas toda ela está condensada numa marca sensorial: o cheiro. Marca que sutura o tempo num presente absoluto.

Claro que o traumático não está referido aqui a uma violência particular de um acontecimento, e sim a uma forma de funcionamento psíquico, a uma dinâmica que podemos definir pela negativa, no sentido da não ligação ou não representação. Ou seja, algo do vivido que produz um estado de “desamparo”, como o definiu Freud em *Inibição, sintoma e angústia* (1925). Aquilo que é capaz de ativar uma emergência de pulsão, que encontra o ego num estado de desamparo, de não possibilidade de ligar a representações coisas ou palavras e, portanto, de reger-se pelas leis da condensação e do deslocamento, fica como excesso.

Em momentos nos quais o não ligado, o não metabolizado se apresenta na sessão, seja na forma de estados de desorganização, de alucinação ou de mero indício, momentos nos quais o mero encontro traumático não reabre a questão do desejo e só reforça a condenação primeira (o não lugar), a introdução apresada do símbolo seria ineficaz; pelo contrário, faz-se necessário construir pontes com o real vivido, construir figuras que possam imantar o excesso de pulsão, pinçar os traços que permitam redesenhar a moldura do eu, encontrando “representações fronteiras”.⁶ A própria escuta do analista não poderá se entregar agora ao tempo do suspense na espera de que, pelas associações, os enigmas vão se ligando na história; terá que agir num presente imediato e oferecer alguma figura que imante o movimento pulsional à experiência sensorial para dar-lhe alguma imagem que funcione como ponte, uma “representação fronteira” — para voltar ao conceito de Freud —, que tem uma perna na lacuna do “irrepresentável” e outra na representação. Momentos que exigem da escuta do analista boas condições de regressão tópica e de figurabilidade para alcançar o sofrimento do paciente, lá onde ele está. Por isso, a analogia sobre o analista que ocorria a Freud, no texto das construções, era a do delírio, no sentido do restauro. Algo precisa ser construído, algo da positividade.

Entendo que a necessidade de delimitação dos campos e de reflexão sobre a metodologia de trabalho na presença de cada um deles, que ocupa um lugar

tão importante para os analistas contemporâneos, produziu-se por vários motivos: a ampliação do trabalho da clínica, que incluiu o trabalho com crianças pequenas ou com patologias mais graves; a mudança de patologias e subjetividades na contemporaneidade; e o próprio aprofundamento das análises. O trabalho com pacientes psicóticos, *borderlines*, patologias narcísicas, transtornos graves da infância, mas também alguns momentos nas análises de pacientes neuróticos nos deparam com temporalidades circulares, imóveis, aderidas ao concreto do relógio, instantâneas, que solicitam a escuta do analista em ressonâncias diversas e complexas, às quais me parece necessário estarmos atentos e continuarmos trabalhando.

NOTAS

¹ BENJAMIM, W. Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, 1996, v.1.

² As traduções das citações da obra de Freud são todas traduções livres, de minha responsabilidade.

³ Com isso, Freud retoma os “restos hipernítidos” que já tinha trabalhado em Sobre o mecanismo psíquico do esquecimento (1898) e Sobre as recordações encobridoras (1899).

⁴ A nomeação utilizada por S. Le Poulichet (1996, p.83), diferenciando o campo do “traumático a posteriori” e do “traumático a priori” parece-me interessante porque diferencia os dois campos, ao mesmo tempo em que mostra que o traumático está sempre presente, ainda quando ele opera ou tramita de forma diferente.

⁵ J. André (2008) faz um esclarecimento interessante em relação ao termo: “nachträglich, adjetivo ou advérbio, está em todos os dicionários, mas a psicanálise nada tem a ver com isso. A palavra expressa fortemente a ideia de atraso. Receber algo nachträglich é recebê-lo com certo atraso como, por exemplo, um pagamento tardio: nachträglicheEinzahlung. Literalmente, nachträglich é aquilo que é ‘trazido depois’, nach, depois, tragen, trazer. Quanto ao termo Nachträglichkeit, o substantivo foi totalmente forjado por Freud, além de não dizer nada para um alemão”.

⁶ Conceito introduzido por Freud no Manuscrito K (1896), p.269.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, S. **O tempo, a escuta, o feminino**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ANDRÉ, J. **O acontecimento e a temporalidade: o après-coup no tratamento**. Ide, 31(47), dezembro de 2008. São Paulo: SBPSP.

BIRMAN, J. **A clínica na pesquisa psicanalítica**. Atas do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise. Psicanálise e Universidade, 2 de março de 1994.

BLEICHMAR, S. **Ampliar os limites da interpretação em uma clínica aberta para o real**. Revista Brasileira de Psicanálise, 45(1):179-191, 2011.

BOTELLA, C. & BOTELLA, S. **Irrepresentável**. Porto Alegre: Criação Humana, 2002.

FREUD, S. (1895). Proyecto de psicologia. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993, Vol.1.

_____. (1896). Manuscrito K: Fragmentos de la correspondencia com Fliess. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993, Vol.1.

ARTIGO

_____. (1898). Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993. Vol.3.

_____. (1899). Sobre los recuerdos encubridores. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993. Vol.3.

_____. (1918). De la historia de una neurosis infantil. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993, Vol.17.

_____. (1920). Más allá del principio de placer. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993, Vol.18.

_____. (1925). Inhibición, sintoma y angustia. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993, Vol.20.

_____. (1937a). Análisis terminable e interminable. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993, Vol.23.

_____. (1937b). Construcciones em el análisis. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993. Vol.23.

GREEN, A. **El tiempo fragmentado**. Buenos Aires: Amorrortu. 2001.

LACAN, J. **El seminário 1, Los escritos técnicos de Freud**. Buenos Aires: Paidós, 1981.

LE POULICHET, S. **O tempo na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PONTALIS, J. A estação da psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, 2(52). Instituto de Psicanálise — SBPSP, 1994.

SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y CREACIÓN*

PSYCHIC SUFFERING AND CREATION

María Cristina Rother Hornstein¹

Resumo: Aborda-se o sofrimento psíquico e seus enlaces com possibilidades criativas. Explora-se três níveis de causalidade aos quais o sujeito pode recorrer no intuito de atribuir sentido ao sofrimento. Ressalta-se a condição de que, perante o sofrimento, o sujeito não se limite a uma única interpretação do ocorrido e sim, que haja um interjogo entre os níveis de causalidade. A partir de vinhetas clínicas ilustram-se formas encontradas pelo sujeito a fim de dar sentido àquilo que perdeu. As transformações estruturais e as ressignificações do histórico vivencial do sujeito são tidas como condições que dão possibilidades de realizar investimentos pela via sublimatória.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico, Criação e Psicanálise

Abstract: It is discussed the psychic suffering and its links with creative possibilities. It is explored three level of causality in which the subject can make use of it in order to make sense the suffering. It is highlighted the condition when someone is facing the suffering that it is important to not limited the subject to just one interpretation but a feedback process between all casualty levels. From clinical vignettes it is showed some ways found by the subject to make sense to those things which he has lost. The structural transformations and resignifications of the subject's life are taken as conditions which enable the possibilities to do cathexis in a sublimating way.

Keywords: *Psychic Suffering, Creation and Psychoanalysis.*

¹Médica Psicoanalista.
Miembro fundador de la
Sociedad Psicoanalítica del
Sur (SPS).
Miembro Titular de la
Asociación Psicoanalítica
Argentina (APA).
Compiladora y coautora de
Adolescencias: trayectorias
turbulentas. Buenos Aires:
Paidós, 2006. Coautora en
Organizaciones Fronterizas,
Fronteras del Psicoanálisis
(H. Lerner y S. Sternbach,
comp.). Buenos Aires: Lugar
editorial, 2007.
cristirother@gmail.com

“Quien así quiso y así fue querido
nació para la vida;
sólo pierde la vida su sentido
cuando el amor se olvida”
(UNAMUNO, 1993)

¿Cuáles son los interrogantes que privilegio ante los múltiples enigmas a los que nos enfrenta el sufrimiento psíquico?

¿Como diferenciamos angustia, dolor y sufrimiento?

¿Cuáles son los problemas teóricos y clínicos para abordarlo y cual nuestra ética ante el mismo?

¿Hay sufrimientos propios de la vida y otros consecuencia de conflictos mal tramitados?

TRABAJAMOS, PENSAMOS, ESCUCHAMOS LAS VIDAS DE LOS OTROS

“La vida como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes. [...] Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelven insensibles a ellos. Algo de este tipo es indispensable.” (FREUD, 1930)

A veces tendemos a ver la vida como el resultado de lo que cada quien logró o realizó, como si fuera tan sólo eso lo que conforma la existencia. Olvidamos, casi siempre, que cada vida es una trayectoria de logros y fracasos, de pérdidas y omisiones, de deseos incumplidos, de miserias, de traiciones, de proyectos abandonados, de asignaturas pendientes. Una trayectoria plagada de sueños, de vacilaciones, de ilusiones logradas o frustradas, de anhelos, de miedos que paralizan. La vida consiste tanto en lo que somos como en lo que no hemos sido, en lo que pudimos haber sido y en lo que queremos ser.

Quienes nos consultan padecen: conflictos, inhibiciones, síntomas, angustias. Se sufre por frustración, porque algo amado se perdió o por el temor a una pérdida de todo aquello significativo; por falta de amor, enfermedades, por cambios corporales (pubertad, embarazo, envejecimiento) ante la vivencia de vulnerabilidad, de finitud. El sufrimiento es siempre una respuesta ante una pérdida con mayor o menor componente narcisista.

“El yo es el genuino almáximo de la angustia” (FREUD, 1926). El yo padece cuando se enfrenta al rechazo, a la decepción, a la pérdida de posesiones valoradas, sea otro sujeto, un aspecto de sí mismo, una manera de ser, una posición en la vida, daños corporales. La baja autoestima es el sufrimiento de quien se siente a demasiada distancia de las metas que le propone su ideal. La autoestima fluctúa acorde a las experiencias gratificantes o frustrantes en relación a los otros, a sus logros. “La autoestima es afectada por la pérdida de fuentes externas de amor, por exigencias exacerbadas, por la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal, por frustración de los deseos, por enfermedades o por cambios corporales indeseados.” (HORNSTEIN, 2011)

La angustia es producto del desvalimiento psíquico del lactante (Freud, 1926). Para el recién nacido toda ruptura del equilibrio es vivida como *displacer*. “Una madre suficientemente buena” que compensa ese *displacer* con la *acción específica* no sólo calma la necesidad sino que agrega ese plus libidinal que transforma el *displacer* en una vivencia de satisfacción.

Desde el comienzo de la vida el estado de necesidad corporal se autorrepresenta como un estado de necesidad, de privación, de dolor psíquico. La angustia en el recién nacido aparece ante el aumento de “tensión de necesidad”, una vez que recibe la asistencia materna a posteriori, lo angustiante

es toda situación que remita a la pérdida del objeto. Así nos dice el poeta:

“No te vayas de mi lado,
cántame el cantar aquél.
Me lo cantaba mi madre;
De mocita lo olvidé,
cuando te apreté a mis pechos
Contigo lo recordé”
(UNAMUNO, 1993)

DEL SUFRIMIENTO INEVITABLE AL SUFRIMIENTO *NEURÓTICO*

“Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con los otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que cualquier otro.”(FREUD, 1930)

Pensar e invertir son exigencias del yo para preservar su espacio. Sufrir es el precio para preservar su existencia. Toda apuesta vital tiende a lograr placer, lo cual es indisociable del riesgo de sufrir. Hay quienes intentan evitar ese riesgo con desinterés por las cosas, por las personas, por sí mismo. No es poco frecuente que ese desinterés o la falta de proyectos se traduzca en aburrimiento, descuido, dejarse estar o en actuaciones que ponen en riesgo la vida que puede llegar hasta el suicidio. Sin ir tan lejos dejar de amar, dejar los intereses por personas y cosas lleva a una pobreza narcisista, objetual e identificatoria.

El yo “normal o sano”¹ tiene sus coartadas y busca causalidades, interpretaciones, sentidos para entender ese sufrimiento. Causalidades que hacen referencia al propio sujeto, cuando la persona es capaz de asumir cierta responsabilidad, a veces culpa, o compromiso con su padecer sea que sufra por una amor perdido o un fracaso en el ámbito laboral o profesional; en segundo lugar una causalidad proyectiva en la cual los otros o la realidad son las razones primordiales por las que sufre: es por culpa de mis padres, de mi pareja, del profesor que no tuvo voluntad de ayudarme en el examen...; y en tercer lugar se puede pensar que fue el azar, la razón de tal o cual padecimiento, o atribuirlo a razones biológicas (enfermedad física o problemas bioquímicos). Es deseable que ante todo sufrimiento el sujeto no se limite a una única interpretación; estos diferentes niveles de causalidad tienen que entrelazarse, intercambiarse.

Es problemático cuando alguna de esas causalidades se torna excluyente: “sólo yo tengo la culpa de que haya dejado de quererme”, “me echaron del grupo porque soy poco valiente”, “me enfermé porque no puedo soportar estar sólo” (primera causalidad); “estoy convencida que todo lo que me pasa tiene

que ver con los maltratos que recibí en mi infancia" (segunda causalidad)... son algunos de los ejemplos que encontramos en la clínica y en la vida.

No toda persona que sufre consulta y menos si el sufrimiento supera cierto umbral. Para que alguien pida ayuda psicoterapéutica debe aceptar que algo de lo que padece depende de él. El sufrimiento confronta al sujeto con su psiquis y con su cuerpo como causa de sufrimiento.

Hay diversas maneras de ponerlo en evidencia: con ira, con enojo, con autorreproches, con tristeza profunda, con ambivalencia, con un sentimiento de dolor que compromete al cuerpo, fácticamente o con el uso de metáforas como "me duele el alma", "me rompió el corazón", "esta situación me carcome el hígado" o es "pura mala sangre".

Como analistas intentamos que el sujeto reconozca que casi nunca es una víctima pasiva de las causas de su sufrir, ni tan poderoso como para ser él, único culpable.

La idea que proponemos con nuestras intervenciones, es ampliar el abanico de significaciones y generar diversas formas de causalidad psíquica.

SUFRIMIENTO Y TRAMA PULSIONAL

Freud opone pulsiones de vida y de muerte. Las pulsiones de vida congregan las de autoconservación y las sexuales (objetales y narcisistas). "La meta de Eros es producir unidades cada vez más grandes y, así conservarlas, o sea, una ligazón" (FREUD, 1938). Analizo la frase: a) la conservación como una de las metas; b) su carácter expansivo crea "unidades" más grandes; c) la ligazón, que sostiene tanto la conservación como el carácter expansivo. La creación de lazos se opone a la pulsión de muerte. La pulsión de muerte desinvierte al objeto, desinvestidura que amenaza a todo sustituto. "Deseo de no deseo": será la meta de la pulsión de muerte. Lo deseado no es la muerte, sino el deseo de no tener que desear.

El cuerpo es investido por el yo como origen del placer, producto del cuerpo a cuerpo con el otro y con el discurso del otro sobre ese cuerpo (el cuerpo hablado). Pero el yo tiene tratos también con el cuerpo-sufrimiento. Desde esta antinomia se despliega la vida psíquica.

El exceso de sufrimiento promueve desinvestidura y favorece la acción de la pulsión de muerte. Si el proyecto erótico se preserva, se puede investir ulteriormente. Es lo que definimos como trabajo de duelo. A la pulsión de muerte algunos psicoanalistas la han borrado de la teoría. Otros la exaltan tanto que no aceptan la novedad. La compulsión de repetición es una simbolización que se repite. Pero ¿toda simbolización está condenada a la repetición? Después de Freud, el énfasis puesto en la pulsión de muerte ha impedido discernir cómo el interior de la repetición está afectado por la diferencia. Un tratamiento psicoanalítico implica el advenimiento de lo nuevo. No se trata de optar entre un psiquismo determinado y un psiquismo aleatorio, sí, desbaratar falsos dilemas: orden/desorden, permanencia/cambio, ser/devenir (Hornstein, 2000).

DEL SÍNTOMA AL SUFRIMIENTO

El sufrimiento es una categoría más amplia que el síntoma. Los síntomas son formaciones complejas que remiten a una historia, escenifican la novela familiar y la leyenda fantasmática. Al incluir lo traumático, la fantasía y los conflictos identificatorios, son una exigencia de trabajo para tramitar nuevas simbolizaciones y ligaduras.

El síntoma encuentra importantes intereses, cobra valor para la afirmación de sí, satisfacción narcisista en el caso de la neurosis obsesiva, se fusiona cada vez mas con el yo. Esta reconciliación entre el yo y el síntoma favorece las resistencias. No es para desestimar el beneficio que sostiene al síntoma. Freud hablaba de la ganancia primaria como una solución del conflicto psíquico. Respecto a la ganancia secundaria dice que “viene en auxilio del afán del yo por incorporarse el síntoma y refuerza la fijación de este último” (FREUD, 1926).

En términos de recursividad, la emergencia de un síntoma ¿retroactúa en la constitución de la subjetividad? La defensa secundaria (Freud, 1926) ilustra como el yo trata de incorporar al síntoma en su funcionamiento, transformarlo en rasgo de carácter, convivir con él. ¿No sería ésta convivencia constituyente de una nueva subjetividad? ²²“Cuando una organización psíquica como la de la enfermedad ha subsistido por largo tiempo, al final se comporta como un ser autónomo; manifiesta algo así como una pulsión de autoconservación y se crea una especie de modus vivendis entre ella y otras secciones de la vida anímica, aún las que en el fondo le son hostiles” (FREUD, 1916).

El yo sufre los efectos del síntoma y debe invertir el sufrimiento que éste le produce para emprender un trabajo de elaboración que facilite su transformación. Busca negociar con todos sus componentes e intenta incorporarlo a su organización.

J. McDougall (1975) conceptualiza como actos sintomáticos aquellos en que el actuar remite a una falla de simbolización y en la aptitud para elaborar psíquicamente el impacto de ciertas vivencias. En lugar de un trabajo de elaboración mental se busca una rápida dispersión del dolor psíquico mediante estos actos sintomáticos. Tendencia a distintos tipos de acciones, pequeñas somatizaciones frente a traumatismos internos-externos que el sujeto desconoce como tales, maltratos corporales, obesidad, accidentes, patologías de la alimentación, adicciones, al alcohol, a la droga, (que combaten el vacío), la sexualidad compulsiva, etc. Son tentativas de autocuración frente a un sufrimiento intolerable.

ANGUSTIA, DUELO, DOLOR

“La angustia nace frente al peligro de la pérdida del objeto” (FREUD, 1926). ¿Cuándo la pérdida produce angustia, duelo o dolor?

El dolor está más vinculado al cuerpo, ruptura de barreras ante exceso de cantidades, efracción de los límites corporales. Herida, desgarradura, metáforas imperantes ante un dolor del alma, punzante, desgarrante, incommunicable e incontenible.

El creador literario nos ayuda a hincar hasta la raíz del alma herida, por la palabra, por el desamor, por la nostalgia, igual que nos procura un placer estético, un goce genuino que ayuda a liberar tensiones y “Acaso contribuya en no menor medida [...] a habilitarnos para gozar en lo sucesivo, sin remordimientos ni vergüenza algunos, de nuestras propias fantasías.” (FREUD, 1908)

“Como una piedra, él arrojó la palabra.
Como una piedradura, una palabra viva.
La arrojó como si escupiera en el camino.
De esa manera dura fue arrojada,
Y la palabra rompió en pedazos
el aire de la tarde”. [...]

XIV

“En la misma entraña insondable del estómago,
En aquel sitio en donde desde siempre
Había anidado la nostalgia.
Y allí quedó,
aún fría,
aún dura,
aún palabra.”

(BARUGEL, 2010)

La angustia suele ser comunicable, el dolor condena a la soledad.³

La amnesia dolorosa difiere de la amnesia por represión. La primera genera una ruptura en la historización mediante agujeros de representación que borran parte de la historia. “El dolor sería el custodio de la huella del objeto perdido, la última muralla contra la muerte psíquica y la ausencia de carga psíquica (desinvestidura)” (GUTIÉRREZ-GREEN, 1991). Si nos remontamos a los orígenes del sujeto, tal vez porque hubo una madre deprimida, indiferente, distante, que no pudo ofertar una mirada libidinal.

La traición amorosa, el engaño, la mentira a veces arrasan con una ligadura afectiva irreparable para el narcisismo del doliente. Quien puede se defiende con la amnesia dolorosa, pero el sentimiento de vacío también duele y es ese dolor el que da señales de algo vivo. “El desvalimiento y el desconcierto del género humano son irremediables” (FREUD, 1927).

Amar, desear, poseer, sea un vínculo, un trabajo, un objeto, a uno mismo, conlleva un riesgo que es la pérdida, ante la cual cada quien encuentra diferentes formas de darse respuesta a lo que perdió. Cuando más narcisista fue la relación con lo perdido mayor es el riesgo de desinvestimiento. En ciertos duelos patológicos el sujeto siente que lo que perdió arrastra una parte de su ser. Es el terror al vacío cuando la identidad tambalea lo que dificulta asumir responsabilidades, establecer compromisos, vínculos, establecer ligaduras:

Ana: “hice de Sergio el eje de mi vida. Cuando me dejó yo no sabía quien era. Mientras estuve con él fue tal el grado de sometimiento a él, a sus cosas, a sus deseos. El a su vez vivía sometido a sus hijos, a sus amigos, a hacer cosas

ARTIGO

para mantener un determinado estatus. Pero después de todo esto me doy cuenta hoy que pude recuperar mi libertad. Pude recuperar mis afectos. Todas esas relaciones que dejé por sometimiento a Sergio y que me hicieron sentir que yo me caía toda.”

Amar es riesgoso pero no hacerlo es padecer de una pobreza libidinal que ignora la riqueza del “alboroto de la vida”, como Freud caracterizaba a Eros.⁴

LOS DUELOS Y LA IDENTIDAD

Del desamparo inicial al desamparo puberal la historia del sujeto es una serie de duelos y de heridas narcisistas que exigen recomposición libidinal e identificatoria. Los duelos son constitutivos de la identidad cuando no son patológicos y promueven transformaciones estructurales, resignificaciones de lo histórico vivencial, remodelaciones fantasmáticas, desplazamientos libidinales y movimientos identificatorios. En ese trabajo psíquico es posible pasar del síntoma a la sublimación, a la creación, a invertir nuevos objetos y espacios libidinales.

Los vínculos significativos, las relaciones laborales, profesionales, sociales son como piezas de un rompecabezas que configuran el armado y la dinámica identificatoria. La imagen que los otros significativos nos devuelven posibilita el propio investimento y la representación de aspectos del yo contribuyendo a la configuración de ciertos *prototipos relacionales* que le dan al sujeto la posibilidad de reconocerse a sí mismo en los sucesivos vínculos y metas. Es como *un hilo conductor* que contribuye a sostener la identidad. ¿Quién soy yo? remite a la historia que nunca deja de desplegarse, de crearse, para seguir trabajando sobre ese sentimiento de sí dependiente, como dijimos anteriormente, de las huellas que van dejando en nosotros los lazos con los otros y los logros que constituyen nuestro devenir (Rother Hornstein, 2003).

Cuando alguna de estas piezas se pierde si el sujeto no padece resquebrajamientos identitarios importantes pasan desapercibidas como sostenes narcisistas. De lo contrario pueden desencadenarse diferentes problemáticas: *patologías del sentimiento de sí* (cuadros *borderline*, paranoia y esquizofrenia); *patologías del sentimiento de estima de sí* (depresiones); *patologías de la indiscriminación objeto fantaseado–pensado con el objeto actual* (elecciones narcisistas, diversas funciones del objeto en la economía narcisista); y patologías del *desinvestimiento narcisista*, ponen en evidencia la no constitución de ciertas funciones yoicas o su pérdida por exceso de sufrimiento, que se manifiestan en *la clínica de lo estados de vacío del yo*. Las cuatro problemáticas tienen que ver con el yo: integridad, valoración, aceptación de la alteridad, dificultades en las funciones yoicas. Y remiten a conflictos distintos (Hornstein, 2000, 2006).

Perder al otro investido es también perder todo lo que liga a ambos sujetos, lo que el que ya no está representaba y ofertaba a quien ya no lo tiene. ¿Quién fue ese otro para mí? ¿Qué hizo el otro de mí? ¿Qué quiso de mí? ¿Qué quise yo de él? , son preguntas que invocan a ese armado identificatorio fallido.

ADOLESCENCIA: SUFRIMIENTO Y CREACIÓN

El espacio-tiempo que separa el pasado del presente es una red espesa, multiforme -a veces ininteligible- de causas, de efectos, de fuerzas, que tenemos que interrogar para interpretar, conocer y elaborar.

La pubertad como hecho biológico y social es un trauma que impone al psiquismo un trabajo de elaboración para establecer nexos y resignificar parte del “mensaje enigmático” (Laplanche, 1988) presente en el deseo materno. Es un hito en la construcción identificatoria, que, si el adolescente tiene un yo que pueda ligar las experiencias infantiles y las del presente, reorganiza la amenazada identidad que tambalea ante los cambios.

La adolescencia entrama el cuerpo, lo psíquico y lo social al resignificar la historia, la sexualidad, el narcisismo, las pulsiones, las relaciones, el armado identificatorio y autoorganiza la subjetividad. Es un momento clave por los cambios a los que obliga, por la eclosión de cuadros psicóticos, depresiones o trastornos fronterizos; desorganizaciones yoicas diferentes a las de la infancia y adultez. Es la particularidad de la pubertad, de la metamorfosis corporal, del empuje pulsional, del trabajo de duelo por los objetos primarios, del cuestionamiento del narcisismo infantil y las consecuentes elaboraciones psíquicas, tanto desde el punto de vista del erotismo como de las identificaciones, lo que le da una dinámica tan peculiar a la psicopatología de éste período en que el cuerpo recobra un protagonismo comparable al que tuvo en los comienzos de la vida. Se requiere no confundir crisis de identidad, momentos depresivos, trastornos de conducta (social, intelectual o somática), con patologías que etiqueten y cierren un proceso de reorganización y de tramitaciones simbolizantes.

El adolescente oscila entre dos posiciones: por un lado no modificar sus relaciones familiares. Al mismo tiempo reclama ruidosa o silenciosamente formar parte del mundo de los adultos, mundo que, junto a sus pares, interroga, cuestiona y transgrede en tanto sólo acepta parcialmente los valores, los modelos, los códigos que éste le impone.

Renunciar a los progenitores de la infancia, a la sexualidad infantil, a las formas defensivas propias de los niños, aceptar ser dueños de sus proyectos, los enfrenta a logros, a nuevas herramientas para tramitar la realidad. Situación que no invalida la permanencia de “*esa perversa lucidez de la nostalgia*” como decía García Márquez, nostalgia de esa relación primordial que Laura, de 12 años cuenta de este modo:

“Ya soy una adolescente desde hace 10 días. Entro en una nueva etapa en la que nunca quise entrar, pero ya no puedo volver atrás. La puerta de la niñez se ha cerrado para siempre pero en mi corazón siempre llevaré esa niña soñadora a la cual le gustaba jugar sin más preocupaciones que mi escuela, mis amigos y mi familia, a quienes le debo todo lo que soy y todo lo que tengo”.

Julieta de 15 años para referirse a lo mismo escribe una carta:

“Ahora recuerdo que me despedía de todo, mi escuela, mis amigos, mis juegos, toda una parte de mi vida, una parte de la cual duele mucho desprenderse,

ARTIGO

y que hoy todavía la tengo tan presente que cuando la recuerdo lloro, pero no de tristeza porque ahora, que el dolor más grande y el miedo ya pasó y sé que también les pasa a todos, ahora me gusta vivir lo que estoy viviendo”.

La pubertad incrementa la incertidumbre, renueva angustias, temores, miedos y pone en crisis identidades alcanzadas tanto de los jóvenes como de quienes los rodean: padres, maestros, educadores, profesionales de la salud.

Entender los sufrimientos, los códigos y propuestas de las nuevas generaciones, indagar, interrogar y no desestimar algunos indicios que pueden ser alertas de cuadros depresivos o patologías mas severas, no patologizar los miedos, las inhibiciones o conductas que les son propias supone un desafío para los adolescentes, porque atraviesan, expresa o silenciosamente, esa etapa “turbulenta”, plena de incertidumbres, radicalizaciones, decepciones, miedos y angustias, y, los que los rodean, porque se enfrentan con la exigencia de estar actualizados.

Comprender estas realidades obliga a no dejar pasar indicios de problemáticas que reviven el desamparo del recién nacido, cuando sienten que no encuentran adultos capaces de poner pautas de autoridad que no es lo mismo que autoritarias. Dejarlos volar sin dejar de cobijarlos y ampararlos.

Padres e hijos tienen que aceptar la diferencia generacional. Primer movimiento para evitar el abismo de la incomunicación y posibilitar la salida exogámica. El espacio social pone en primer plano a esos otros que no son la familia primaria y a los pares como modelos de identificación. Al mismo tiempo el joven pasa a ser un mediador privilegiado de los códigos que le son propios. Devendrá portavoz de valores e ideales de sus referentes generacionales.

Lucila de 15 años, le escribe a su hermana menor que termina el ciclo primario:

“... Me pongo a pensar y me doy cuenta de cómo pasa el tiempo. Ya mañana te vas de viaje de egresados, se termina otra etapa de tu vida. Qué difícil es dejar de ser chica y empezar a ver la vida de otra manera; ya no vas a ser más la nenita de la primaria, ahora vas a enfrentar cosas nuevas y desconocidas para vos. Me acuerdo de cuando yo estaba en séptimo, me parece tan cerca y tan lejano a la vez. Recuerdo que sentí algo extraño, era como estar triste y contenta al mismo tiempo, triste porque tendría que dejar cosas hermosas a las que estaba acostumbrada, por tantos momentos felices que quedarían en el pasado y a la vez contenta porque quería conocer lo que vendría ahora, y me preguntaba cómo sería eso que llaman adolescencia; y también te confieso que sentía muchísimo miedo. Miedo a lo desconocido, miedo a tantas preguntas sin respuesta que empezaron a nacer en mi, miedo a esa inseguridad que trataba de ocultar”.

Aceptar que los hijos crecen es aceptar el paso del tiempo y la realidad de la muerte, la pérdida de la autoridad y el liderazgo. Es aceptar el cuestionamiento, los interrogantes y el mensaje de la nueva generación. El hijo exige transformaciones de los padres ante la herida narcisista por la no concordancia

entre el hijo anhelado y el hijo real. Si los padres no pueden elaborar las ansiedades que les despiertan sus hijos en crecimientos, menos podrán ayudar a éstos a mitigar y elaborar la propia.

Este flujo turbulento plantea al psicoanálisis una doble tarea: indagar en los procesos psíquicos en juego –la complejidad de los contenidos inconscientes, las exigencias del superyó, los modelos identificatorios, los ideales y proyectos de cada adolescente–, así como, comprender las nuevas subjetividades que se modelan dependientes de las aceleradas transformaciones en los valores, las modas y los códigos.

Para que el niño pueda enfrentar su adolescencia requiere de una serie de procesos simbólicos a realizar en compañía de sus adultos.

Los adolescentes comparten cierta confusión generacional de sus padres, cuando no aceptan el paso del tiempo y olvidan que sus hijos los requieren como adultos y garantes de sus identidades en plena transformación, como interlocutores y referentes de confianza y no como pares o amigos. Aceptar la diferencia generacional ayuda al diálogo y a la confrontación productiva propiciando junto a esa vitalidad estimulante propia de los adolescentes la creatividad y las inteligencias singulares que amortiguan así, ciertos aspectos de la violencia del estallido juvenil, contribuyendo a que los procesos de aprendizaje introduzcan solidez en el desarrollo de la cultura (Rother Hornstein, 2006).

“Tu también me haces preguntas y yo te escucho
y te digo que no tengo respuestas
que las respuestas has de encontrarlas tú solo.
Siéntate un momento hijo mío.
Aquí tienes pan, come
y leche, bebe.
Pero después que hayas dormido y renovado
tus vestidos, te besaré,
te diré adiós y te abriré la puerta
para que salgas de nuevo.
Largo tiempo has soñado sueños despreciables.
Ven, que te limpie los ojos
y acostúmbrate ya al resplandor de la luz.
Largo tiempo has chapoteado a la orilla,
agarrado a un madero.
Ahora tienes que ser un nadador intrépido.
Aventúrate en alta mar, flota.
Mírame confiado.
Y arremete contra la ola”
(WHITMAN, 1953)

ARTIGO

NOTAS

*Trabajo presentado en SPS octubre 2011.

³ "La neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla. Llamamos normal o 'sana' a una conducta que aúna determinados rasgos de ambas reacciones: que, como la neurosis, no desmiente la realidad, pero, como la psicosis, se empeña en modificarla" (FREUD, 1924).

⁴ "Cuando una organización psíquica como la de la enfermedad ha subsistido por largo tiempo, al final se comporta como un ser autónomo; manifiesta algo así como una pulsión de autoconservación y se crea una especie de *modus vivendis* entre ella y otras secciones de la vida anímica, aún las que en el fondo le son hostiles" (FREUD, 1916).

⁵ Con el dolor el cuerpo se transforma en psiquis, y la psiquis en cuerpo. Para este yo-cuerpo o para este cuerpo psíquico, la relación continente contenido es la que prevalece, se trate del dolor físico o psíquico" (PONTALIS, 1977).

⁶ "Nunca estamos menos protegidos contra las cuitas que cuando amamos; nunca más desdichados y desvalidos que cuando hemos perdido al objeto amado o a su amor" (FREUD, 1930).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AULAGNIER, P. **La violencia de la interpretación**. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.

_____. Condamné a investir. En: **Nouvellevue de psychanalyse**, XXV, p. 309-330, 1982.

_____. Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En: _____. **Cuerpo, Historia, Interpretación: de lo originario al proyecto identificador**. Buenos Aires: Paidós, 1991.

BARUGEL, L. **Contrapalabra**. Buenos Aires: Gran Aldea Editores, 2010.

FREUD, S. (1908) El creador literario y el fantaseo. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo IX, 1993.

_____. (1916-7) Conferencias de introducción al psicoanálisis. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XV, 1993.

_____. (1920) Más allá del principio de placer. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XVIII, 1993.

_____. (1924) La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XIX, 1993.

_____. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XXI, 1993.

_____. (1927) El porvenir de una ilusión. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XXI, 1993.

_____. (1930) El malestar en la cultura. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XXI, 1993.

_____. (1938) Esquema de psicoanálisis. En: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, tomo XXIII, 1993.

GARCÍA MARQUEZ, G. **El amor en los tiempos de cólera**. Buenos Aires: Sudamericana, s.d.

HORNSTEIN, L. **Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad**. Buenos Aires: Paidós, 2000.

_____. **Autoestima e identidad**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2011.

GUTIÉRREZ-GREEN, L. Le tombeau vide, douleur de l'oubli. En: **Rev. franc. Psychanal**, n 4, 1991.

LAPLANCHE, J. El inconsciente y el ello. En:_____. **Problemáticas 4**. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

PONTALIS, J.B. **Entre el sueño y el dolor**. Buenos Aires: Sudamericana, 1978.

MCDUGALL, J. **Théâtres du Je**. París: Gallimard, 1975.

ROTHER HORNSTEIN, M.C. La elaboración de los duelos en la adolescencia. **Revista de Psicoanálisis APA**, tomoXLVI, n 4, 1989.

_____. Historia libidinal, historia identificatoria. En: **Cuerpo, historia, interpretación**, ed. cit., 1991.

_____. **Adolescence: un temps de re-historicisation**. Topique, Revue Freudienne, n 47, 1991.

_____. Identidad y devenir subjetivo. En: LERNER, H. (comp.), **Psicoanálisis: cambios y permanencias**. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2003.

_____. Prólogo. En: HORNSTEIN, R. (comp.) **Adolescencias: trayectorias turbulentas**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

_____. Entre desencantos, apremios e ilusiones: barajar y dar de nuevo. En: HORNSTEIN, R. (comp.) **Adolescencias: trayectorias turbulentas**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

_____. Identidades borrosas. En: HORNSTEIN, R. (comp.) **Adolescencias: trayectorias turbulentas**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

UNAMUNO, M. **Antología Poética**. Buenos Aires: Espasa-Calpe, 1993.

WHITMAN, W. **Canto a mi mismo**. Buenos Aires: Losada, 1953.

FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO: O PSIQUISMO SITIADO

PSYCHOSOMATIC PHENOMENON: THE PSYCHISM BESIEGED

Ana Lucia Waltrick dos Santos¹, Barbara de Souza Conte², Daniela Weber Bratz³,
Débora Marcondes Farinati⁴, Juliana Martins Costa⁵, Magda Dedavid Nunes⁶,
Marcia Denise Michel⁷ e Marina Lúcia Tambelli Bangel⁸

Resumo: O fenômeno psicossomático é discutido a partir de Freud com o conceito de retranscrição e de autores psicanalíticos que trabalharam as primeiras inscrições no corpo e no psiquismo. Buscamos marcar os fenômenos psicossomáticos como inscrições arcaicas que pressupõem uma significação simbólica que se encontra na fronteira do real e necessitam do corpo para comunicar algo. A partir de fragmentos de casos clínicos, verificamos como as marcas encravadas podem dar passagem à retranscrições possíveis, através do processo de reconhecimento que o sujeito tem de si e do outro.

Palavras-chave: Fenômenos psicossomáticos, Inscrições arcaicas, Reconhecimento.

Abstract: The psychosomatic phenomenon is discussed based on Freud and his concept of retranscription, and on other psychanalytic authors who worked with the first inscriptions in the body and in the psychism. We aim to mark psychosomatic phenomena as archaic inscriptions that assume a symbolic signification in the frontier of reality and need the body to communicate something. Based on fragments from clinical cases, we verify how the inscribed signs can give rise to possible retranscriptions, through the subject's knowledge of itself and of the other.

Keywords: Psychosomatic phenomenon, Archaic inscriptions, Recognition.

“Enfermo estava; e esse foi da criação o motivo: criando convalesci, e nesse esforço curei-me.” (H.Heine)

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de um estudo realizado na Sigmund Freud Associação Psicanalítica¹ sobre os fenômenos psicossomáticos, a partir da revisão da literatura de autores com referencial psicanalítico e do estudo de diversos casos clínicos. Buscamos compreender como os fenômenos psicossomáticos se manifestam como inscrições arcaicas que contêm uma significação (simbólica), não conhecida pelo sujeito, e que indicaram o percurso de nossa investigação. Nessa direção, o estudo delimita o que é o arcaico e sua inscrição entre o corpo e o psíquico, evidenciado nos fenômenos psicossomáticos. Discutimos, a partir disso, a intervenção do psicanalista no processo de dar acesso à fala do sujeito, retranscrevendo as inscrições, encravadas no real do corpo, ao campo do simbólico.

¹Ana Lucia Waltrick dos Santos
Psicanalista, membro efetivo
do Centro de Estudos
Psicanalíticos de P. A.,
Professora da Universidade
de Caxias Do Sul, Doutora
em Psicologia pela Universi-
dade Autônoma de Madrid.
alwsantos@terra.com.br

Descartes, em 1640, refere que a natureza permanece a mesma, que ela parece lançar o homem nas doenças apenas para que ele possa, ao superá-las, tornar-se mais válido, enquanto que Tissot, médico neurologista, o qual trabalhava com epilepsia, por volta de 1761, alertava que a saúde começava a perder sua significação de verdade para receber uma significação de facticidade. Tornava-se objeto de um cálculo. Assim, começava a situar-se o corpo como um objeto de investigação científica. (Canguilhem, 2005).

Trata-se do corpo a que referimos nos parâmetros da psicanálise como corpo subjetivado pelas inscrições da sexualidade do semelhante, através da ação específica (Freud, 1895) e pela noção de biopoder (Foucault, 1979) em que é produzido e interditado pelo poder de outro. Nosso estudo se propõe a pensar em um corpo ligado ao psíquico e como expressão da sexualidade, fruto da intersubjetividade. Passamos, portanto, a pontuar nosso entendimento do fenômeno psicossomático, na perspectiva do sujeito da psicanálise.

Freud não utilizou o termo psicossomático em seus escritos, mas descreveu inicialmente a relação corpo e psiquismo (ou alma) nos estudos sobre a histeria (Freud, 1895/1990), nos quais abordou a relação do sintoma histérico com uma representação de cunho sexual traumático que, por ação do recalque, foi expulsa da consciência e retorna do inconsciente sob a forma de um sintoma conversivo. Assim, introduz a sedução na base do sintoma histérico.

Desta forma nos ensina que o sintoma tem um caráter simbólico, é uma representação da sexualidade e pode se manifestar através do corpo, tornando-se uma expressão psíquica. O sintoma histérico, em sua acepção mais conhecida na psicanálise, é, conseqüentemente, uma formação de compromisso entre o corpo e o psíquico, em que a conversão se utiliza do corpo para evidenciar um conflito psíquico em um registro simbólico.

Existem, no entanto, sintomas que não adquirem expressão simbólica, o que não quer dizer que não tenham sentido. Os atos que descarregam a intensidade do traumático da mesma forma que as manifestações sintomáticas que se utilizam do corpo comunicam algo, porém não constituem formações de compromisso. A via de utilização do corpo como uma descarga em busca de representação é o que propomos como fenômeno psicossomático, via de compreensão da organização do psiquismo e da relação com o corpo, no qual a sexualidade está inscrita, mas não codificada como simbólica.

AS ORIGENS CONSTITUTIVAS DO SUJEITO PSÍQUICO

Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (1914/1990) afirma que a pessoa que está com uma dor orgânica, ou tem sensações penosas, abandona seu interesse pelas coisas do mundo exterior que não se relacionem com seu sofrimento. “Uma observação mais precisa nos ensina que, enquanto sofre, também retira de seus objetos de amor o interesse libidinal, deixa de amar” (FREUD, 1914, p.79). O doente coloca sobre seu ego seus investimentos libidinais, para voltar a enviá-los aos objetos, ao mundo, depois de curar-se. Ocorre um egoísmo em quem está doente, uma vez que a libido está investida em si mesmo. É conhecida a frase de

²Bárbara de Souza Conte
Psicanalista, membro pleno
e diretora de ensino da
Sigmund Freud Associação
Psicanalítica, Doutora em
Psicologia pela Universida-
de Autônoma de Madrid.
barbara.conte@globo.com

ARTIGO

Freud que diz “um forte egoísmo preserva de adoecer, porém ao final se tem que começar a amar para não cair doente, e por certo se adoecerá se, como consequência de uma frustração, não pudermos amar” (FREUD, 1914, p.82).

Portanto, para Freud, quando o investimento amoroso está dirigido para o próprio sujeito e a zona doente de seu corpo está sobreinvestida de libido, este estado de retração da libido foi denominado narcisismo. Destaca-se este enlace entre a zona doente do corpo e do investimento narcísico para que, no passo seguinte, discuta-se a noção de reconhecimento como fundante do psiquismo e, posteriormente, fundamental para o desprendimento do bebê como objeto de gozo de sua mãe e da regulação narcísica necessária para que a libido se dirija a outro objeto, que não o próprio corpo.

Lacan, psicanalista francês contemporâneo, introduz a noção de gozo a partir da *Filosofia do Direito* de Hegel, em que aparece *genuss*, o gozo, como algo subjetivo, particular, impossível de compartilhar, inacessível ao entendimento e oposto ao desejo que resulta de um reconhecimento recíproco de duas consciências (consciência de si). A autoconsciência, ou consciência de si, é tomada de Hegel, quando diz que tem que haver um desdobramento da consciência, para que haja o reconhecimento. O que no início é igualdade, por exemplo, eu=eu, tem que se tornar negativo, eu ≠ eu, para que haja consciência de si. É no desdobramento e na negativa do reconhecimento que se inaugura o sujeito (Hyppolite, 1999).

Nessa perspectiva, Braunstein (1990) ensina que Gozo no Direito remete à noção de “usufruto”, do desfrute da coisa enquanto objeto de apropriação. Esta supõe uma expropriação, pois algo só é “meu” enquanto há outro, para quem o “meu” é alheio. Só se pode gozar, juridicamente, daquilo que se possui, e, para possuir plenamente, é necessário que o outro renuncie a suas pretensões sobre esse objeto. A primeira propriedade de cada sujeito é seu corpo, e as relações deste corpo com o corpo do outro estão asseguradas por um discurso ou vínculo social.

Lacan (1957-1958/1999) especifica o Gozo do Outro como a apropriação do corpo da criança como objeto de sedução da mãe – usufruto como propriedade de um objeto de litígio, corpo consagrado ao Gozo de Outro. Notamos que a noção de Gozo em Lacan pode-se alinhar com o de sedução em Freud, que deu origem à gênese do sintoma histérico. Sabemos que a sedução era fruto de um fato real, exercida pelo pai ou um representante paterno, e que esta representação retornava do recalque sob a forma do sintoma simbólico histérico (Freud, 1893-1895/1990). Essa compreensão foi ampliada posteriormente no texto freudiano e tomou duas direções, a saber: no caso Emma (1895/1990), a ressignificação do traumático sexual na posterioridade da segunda cena que dá origem a sintoma, e a configuração da mãe como sedutora, a qual, a partir dos cuidados corporais iniciais que dispensa ao bebê, ao mesmo tempo, cuida de seu corpo e erogeiniza-o (Freud, 1914/1990). Temos, assim, duas vertentes: uma é simbólica e diz respeito ao sintoma histérico, como expressão do conflito sexual edípico, a outra é a sedução como inscrição da sexualidade do outro (semelhante) no corpo da criança.

³Daniela Weber Bratz
Psicóloga, membro
associado da Sigmund
Freud Associação
Psicanalítica.

danielaweberbratz@hotmail.com

Na teoria lacaniana, a segunda forma de leitura da sedução é a que se aproxima ao Gozo do Outro, entendido como uma inscrição simbólica não interdita, distinta, portanto, do simbólico do sintoma. Para fins de nosso estudo, quando o gozo incestuoso não é interdito, denomina-se de holófrase, que é um gozo mortífero, uma inscrição que torna potencial a lesão real no corpo. Essa inscrição da sedução no corpo potencializa o aparecimento do fenômeno psicossomático como uma marca do sexual não transformado em simbólico, decifrado pela palavra.

Em conformidade com as ideias sobre a sedução e o narcisismo, Laplanche (1996) fala do enlace entre o corpo da criança e o do adulto, introduzindo a teoria da sedução generalizada nas origens constitutivas do sujeito psíquico, como questão central, em torno da qual são desenvolvidos importantes conceitos. O principal paradigma se encontra nas relações e nos cuidados aos quais o bebê é submetido.

Laplanche (1996) propõe que o psiquismo se constitui a partir da prioridade do outro e que, por isso, é importante considerar as condições do bebê para enfrentar as exigências iniciais. É nessa condição do desenvolvimento que se configura a *sedução*, levando-se em conta que o bebê é profundamente desadaptado no sentido da sobrevivência, e prematuro, no domínio do sexual, no enfrentamento de uma sexualidade para a qual não tem reação adequada.

Assim, a característica essencial da factualidade da sedução a ser destacada é a passividade da criança em relação ao adulto. A *sedução originária* refere-se a essa situação fundamental em que o adulto propõe à criança *significantes impregnados de significações sexuais inconscientes, os significantes enigmáticos*.

Laplanche (1996) destaca que os cuidados maternos, ou a intromissão paterna, só são sedutores porque não são transparentes, mas opacos, de forma a veicular o enigmático. Logo, a teoria da sedução afirma a prioridade do outro na constituição do ser humano e de sua sexualidade, pois sempre se trata de um fenômeno na mensagem a ser enviada e de uma mensagem a ser traduzida. O emissor da mensagem ignora a maior parte do sentido do que efetivamente diz à criança que, enquanto receptor, carece de meios adequados para dar forma e teorizar o que lhe é comunicado.

O bebê capta os dados emitidos pelas mensagens enigmáticas e os interioriza como traços que ficam no limbo de seu aparelho psíquico incipiente. Num segundo tempo, esses registros tornam-se intoleráveis, pois se convertem em fontes internas e autônomas de excitação. Quando os registros tornam-se fixos, imutáveis e não historicizados, denominam-se *fueros* (Freud, 1896/1990). Em Laplanche (1997), os registros do indecifrável configuram o *corpo estrangeiro interno*. Esses enigmas são denominados arcaicos. O autor considera que a tradução da mensagem enigmática adulta ocorre em dois tempos, num esquema semelhante ao do traumatismo. Num primeiro tempo, a mensagem é simplesmente inscrita, ou implantada, sem ser compreendida, mantida sob a camada fina da consciência, “sob a pele”. Num segundo tempo, a mensagem é revivificada

⁴Débora Marcondes Farinati
Psicanalista, membro titular
da Sigmund Freud Associação
Psicanalítica e Mestre
em Psicologia Clínica pela
PUCRS.
debfarinati@yahoo.com.br

ARTIGO

no interior, age como um corpo estranho interno que precisa ser integrado.

Em síntese, existiria uma espécie de estoque de mensagens por traduzir, algumas impossíveis de traduzir, outras na expectativa de tradução, que só ocorre por alguma atualização ou reativação. Laplanche (1996), ao se referir à diferença da implantação e da intromissão, nos diz que

“o outro da sedução originária é o outro adulto. Implantação são os significantes aportados pelo adulto que se encontram fixados, como na superfície, na derme psicofisiológica de um sujeito. Significantes recebidos passivamente desde onde se operam as primeiras tentativas de tradução. Intromissão é a versão violenta deste processo que obstaculiza a recaptura ativa, por tradução-recalque, dos significantes.” (LAPLANCHE, 1996, p.106)

Quando nada pode ser traduzido, a mensagem permanece como foi implantada, neste caso, de forma traumática, por intromissão, e ocorre o fracasso radical da tradução, determinando que o não-traduzido fique *encravado* no aparelho psíquico. Tal condição é o arcaico.

O ARCAICO E O ORIGINÁRIO

Silvia Bleichmar (1993/2001), psicanalista argentina, aborda a questão do arcaico e do originário através dos conceitos de implantação e intromissão de Laplanche. Segundo a autora, coexistem no aparelho psíquico inscrições com estatutos diferentes.

Os signos de percepção, advindos do processo de implantação, da sedução originária, normal, permitem uma recaptura ativa e podem sofrer tradução/recalque por meio do qual são fixados ao inconsciente, compondo o originário.

A autora destaca, entretanto, um tipo de inscrição em particular, os signos de percepção que, embora inscritos, não alcançaram um enlace, uma transcrição, ou lograram apenas uma transcrição insuficiente. Podem ter ingressado no aparelho psíquico nos primeiros tempos da vida, por meio do processo de implantação, ou, como salienta a autora, em qualquer momento da vida, a partir de processos de intromissão (nos traumatismos severos). A impossibilidade de transcrição, no primeiro caso, ocorre devido a situações de ruptura, de perdas e ausências precoces e, no segundo, pela intensidade do afeto.

Assim, esses elementos permanecem no aparelho psíquico sob um modo de funcionamento arcaico, à deriva, encravado num aquém do princípio do prazer. Esta condição abre a possibilidade para que, a qualquer momento, possam alcançar uma forma de expressão no manifesto, sem que sejam, entretanto, conscientes.

Já Piera Aulagnier (1993), psicanalista francesa, refere-se aos fenômenos psicossomáticos retornando a um tempo de vida (não lembrado), em que a compreensão do mundo e do eu passa pelo corpo, pela fantasia, até chegar à representação. Registra três momentos da constituição do psiquismo que define como:

⁵Juliana Martins Costa
Psicóloga, psicanalista em
formação e membro
associado da Sigmund Freud
Associação Psicanalítica.
julianamartinscosta@gmail.com

processo originário (imagem coisa-sensorial), processo primário (imagens e fantasias) e processo secundário (palavra).

O bebê, como *infans*, é antes de tudo um ser corporal e sensorial e, por isso, num primeiro momento, incorpora o ambiente e os objetos pela via do corpo. Desde o primeiro encontro fundante entre boca-seio, vai se estabelecer uma relação, na qual a mãe deve garantir a existência ao *infans*, não somente por meio de seu leite, mas também de seu desejo. É neste espaço, denominado de violência primária, que se formam os pictogramas, os quais são a primeira forma de representação do originário, constituídos por imagens e sensações que ainda não puderam ser nomeadas e transformadas em representações.

Assim, quando as vias de ligação são interrompidas ou não chegam a ser estabelecidas de maneira prazerosa, falhas tendem a surgir, deixando marcas e dificultando a passagem para o processo primário e secundário. Tais marcas podem encontrar saídas para o sujeito, por meio do corpo, e não da palavra.

Assim assinalamos que, para Silvia Bleichmar (1993/2001), o originário são marcas da ordem do pulsional que são fixadas por efeito do recalçamento originário, enquanto que, para Piera Aulagnier (1993), o originário corresponde às marcas sensoriais corporais que se inscrevem como pictogramas. O originário, tanto no que diz respeito às marcas sensoriais como as da ordem do pulsional fixadas, constitui um tempo inicial da organização psíquica, modo da circulação pulsional e do que é recalçado. Dito de outra forma, tanto os registros sensoriais como os pulsionais colocam em marcha um aparelho psíquico, como bem observamos quando distinguimos os registros da dor e do desprazer/prazer.

Por sua vez, na perspectiva do arcaico, as marcas independem do tempo, sendo entendidas como não fixadas, que ficam *à deriva, encravadas, corpo estrangeiro interno* no aparelho psíquico, e que se relacionam ao irreduzível do trauma, o que resta do trauma como algo que fica “à espera” de ligação psíquica. A marca, na posterioridade de uma segunda cena, pode adquirir intensidade, mas, em função da retração ou captura narcísica da sedução, aparece não como um sintoma histórico/simbólico, em que o corpo está imbricado com a sexualidade, mas, sim, como um fenômeno psicossomático.

Assim, o campo da intensidade e do narcisismo é pano de fundo para que as marcas arcaicas se expressem no corpo, utilizando-o como via de uma linguagem que ainda não tem seu significado, um *vir a ser*, que entra em cena como fenômeno psicossomático.

IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO

Até agora trabalhamos com as ideias de autores que nos ensinam como pensar a constituição do psiquismo e a marcar a distinção entre o que é *originário*, as marcas psíquicas passíveis de representações *simbólicas* e as que não adquirem este estatuto, denominadas, então, de *arcaicas*. Passaremos a apontar como se inscrevem no corpo e, a partir desse aspecto, também ressaltar a importância que a relação mente/corpo adquire para os fenômenos psicossomáticos.

⁶Magda Dedavid Nunes
Psicóloga, especialista em
teoria psicanalítica pelo
Instituto Contemporâneo
de Psicanálise e
Transdisciplinaridade de
Porto Alegre.
magdaldn@terra.com.br

ARTIGO

Joyce McDougall (1991), psicanalista de origem neozelandesa radicada na França, escutando seus pacientes, pôde compreender que mesmo os adultos, às vezes, funcionavam psiquicamente como bebês que, não podendo utilizar as palavras como veículo de seu pensamento, apenas conseguiam reagir psicossomaticamente a uma emoção dolorosa. Quando um adulto representa inconscientemente seus limites corporais, como estando mal definidos ou não separados dos outros, a consequência das experiências afetivas com um outro pode ser uma explosão psicossomática, como se, em tais circunstâncias, não existisse senão um corpo para dois.

A vida psíquica começa com uma experiência de fusão, quando a criança e sua mãe constituem um único ser. O contato corporal e as formas de comunicação gestuais com a *mãe-universo* vão diminuindo à medida que a linguagem e a comunicação simbólica se fazem mais presentes. Há na criança um desejo contraditório, o de continuar sendo parte indissolúvel do outro e o de desprendimento, e tal desejo será recalcado dando lugar à separação.

Existe, portanto, uma necessidade de separação no bebê. Em alguns casos a mãe, por suas próprias questões, pode dificultar tal processo. Quando a mãe é capaz de suprir as necessidades do filho, podendo vê-lo como outro, como sujeito, separado dela, há assim a primeira representação do mundo externo para seu filho. Assim, de forma gradual, o psíquico vai se diferenciando do somático na mente da criança. “Essa lenta ‘dessomatização’ do psiquismo é acompanhada desde então de uma dupla psíquica: fundir-se completamente com a mãe-universo e ao mesmo tempo ser completamente diferenciado dela” (MCDOUGALL, 1996, p.34). Quando a representação de um corpo para dois persiste, isso leva a uma impossibilidade de reconhecer o outro, ou até mesmo a sentimentos de angústia frente à possibilidade de separação e alteridade. Como não há uma diferenciação de corpos, uma separação pode ser encarada como uma possível desintegração, tornando-se então necessário manter uma barreira desvitalizada diante do investimento narcísico de seu próprio corpo e de seu próprio psiquismo.

A autora observa que algumas mães vivenciam seus filhos como corpinhos estranhos, diferentes delas, causando nessas crianças sentimentos como o de abandono, por exemplo; estas, então, frequentemente apresentam reações psicossomáticas precoces. Outras mães, no contraponto disso, não conseguem resignar-se a abandonar a relação fusional, preparando, dessa forma, uma situação propícia aos distúrbios de tipo alérgico e a sérios problemas de sono e de comportamento alimentar. São esses, portanto, sinais primitivos não verbais deixados pelo psiquismo e expressos através do funcionamento somático.

Segundo a mesma autora, nas afecções psicossomáticas, o dano físico é bem real e o “sentido” é de ordem pré-simbólica, uma vez que não há uma representação, palavra para tal. O conflito e a dor psíquica que deveriam ter sido verbalizados exprimiram-se, em grande medida, por meio de descargas somáticas, sem que o afeto estivesse vinculado.

Já Françoise Dolto (2002), psicanalista francesa, faz uma importante dife-

⁷Márcia Denise Michel
Odontopediatra. Especialista pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.
jamichel@terra.com.br

renciação entre o esquema corporal e a imagem do corpo, que, no entanto, estão sempre em relação. O esquema corporal é a realidade de fato, o viver carnal em contato com o mundo. Por se tratar dos órgãos, do que é comum à espécie, ele é, em princípio, o mesmo para todos. É consciente, mas também pré-consciente e inconsciente. Por outro lado, a imagem do corpo é inconsciente e peculiar a cada um, tem a ver com a história do sujeito. A imagem inconsciente do corpo constitui-se pela comunicação entre sujeitos e pelo vestígio da memória. Como memória inconsciente de todo o vivido relacional, ela é o suporte do narcisismo. A imagem do corpo se estrutura na relação intersubjetiva, ou seja, está edificada na relação linguageira com o outro.

Nem sempre uma lesão que atinge o esquema corporal causa danos à imagem do corpo, pois é a linguagem que a sustenta; não há uma relação direta entre a lesão no esquema corporal e na imagem do corpo, pelo fato de a imagem ser construída a partir da experiência da relação do sujeito com seus correspondentes por meio dos sentidos.

“As palavras, para tomarem sentido, devem, primeiro, tomarem corpo, serem, ao menos, metabolizadas em uma imagem do corpo relacional” (DOLTO, 2002, p.34). Assim, para fins de nosso estudo, tomamos esta ideia de que, nos fenômenos psicossomáticos, o reconhecimento da diferença do corpo do bebê e da mãe, bem como a decorrente separação são necessários para que a imagem corporal se instaure na criança. O que está proposto na dissolução do “um corpo para dois”, em Mc Dougall, e imagem inconsciente do corpo, em Dolto, é a condição de transformação do narcisismo que desapropria a criança do desejo capturante da mãe pelo corpo do bebê. Isto quer dizer que, para existir a palavra, o corpo tem que estar desencarnado do desejo capturante da mãe, senão a fala não opera, e corpo vai “falar” sob a forma de um fenômeno psicossomático.

Este é o próximo ponto que abordaremos no qual, a partir dos conceitos até aqui descritos para especificar e marcar nossa posição teórica, situamos o fenômeno psicossomático em diferentes manifestações sintomáticas, entrando no campo da clínica como demonstração do arcaico, do originário – no sentido do infantil – e da organização psíquica.

A PSICOSSOMÁTICA COMO FENÔMENO

Iniciamos este ponto a partir de uma classificação utilizada por Wartel e colaboradores (2003), que afirma que os fenômenos psicossomáticos podem ser entendidos em três perspectivas.

Na primeira, são apontados como *tendo um sentido*, pensamento que inicia com Groddeck como a expressão de linguagem do órgão e que significa que o órgão ou as lesões orgânicas adquirem causalidade psicoafetiva, ou seja, surgem como consequência de emoções ou impulsões não satisfeitas. O afeto, ao invés de tomar o rumo da angústia ou se ligar a uma ideia (no caso, de um sintoma neurótico), toma o rumo da expressão no órgão, ocorrendo a lesão do órgão. Falaríamos, então, “de somatizações ligadas a afetos não satisfeitos” (WARTEL et al., 2003, p.72). Trata-se de uma posição determinista, em que cada

⁸Marina Lúcia Tambelli
Bangel
Psicanalista, membro
efetivo da Sigmund Freud
Associação Psicanalítica.
marinabangel@hotmail.com

sintoma psicossomático corresponde a uma estrutura de personalidade.

Em uma segunda perspectiva, os fenômenos psicossomáticos *não têm sentido*, posição que se liga a uma verdadeira carência de representações de sentidos e que é defendida por autores da chamada Escola Psicossomática de Paris. Por que haveria uma lesão corporal? A ausência de representação faz a libido e a agressão se confundirem e se transformarem em energia pulsional indiferenciada. O corpo é então submetido ao impacto das forças pulsionais liberadas. Estas, privadas das representações, passam diretamente ao órgão, lesando-o. Em consequência, a questão não é encontrar um sentido nesses fenômenos, mas dar-lhe um, construindo para o doente um fantasma e colocando-o à sua disposição (Wartel et al., 2003).

Na terceira posição, os fenômenos psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histérica, mas não “totalmente”, posição defendida por Valabrega (Wartel et al., 2003), que estende a noção de conversão para o que denomina de conversão psicossomática, na qual o fantasma estaria no corpo do sujeito, mas sem que este pudesse reconhecê-lo, sem nunca chegar a nomeá-lo, tornando-se expressão de vida dupla, *corporeidade do doente*.

Em nossa compreensão, utilizamos a denominação de fenômeno psicossomático em vez de estrutura psicossomática. O fenômeno psicossomático pode ocorrer em qualquer uma das estruturas: neurótica, perversa ou psicótica, uma vez que eclode em qualquer tempo ou etapa da vida psíquica.

A inscrição chamada arcaica está em um registro do traumático, quando o psiquismo não opera, quer dizer, as retranscrições que dão acesso ao simbólico e à fala não se efetivam. Ressaltamos que, quando dizemos que há ausência da ligação simbólica, não estamos dizendo que há ausência de sentido. O arcaico fica “em espera” para uma possível transcrição que só se torna possível pela prioridade do outro, passagem pela alteridade que pode resultar em uma inscrição, reveladora de um sentido e do reconhecimento.

Nesta formulação, ressaltamos o aspecto do gozo, do corpo para dois e da necessária ruptura da satisfação narcísica que encontra no corpo o local de espera do reconhecimento não alcançado. Priorizamos que é o olhar primordial da mãe para seu filho que possibilita o reconhecimento do si-mesmo e abre a via possível de que uma impressão, uma marca (entendida como a experiência de satisfação da criança) venha a se retranscrever. Se assim não ocorre, o “corpo estranho” é o não traduzível, não reconhecido e, portanto, não decodificado, ficando intraduzível como palavra, é o arcaico.

A mãe, nos primeiros tempos de constituição do bebê, faz, por meio de seu olhar de reconhecimento², os movimentos primordiais da constituição psíquica do bebê. Este é o ponto de ligação ao que entendemos como o arcaico, que, em qualquer tempo, intromete-se no psiquismo e fica como o irredutível do trauma, ponto de partida do fenômeno psicossomático.

Vamos procurar marcar, a partir de três casos, o que procuramos definir teoricamente nos autores estudados. Nosso propósito é, por meio do recorte das

histórias de três mulheres, localizar o arcaico e as vias que tomaram no corpo como tentativas de expressão.

Maria tinha 40 anos quando recebeu o diagnóstico de câncer de mama; conta que esperava seus 40 anos, pois seu marido dizia que: "era a idade em que eu estaria melhor do que nunca ... mais bonita." No momento de sua vida em que estaria melhor, bonita e mais admirada, passou a ser olhada por sua doença e, depois, por sua depressão.

Nas palavras de Maria, sua história foi uma "pegadinha". Não a queria contar inicialmente, pois dizia que a fazia chorar.

"Fui demitida depois de muitos anos de trabalho por uma chefe que implicava e tinha antipatia por mim, meu pai morreu e minha irmã, que era como minha filha, casou e foi embora. Um ano depois tive o câncer. Eu gosto muito de minha irmã, porque é como se eu também fosse sua mãe, pois temos 10 anos de diferença. Ela é autoritária e eu deixava ela fazer o que queria, deixava ela passar por cima de mim. Quando ela voltou (do exterior, onde morou), trabalhamos juntas, mas eu não posso competir com ela, eu deixo ela ir e eu fico (*referindo-se a ficar fora da empresa*)."

Assim nos informou como entendeu os motivos que a levaram a adoecer: a perda do pai e sua dificuldade de ser valorizada no que fazia; não competia, ou seja, não entrava em confronto com o outro que valoriza. Chegou a sua vida adulta e se viu perdedora, não bonita, abdicando de sua posição na configuração familiar.

"Com meu pai não tinha muita afinidade, não que eu não quisesse, eu sempre quis o reconhecimento dele, mas meu pai nunca foi muito... eu nunca fui ... conseguia enxergar que ele me valoriza nada. Eu fazia qualquer coisa para chamar atenção dele ... eu polia o sapato dele ... deixava brilhando e fazia com o maior prazer ... e a minha mãe gosta que valorizem a minha irmã ... meu pai gostava do meu irmão e ele teve autonomia. Eu tinha que usar a roupa do meu irmão, porque ele era mais velho do que eu. Quando consegui comprar uma calça rosa, já tinha 10 anos. Quando me demitiram, era como se ele também tivesse me demitido e aí ele morreu (*referindo-se ao pai*). Eu sempre tenho medo de que achem pouco o que faço. Com meu marido é assim também. Sei que me deprimos, mas não quero mexer nesta história toda."

Sua vida foi sendo forjada a partir de marcas que revelam que ficou no meio do olhar da mãe para a irmã autoritária, e do olhar do pai para o irmão autônomo. Acabou por se ver mãe da irmã e vestida como o irmão, sem ser vista como ela mesma. O lugar do reconhecimento é fundamental na história de Maria, pois ela fez de tudo para brilhar para a mãe e para o pai, mas pensava que cada um deles olhava para um de seus irmãos. Podemos pensar que exatamente neste lugar "não visto" do reconhecimento de si ficou o arcaico, registro de um não olhar.

O embate necessário para ser vista foi armado em sua participação na empresa familiar, mas saiu da empresa "pela irmã". Abandonou sua posição por

ARTIGO

um emprego seu, fora da família. Quando perdeu o conquistado, adoeceu. Também com o marido repetiu este lugar do impossível de ser olhada, quando aos 40 anos, momento em que estaria no auge de sua beleza, fez mastectomia. Novamente não podia ser olhada. Maria demorou seis meses entre a consulta, o diagnóstico e a cirurgia. Não registrou o que estava se passando consigo, em nome da festa de aniversário que estava organizando para a mãe.

Em outra situação, Ana, 33 anos, estava em profundo sofrimento e desgaste pessoal e conjugal em decorrência de dificuldades para engravidar. Havia realizado uma fertilização *in vitro* indicada ao casal como tratamento, tendo em vista que, clinicamente, ela possuía um problema nas trompas, e ele uma quantidade menor que o esperado de espermatozoides. A realização do procedimento e o resultado negativo deste geraram muita ansiedade e tristeza, a ponto de não poder pensar em realizar um novo tratamento.

Ao falar de sua história, Ana contou que nasceu com um problema físico decorrente do fato de a mãe ter tido uma doença na gravidez. Apesar de sua deficiência, Ana conseguiu levar a vida em frente, formando-se na universidade, trabalhando, relacionando-se; segundo ela, convive bem com sua limitação. Este, em relação aos problemas que teve na infância, pareceu-lhe menos complicado que os demais. Ela nasceu em meio a uma situação familiar complexa, em virtude das relações amorosas da mãe. Tais situações fizeram com que fosse registrada no nome do primeiro marido da mãe, com quem nunca conviveu. Foi criada pelos pais. Seu pai era um homem muito ciumento, por vezes violento. Muitas brigas, com agressões físicas e verbais entre os pais, permearam a infância e a adolescência de Ana.

Sem êxito, seus pais tentaram de tudo para resolver sua deficiência física, e isso fazia Ana sentir-se não estar correspondendo às expectativas, principalmente paternas. Esse fato, aliado a outro – os pais nunca corrigiram sua certidão de nascimento justificando esta ação pela complexidade do processo –, a fazia sentir-se não reconhecida. Descreveu-se como uma filha muito certinha que fazia de tudo para evitar conflitos, pois vivia assustada com a violência que presenciava. Queria crescer e sair de casa, o que fez ainda na faculdade. Precisava poder se afastar do ambiente familiar para construir uma possibilidade de ser e estar no mundo. Todo este modelo familiar interferiu em seu processo de identificação, o que, na vida adulta, evidenciou-se na realização do desejo de maternidade.

Conheceu Guilherme, namorou-o e com ele casou. Considerou seu casamento gratificante, sentiu-se segura e feliz em sua escolha. Suas dificuldades surgiram a partir das frustrações advindas de uma primeira gravidez que resultou num aborto espontâneo e na subsequente constatação da infertilidade do marido. Realizaram uma inseminação artificial sem sucesso e, somente após uma investigação mais aprofundada, foi detectado que, além do fator masculino referido anteriormente, ela possuía um problema em suas trompas.

Até saber que ela tinha um problema, estava lidando bem com a infertilidade, apoiando o marido e fazendo todos os tratamentos indicados. Seu

problema nas trompas estava para ela, inconscientemente, relacionado ao seu problema físico e também à concepção de si mesma de um corpo ineficiente. Lembrou que os pais a levaram nos melhores médicos e lhe deram os melhores tratamentos, mas sua deficiência não tinha cura. No momento em que se detectou um problema em seu corpo, ela reviveu toda a dor vivenciada pela sua limitação física e também o quanto se sentia ineficiente frente ao outro (pai-marido); realizar tratamentos para engravidar seria insistir em algo que ela não seria capaz de modificar, assim como seu problema físico congênito. Ana tinha certeza de seu desejo de maternidade. Vislumbrava, contudo, a adoção como a única possibilidade em seu caso, pois via o seu corpo como um corpo danificado, que jamais conseguiria atender à expectativa de uma gravidez, assim como se sentiu, inúmeras vezes, frustrada de não atender, ao que, segundo imaginava, os pais esperavam dela: ter nascido perfeita.

Trabalhar estes aspectos de sua vida possibilitou a reconstrução e a ressignificação de sua história. Ana passou a se ver como alguém capaz, aceitou realizar uma nova fertilização *in vitro* e, quando estava se preparando para o tratamento, chegou à sessão e disse: “minha menstruação está atrasada, mesmo que as chances sejam pequenas, eu posso estar grávida, vou fazer um teste, afinal vou começar a tomar as medicações para iniciar o tratamento.” Esta percepção – “eu posso” – demonstrou que ocorrera uma restauração da visão de si como um corpo fértil, potente, e que, independentemente do resultado do BHCG, ela estava dizendo que agora se via capaz de, por meio de seu corpo, ser mãe. Ana hoje está grávida.

Ao completar 23 anos, Rose recebeu o diagnóstico de um tumor de colo do útero, grave e de mau prognóstico. Quando foi solicitado o atendimento psicológico, a paciente estava hospitalizada, em preparo para cirurgia.

Na história de vida de Rose, destaca-se o quadro de anorexia nervosa, iniciado aos 14 anos, motivo de muitas crises, sofrimento e internações hospitalares. Ressalta-se também a difícil relação com a mãe, “vivemos sempre juntas, mas, na verdade, nos odiamos.”

Ao falar do desenvolvimento de sua doença, referiu-se à profunda angústia que estava sentindo, pela cirurgia a que precisaria se submeter. A partir deste diagnóstico, toda a família se mobilizou muito em torno dela, fato que lhe trazia satisfação: “agora querem fazer o que nunca fizeram por mim, pois estão com medo que eu morra por não terem dado importância às minhas dores e às minhas queixas, isso é só por culpa, pois achavam e diziam que eu estava louca.”

É importante considerar que, a partir dessa situação, a mãe de Rose se mobilizou muito, fazendo de toda e qualquer queixa da paciente um motivo para que ela fosse escutada e examinada. Rose acreditava que todos percebiam que sua mãe era uma pessoa extremamente “inconveniente e dominadora.”

A mãe de Rose é uma empresária de sucesso. Começou a vida com muitas dificuldades financeiras, até que conheceu o marido, 21 anos mais velho. Com a união, ela assumiu a parte comercial de uma empresa, ficando o pai dedicado à plantação e à colheita de hortifrutigranjeiros. Nessa época, a mãe teve algumas

ARTIGO

relações extraconjugais e, fruto delas, contraiu uma doença, culpando-se imensamente pelo que fizera. Desse forte sentimento de culpa, nasceu um apego extremo à religião. Enquanto estava em tratamento pela doença contraída, a mãe descobriu estar grávida há 2 meses, o que lhe deixou novamente muito angustiada, pois imaginava que geraria uma *criança monstro*, com muitas deformidades. Rose foi a última dos 6 filhos que tiveram; nasceu bem, ainda que muito pequena. A mãe resolveu dedicar-se ao trabalho de forma absoluta, deixando os filhos aos cuidados do pai e de empregadas que trabalhavam na casa. Rose tem muitas lembranças de suas doenças e do fato de estar sempre só e com muitos medos, que se alternaram entre cachorros, monstros, extraterrestres e doenças, motivos de suas dificuldades para dormir e do baixo desempenho escolar.

Aos 19 anos, Rose conheceu João, de 33 anos, que vivia com 2 filhos de relacionamentos anteriores. Em poucos tempo, passou a viver na casa com eles, o que determinou o rompimento do relacionamento com a mãe. Alguns meses após, decidiram casar, momento em que a mãe se reaproximou. Com 20 anos, Rose engravidou; o parto foi normal e a termo. Com pouco mais de 40 dias, surgiram dores lombares importantes, quando foi iniciado o período de investigações médicas que durou um ano, até a descoberta do tumor no colo do útero. É importante destacar que Rose havia realizado um exame Papanicolau aos 19 anos, no qual já estava diagnosticado o HPV, que provocou a doença. Ela, porém, nunca fora buscar o resultado desse exame.

Rose foi submetida à cirurgia para a retirada do tumor, quando também foi retirado o útero, a bexiga e partes do intestino, pois na biópsia foram identificadas metástases no intestino delgado e grande invasão nos ureteres e na região vaginal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Marcamos inicialmente, com as vinhetas clínicas apresentadas, que os fenômenos psicossomáticos não apresentam um determinismo psíquico, mas, sim, são frutos de uma história constitutiva da organização psíquica, dos acontecimentos da vida e das vicissitudes das inscrições psíquicas. Ressaltamos que, quando o sentido e a cadeia de significantes são trabalhados através da palavra, tornam-se ligados, representados no psiquismo, oportunizam a fixação e possibilidades de reorganização psíquica.

Entendemos que os fenômenos psicossomáticos se utilizam do corpo para comunicar algo. Os casos assim o demonstram. Trata-se de corpos que serviram para comunicar o não dito, que, na forma de arcaico, ficou sem a tradução da palavra e do recalque necessário, para que se descolasse do real do corpo o gozo incestuoso não interditado. Verificamos como Maria não se via olhada pela mãe e, depois, pelo pai, apesar de todos os seus esforços para lhes agradar. Passou sua vida tentando fazer que sua mãe a olhasse como uma mulher “interessante e capaz”. No caso de Ana, ela não pôde ser reconhecida como filha de seu pai; então, foi registrada como filha de um homem que não conhecia. Já Rose, que seria um bebê-monstro, castigaria a mãe pelo prazer encontrado nas relações extraconjugais. As marcas que se engravaram em corpo(s) – “bonito(s)” como Maria, “deficiente(s)” como Ana, ou “anoréticos e vazios” como Rose –

geraram uma lesão real, um seio extirpado pelo tumor; uma trompa impossibilitada de gerar; um útero contaminado e adoecido. Maria, ao não ser olhada, não podia fazer parte da “empresa família”; Ana vivia sua deficiência física como registro do “não posso ser mãe”; e Rose também não recebera o olhar e a credibilidade da mãe, a não ser quando doente. Houve abalo narcísico em todas, porém com desfechos diferentes. Uma não queria falar da sua história, depressindo-se; outra, ao falar de sua vida, tornou possível se ver e refazer sua “certidão-reconhecimento” para se tornar capaz de gerar; e outra continuou a ser reconhecida na doença, que foi se agravando. São retranscrições necessárias, nem sempre possíveis, para descolar do corpo o arcaico e desfazer a barreira narcísica que toma o corpo como objeto de investimento. É o caminho que, nos casos apresentados, só ocorreu em Rose.

Qual, então, o diferente entre essas histórias? Dissemos que o fenômeno psicossomático se utiliza do corpo para comunicar algo, entretanto isto é comunicado à revelia do sujeito, ou seja, sem que o sujeito possa conhecer/reconhecer esta comunicação. Isso se dá porque o fenômeno psicossomático, na perspectiva por nós estudada, relaciona-se com o avanço, no manifesto, das inscrições arcaicas. Assim, temos o paradoxo que é o de comunicar sem possibilidade de apropriação por parte do sujeito.

É nesse sentido que entendemos o lugar vital de uma intervenção psicanalítica frente ao fenômeno psicossomático, que, mais além da construção da história traumática infantil, insiste na retranscrição das inscrições arcaicas, buscando um destino na organização psíquica. Retira as inscrições arcaicas do estatuto de almas penadas e confere a elas uma fixação na tópica psíquica, uma circulação pulsional e acesso à palavra.

Por que falamos de intervenção psicanalítica? Justamente pelo caráter específico que é o da transferência, reedição do traumático, com a abertura de um novo olhar, o do psicanalista, que envolve o reconhecimento do outro enquanto outro diferente/separado. Em um dos casos, a escuta foi de três encontros e motivou a procura de tratamento, o que nos mostra como é possível operar a transferência.

O trabalho realizado frente às expressões do arcaico é um trabalho de ligação, de transcrição no histórico vivencial das marcas encravadas como traumáticas que avançam sobre o corpo real, por não encontrarem possibilidade de apropriação/reconhecimento pelo sujeito e efetivarem a tramitação psíquica.

Acreditamos na potencialidade da psicanálise com respeito a esses fenômenos justamente pela possibilidade de que a reedição, em transferência, possa abrir vias para a inscrição do reconhecimento do outro, da reorganização do circuito pulsional, rompendo a repetição do mortífero.

NOTAS

¹ Este grupo se reuniu desde setembro de 2009 até agosto de 2011 e contou, em um determinado tempo, com a participação das colegas Cristina Herbstrith e Evelise Waschburger.

² Reconhecimento é uma expressão oriunda da filosofia, mais especificamente da dialética hegeliana que “fala do problema de como nos tornamos uma pessoa plenamente desenvolvida pela obtenção do reconhecimento de nosso status por parte de outros” (INWOOD, 1977, p.275). Reconhecer-se, processo primeiro de reconhecimento, supõe um processo de desdobramento da consciência em outra consciência, passando do igual ao diferente, ou seja, eu#eu, que dá acesso à consciência de si e, posteriormente à dialética do senhor e do escravo. Na dialética, “o desejo humano só se encontra quando contempla outro desejo, ou melhor, quando se refere a outro desejo e se torna desejo de ser reconhecido, portanto, de reconhecer a si mesmo. É somente nessa relação de consciências de si que se atualiza a vocação do homem, aquela de encontrar-se a si mesmo no ser, fazer-se ser” (HYPPOLITE, 1999, p.181). O reconhecimento mútuo, tal como os indivíduos se reconhecem ao se reconhecerem reciprocamente, cria o elemento vida (...) em que o sujeito é para si mesmo objeto, encontrando-se perfeitamente no outro, sem todavia fazer desaparecer uma alteridade que é essencial à consciência de si” (HYPPOLITE, 1999, p.181).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLEICHMAR, S. **Nas origens do sujeito psíquico: do mito à história**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BLEICHMAR, S. **Clínica psicoanalítica y neogénesis**. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- BRAUNSTEIN, N. **Goce**. Madrid: Siglo Vientiuno editores, 1990.
- CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- AULAGNIER, P. C. **La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado**. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- DOLTO, F. **A imagem Inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FREUD, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria. In: **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. II, 1990.
- _____. (1896). Carta 52. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. I, 1990.
- _____. (1914). Introducción del narcisismo. In: **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIV, 1990.
- HYPPOLITE, J. **Gênese e Estrutura da Fenomenologia do Espírito de Hegel**. São Paulo: Discurso Editorial, 1999.
- INWOOD, M. **Dicionário de Hegel**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.
- LACAN, J. **O Seminário. As formações do inconsciente**. Livro 5. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957-1958/1999.
- LAPLANCHE, J. **La prioridad del otro en psicoanálisis**. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.
- LAPLANCHE, J. **El incosciente y el ello. Problemáticas IV**. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
- MCDUGALL, J. **Teatros do Corpo**. São Paulo: Marins Fontes, 1991.
- WARTEL, R. et al. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

POR QUE FALAR, AINDA?

WHY EVEN TALK?

Rosane Padilha¹

Resumo: Por meio da articulação entre a teoria da psicanálise e a sua aplicação no tratamento de sujeitos autistas, este artigo descreve alguns impasses enfrentados na clínica psicanalítica com esses sujeitos. A partir dessa situação, é discutida a atualização da doutrina psicanalítica, assim como a sua pertinência ao mundo contemporâneo. Esse percurso clínico se tem mostrado promissor, devendo-se dar seguimento à pesquisa nessa direção.

Palavras-chave: Psicanálise, Autismo, Real, Simbólico, Imaginário.

Abstract: By linking the theory of psychoanalysis and its application in the treatment of autistic subjects, this article describes some dilemmas faced in the psychoanalytic treatment of these subjects. Starting from this point of view we discuss the update of psychoanalytic doctrine, as well as their relevance in the contemporary world. This clinical route has been shown promise, pointing to the continuity of the research in this direction.

Keywords: Psychoanalysis, Autism, Real, Symbolic, Imaginary.

Por que insistir com a psicanálise, ainda? Atualmente os campos da neurociência, da genética, do comportamento e da farmacologia estão em grande crescimento, colocando o acento no tratamento do organismo separado do sujeito e apostando em técnicas objetivas e padrões pré-estabelecidos com a finalidade de proporcionar um bem viver. A psicanálise, ao contrário, coloca a fala e a linguagem no centro de sua clínica, oferecendo um lugar ao sujeito do inconsciente e apostando na subjetividade e na invenção do um por um.

Por que escolher o campo da psicanálise, mesmo na clínica com os sujeitos ditos autistas? Por que priorizar a estrutura da linguagem, para trabalhar também com a especificidade desses sujeitos, nos quais podemos constatar, mais nitidamente, manifestações de diferentes dificuldades nesta área? Sabemos também que esses sujeitos estão, muitas vezes, inseridos no real com restrições no recurso do encobrimento do simbólico e do imaginário, sem historinhas que, de uma forma ou de outra, criariam um espaço, um intervalo entre o sujeito e o real. Então, por que sustentar a proposta da psicanálise, sendo que esta tem como orientação um direcionamento ao real?

Se, por outro lado, a psicanálise viabiliza a clínica com esses sujeitos, indo além da fala e dos padrões classicamente estabelecidos como o divã, o atendimento padrão em consultório, o enquadro clínico, a técnica de livre associação

¹Psicanalista, Mestre em Psicologia pela Universidade de Paris VII – Diderot, Mestre em Psicanálise pela Universidade Paris VIII – Saint Denis, Doutorado em Psicanálise pela Universidade de Paris VIII - Saint Denis. rosanepadilla@hotmail.com

e o tratamento em direção ao real, quais são, finalmente, os atributos fundamentais que sustentam o campo da psicanálise e que nos permitem assim nomeá-la? Qual seria, então, o suporte da clínica da psicanálise em relação aos sujeitos ditos autistas?

Sustentar a suposição do sujeito, reconhecer em todo ser falante o estatuto de sujeito do inconsciente comporta não somente considerar a importância do simbólico em nossa civilização – na qual todos os sujeitos estão inseridos –, mas também a fundamentação ética da clínica psicanalítica que prioriza a diferença, a singularidade do sujeito, do um por um.

Levar a sério cada diferença, dar um lugar à especificidade de cada um é o fundamento da psicanálise. Então, considerar a particularidade dos sujeitos autistas, ler atentamente a lógica em que esses sujeitos estão inseridos, leva-nos a um paradoxo em que a construção de um possível encobrimento simbólico suplementar, está, muitas vezes, colocada a um além da fala e da escuta para possibilitar algum tipo de laço social. Isso ocorre pelo fato de que falar, escutar e ser escutado é, por vezes, um ponto de impedimento do sujeito.

Podemos, dessa maneira, afirmar que estes dois eixos destacados como fundamentos da psicanálise, por um lado a consideração da diferença e por outro o tratamento via fala, palavra, levam-nos, algumas vezes, a impasses que nos colocam a trabalhar. A clínica psicanalítica na particularidade desses sujeitos nos permite estabelecer em tensão dois pontos fundamentais: a importância da singularidade e da diferença como base da ética psicanalítica e o dispositivo do tratamento pela palavra como recurso prioritário da clínica. A reflexão desses dois pontos em relação aos sujeitos autistas pode nos levar a uma atualização da psicanálise, marcando seu lugar próprio, diferente de outros campos de tratamento. Sua proposta considera a existência de um corpo além de um organismo (ainda que sem o habitual recurso do imaginário) e a expressão do sujeito mesmo no silêncio, no mutismo, na fala ou no grito. Dessa forma, a psicanálise oferece uma nova perspectiva sobre o que nos anima, orientada para a singularidade de cada um, o que abre a possibilidade de se fazer algo com o incurável inerente a todas as estruturas.

A imersão no real dos sujeitos autistas ocorre como fruto do desvio da operação de alienação que constituiria o imaginário e da não entrada na castração que permitiria o acesso ao registro simbólico. Assim, não ocorre a amarração dos três registros – real, simbólico e imaginário –, o que impede que o sujeito estabeleça um limite – imaginário e simbólico – entre o seu corpo real e o que chamamos mundo exterior. Isso, no entanto, pontua Laurent (2003, p.156), “não implica que não haja Outro, mas (sim) que não haja Outro barrado”. O Outro opera como pura exterioridade da lei, Outro da linguagem, sem inscrição da falta, que se apresenta como todo, completo e, portanto, não-desejante. A criança autista, conseqüentemente, não encontra um lugar para se situar no desejo do Outro, isto é, não se aliena ao desejo do Outro, não encontrando uma posição no Outro simbólico.

Contudo, nos diz Di Ciaccia (2005, p.38), a criança autista “também ela

está no lugar do Outro (...), em uma rede simbólica que segue uma lógica”, pois, para ela, há o Outro da linguagem. Logo, como esses sujeitos estão na linguagem, eles podem falar. Aliás, como Lacan (out/1975) precisou, “são personagens antes ‘verbosos’, mesmo sendo difícil entendê-los. Muitos sujeitos autistas falam e falam bem, mas não sem dificuldades, pois, para eles, cada palavra contém a materialidade da coisa, ou seja, os significantes se apresentam em sua face real. A verdade de sua fala não comporta uma estrutura de ficção, por isso suas palavras têm um peso que altera tanto sua expressão como sua compreensão: “Se trata simplesmente de pessoas para quem o peso das palavras é algo de muito sério” (LACAN, 1985, p.20).

A conexão entre a linguagem e o real – sem relação com o imaginário e ante o impossível da entrada no discurso – leva a pensar, com Laurent (2007, p.42), em “uma espécie de estranha topologia, na qual a linguagem se dobra ao real, acerca-se dele, amarra-o à condição de ter ele mesmo a estrutura de um número real, de uma sequência sem lei, sem modo de resumi-la”. Referindo-se à particularidade dos sujeitos hoje reconhecidos sob a categoria “autistas de alto-nível”, este autor propõe a possibilidade de dizermos que a linguagem está colocada como um bloco de regras, como um encadeamento sem lei, do qual é impossível extrair uma síntese.

Laurent fala, ainda, de um “exercício de rigor psicótico, mas sem a contaminação imaginária da construção delirante”, em que “o jogo do simbólico é realizado, sem equívocos possíveis”. Isso fica bem claro no depoimento de TempleGrandin, em seu livro *“Mavie d’autiste”*, sobre a maneira como respondeu, por exemplo, à explicação de um professor a respeito do “enigma da sala deformada”, que mostra como a perspectiva pode afetar nossa percepção do tamanho dos objetos: “...ele (o professor) disse: ‘Não se deve confiar nas aparências, Temple’. Isto me deixou encolerizada, diz Temple, pois, com minha lógica em preto e branco de autista, eu não suportava a ambiguidade. O que eu via, existia. Eu era inflexível em minhas opiniões” (GRANDIN, 1997, p.122).

Não poder contar com a exatidão no que vê, não poder relacionar diretamente a imagem com a realidade e, ainda, não poder acreditar no visto provoca a cólera de Temple pela desconexão entre a linguagem e a realidade material. O rigor da transmissão da imagem sem a contaminação imaginária é expresso na lógica em preto e branco de Temple. Na leitura que ela faz do mundo, não há lugar para equívocos ou ambiguidades; sua opinião tem peso e sua palavra porta a materialidade da imagem. O ato de dizer, para Temple, não está marcado pelo corte com a consequência, ou seja, o ato do dizer, neste caso, é a própria consequência (AUSTIN, 1970, p.121). Mesmo em sua escrita, pode-se perceber a presença e o peso do significante desabonado do gozo, no seu estilo claro, direto, sério e factual.

O objeto voz, também fora da ordem simbólica, portanto não incorporado por este sujeito, resulta numa falta de identificação primordial, dentro da função representativa do sujeito. Isso significa que se trata de um sujeito no qual não se operou uma primeira identificação, o que provoca um deslocamento metonímico na cadeia significante (S2, S3, S4...): há ausência de um significante (S1) que o

represente para outro significante e que lhe possa servir de orientação para situar-se no mundo simbólico, como sujeito daquilo que enuncia. Em consequência, este sujeito não pode contar com a linguagem como limitadora de gozo. Precisa, então, inventar outros dispositivos, no registro do real, que façam as vezes de borda.

Como, no autismo, o sujeito tampouco fez a passagem pela identificação especular, nem pelo estádio do espelho, não dispõe, assim, de recursos imaginários; ele opera, então, pela própria via do gozo, uma borda que delimita algo do corpo, produzindo como consequência um efeito de “encapsulamento” (TUSTIN, 1990, p.113). Esta forma de fechamento dos sujeitos autistas em seu próprio mundo, uma espécie de cápsula protetora, é uma solução encontrada para demarcar um efêmero limite no corpo, na ausência de delimitação pela imagem, o que possibilita a sustentação de “algo” como corpo. Mas, ao mesmo tempo em que esta espécie de cápsula protege e delimita algo do corpo do sujeito, ela produz o fechamento do sujeito em si mesmo.

Nessas circunstâncias, como pensar a intervenção da psicanálise numa lógica em que a intermediação do simbólico não está colocada, a especularidade do outro não existe e a divisão subjetiva do sujeito está foracluída? Ao colocar em jogo a questão do gozo e das diferentes modalidades de amarração entre os registros, a psicanálise abre novas perspectivas para o trabalho com estes sujeitos, nos quais o dispositivo psicanalítico propriamente dito não se aplica. Sem o recurso do simbólico, os psicanalistas foram levados a inventar novas modalidades de trabalho que considerem a absoluta supremacia do real na constituição desses sujeitos. Entre essas modalidades, destacam-se a “prática entre vários” desenvolvida em alguns hospitais da França e da Bélgica, que fazem parte da Rede Internacional, Institucional e Infantil.

Levando em conta a ética que lhe é própria e a teoria com a qual avança, a clínica psicanalítica do autismo orienta-se fundamentalmente para o favorecimento da constituição de um espaço vazio, de uma distância entre o sujeito e o outro, de uma falta ou uma delimitação que permita um processo de trocas. Isso requer do psicanalista a possibilidade de se colocar como parceiro do sujeito autista, advertido de que isso “significa saber se posicionar como um outro, não só e tão somente semelhante, porém capaz de se revestir do semblante que, ao articular o Outro da fala ao Outro da linguagem, exclua aquilo que provoca gozo excessivo” (DI CIACCIA, 2005, p.43).

Promover esse “furo” no Outro mortífero, posicionar-se “entre” o gozo invasivo e o sujeito autista, construir meios para ampliar o espaço da cápsula do sujeito ou ainda edificar túneis de ligação entre o mundo do sujeito e o mundo social são algumas orientações que fundamentam a clínica psicanalítica aplicada ao autismo. Para tanto, sustentar, a partir do desejo do analista de querer saber sobre a diferença de cada sujeito, a participação do analista na linguagem singular do sujeito e um semblante que possa abrir o campo do dito são aspectos essenciais desta clínica.

ARTIGO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSTIN, J.L. **Quand dire, c'est faire**. 1^{ère} Edition, Paris: Edition du Seuil, 1970, p.121.
- DI CIACCIA, A. A prática entre vários. In: ALTOÉ, S.; LIMA, M. (organizadoras). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p.38.
- GRANDIN, T. **Ma vie d'autiste**. 3^{ème} édition. Paris: Edition Odile Jacob, 2001, p.122.
- LACAN, J. Conférence à Genève sur le symptôme. In: **Bloc-notes de la psychanalyse**, n°5, Genève, (4oct/ 1975), 1985, p.20.
- _____. **Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines**, p.11, dez/1975.
- _____. **Le Symptôme**. In: Columbia University, Auditorium Schoool of International Affairs, p.46, 1975.
- _____. (1975/1976). **Le Séminaire, Livre XXIII, Le Sinthome**. Paris: Editions du Seuil, 2005, p.18.
- LAURENT, E. Les spectres de l'autisme. In: **La Cause freudienne: Revue de Psychanalyse du Champ Freudien**, 78, 2011.
- _____. Le trait de l'autisme. In: Bruno de Halleux (Orgs.), **Quelque chose à dire à l'enfant autiste: Pratique à plusieurs à l'Antenne** (pp. 219-222). Paris: Ed. Michèle, 2010.
- _____. Les futurs des spectres de l'autisme. In: Bruno de Halleux (Orgs.), **Quelque chose à dire à l'enfant autiste: Pratique à plusieurs à l'Antenne 110** (pp.223-236). Paris: Ed. Michèle, 2010.
- _____. Autisme et psychose: Poursuite d'un dialogue avec Rosine et Robert Lefort. In: **La Cause freudienne: Revue de Psychanalyse du Champ Freudien**, 2007.
- _____. Robert y RosineLefort: La invención de una práctica con ni/Æos orientada a lo real. Un psicoanálisis orientado a lo real.In: **Carretel**, n.08, p.39-48.
- LEFORT, R. et R. **Les trois premières séances du traitement de L'Enfant au loup**. Ornicar 28, 1984.
- _____. **Les structures de la psychose: L'enfant au loup et le Président**. Paris: Seuil, 1988.
- _____. **La distintion de l'autisme**. Paris: Editions du Seuil, 2003.
- MALAVAL, J.C. **L'autisme et sa voix**. Paris: Editions du Seuil, 2000.
- _____. Nouvelle revue de Psychanalyse: La Cause Freudienne. In: **Citoyen Symptôme**, numéro 66, Editeur Navarin, Paris, p.127, 2007.
- MILLER, J. (Org.) **L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort**. Paris: Editeur Navarin, 2010.
- TUSTIN, F. **Autisme et protection**. 1^{ère} Edition, Paris: Seuil, 1990.

A RELAÇÃO EU/OUTRO NOS ESTADOS LIMITES: ASPECTOS TEÓRICOS E CLÍNICOS

THE RELATIONSHIP SELF/OTHER IN BORDERLINE STATES:
THEORETICAL AND CLINICAL FEATURES

Raquel Rubim del Giudice Monteiro¹, Marta Rezende Cardoso²

Resumo: Tratamos aqui de aspectos essenciais dos estados limites, como o da singularidade de seu manejo clínico. Mostramos, a partir das contribuições de alguns autores, dentre eles, René Roussillon e André Green, que a relação eu/outro constitui o cerne de sua problemática. A incapacidade de interiorizar o objeto coloca o sujeito em estado de radical dependência ao outro, paradoxalmente vivenciado como intrusivo.

Tal modo de relação se repete na transferência e o analista, com suas intervenções, não deve ser vivenciado como invasivo, nem como ausente. Exploramos a dimensão de contratransferência assim como as noções de “implicação” e “reserva” do analista, de grande relevo nesses casos.

Palavras-chave: Estados limites, Objeto, Técnica psicanalítica, Contratransferência.

Abstract: We treat here the essential features of borderline states, such as the uniqueness of its management. From the contribution of some authors like René Roussillon and André Green we show that the relation self / other is at the heart of their problem. The inability to internalize the object sets the subject in a state of extreme dependence on the other, paradoxically experienced as intrusive.

This kind of relation is repeated in the transference and the analyst, with her interventions should not be experienced as intrusive, or as missing. We explore the dimension of countertransference and the concepts of “implication” and “reserve” of the analyst, as well as the, so important in these cases’ therapy.

Keywords: Borderline states, Object, Psychoanalytic technique, Countertransference.

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

Diversos psicanalistas têm reunido esses quadros clínicos, respeitada a peculiaridade de cada um, sob a designação de “estados limites”. Não obstante, ao percorrermos diversas considerações teóricas relativas a estas patologias, constatamos que tal denominação não é empregada de modo uniforme no meio

¹Psicóloga; Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro ; ex-bolsista da CAPES (Mestrado). raquelgiudice@gmail.com

²Psicanalista; Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise - Universidade de Paris Diderot- Paris 7 (França), Professora Associada da UFRJ (Prog. de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica); Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Pesquisadora do CNPq (bolsa de produtividade em pesquisa). rezendecardoso@gmail.com

psicanalítico, e que inúmeros termos distintos são utilizados para tentar circunscrever a problemática psíquica desses estados clínicos. Vale destacar que esses diferentes termos não significam apenas variações terminológicas, mas que cada um deles diz respeito a diferentes pontos de vista implicando, inclusive, diferentes estratégias de tratamento.

A PROBLEMÁTICA DO LIMITE NOS ESTADOS LIMITES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No que concerne à singularidade da dinâmica própria à formação e manutenção dos limites com o outro, com a alteridade, as autoras salientam que, ao pensarmos as fronteiras psíquicas como espaço potencial, podemos supor, nos estados limites, a “precariedade e a estreiteza desse espaço fronteiro, desse espaço de trânsito entre o eu e o outro, espaço de elaboração e de formação de compromisso” (op. cit.).

OS LIMITES ENTRE O EU E O OUTRO

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

Através de sua teorização sobre o trabalho do negativo, Green (1986; 1988/2010) demonstrou o papel fundamental que os objetos desempenham nos processos de constituição da subjetividade. Ele designa este trabalho como o con-

junto das operações psíquicas, tais como o recalque, a negação, o desmentido e a forclusão, que se estendem ao conjunto das instâncias que compõem o psiquismo.

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

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

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

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

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

A presença do objeto no interior do psiquismo é vivida como ameaça de aniquilamento; o ego vê-se diante da possibilidade de ser dominado, invadido pelo “outro”, devido à incapacidade de constituir efetiva zona fronteira entre o eu e o outro. A relação objetal fica marcada por precária diferenciação entre o eu e o outro. Frente a esta ameaça, o ego tende a convocar, como resposta defensiva, o registro do corpo e do ato e, de maneira disruptiva, utiliza recursos

defensivos externalizados. A fragilidade narcísica faz com que o eu se torne dependente do objeto externo como forma de manter reunidas suas partes desintegradas.

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

CLIVAGEM DO EGO EM FREUD / CLIVAGEM AO EGO EM ROUSSILLON

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

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

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

Assim, o traumatismo primário engendra, no psiquismo dos sujeitos limites, uma significativa presença de marcas, ou seja, de impressões que não vieram a ser representadas. Essas marcas, traumáticas, permanecem submetidas à compulsão à repetição, o que significa que são regularmente reativadas.

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

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

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

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

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

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

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

Nos estados limites o recurso à clivagem também nos parece marcante. Mas trata-se, nestes casos, de uma tentativa de sobrevivência psíquica engendada pelo ego diante do traumático. Roussillon (1999, op. cit.) indica, com precisão e pertinência, que nestas patologias este mecanismo de defesa egoico seria distinto daquele descrito por Freud, pois a clivagem não seria aqui uma clivagem *do* ego, mas, sim, uma clivagem *ao* ego. A menção a uma clivagem ao

ego diz respeito à ruptura que ocorre na subjetividade frente ao traumatismo primário. O sujeito “corta” sua vida psíquica subjetiva, “retira” de si a impressão traumática. A subjetividade passa a estar dividida em uma parte representada e uma parte não representada.

Deste modo, estaríamos diante de um mecanismo defensivo que opera por uma ruptura, conforme Freud nos mostrou ao abordar o mecanismo da clivagem do ego. Mas conforme indicamos acima, nas patologias limites o que parece ocorrer não é a divisão do ego em duas cadeias representativas diferentes, mas sim um “corte” na constituição subjetiva, pois uma parte desta permanece fora da representação, não conseguindo se integrar no ego. Na clivagem ao ego

“(...) o ego se cliva de uma experiência experimentada e ao mesmo tempo não constituída como uma experiência do ego, o que suporia que ela tivesse podido ser representada. De um lado a experiência foi “vívda” e deixou “traços mnésicos” do que foi experimentado e, de outro lado, ela não foi vivida e apropriada como tal, uma vez que, como diz Winnicott, ela não foi colocada na presença do ego, o que suporia que tivesse sido representada.” (ROUSSILLON, 1999, op. cit., p. 20. Tradução nossa)

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

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

Nesses estados, parece haver fragilidade na constituição egoica, decorrente da incapacidade do aparelho psíquico para conter, elaborar e/ou recalcar o excessivo afluxo pulsional que incide sobre ele de forma abrupta e violenta. Diante disto e da ameaça de reviver a experiência traumática, o psiquismo coloca em ação defesas complementares, ou seja, de acordo com as proposições de Roussillon (1999, op. cit.), as ligações primárias não simbólicas.

Como vimos anteriormente, os elementos traumáticos, apesar de clivados do espaço egoico, não desaparecem do psiquismo, que conserva a sua marca. A

operação da clivagem não é, portanto, suficiente; será necessário repeti-la ou organizar as defesas contra o retorno do estado traumático. Para tentar “ligar” e interromper o retorno do clivado, o ego põe em ação as defesas complementares.

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

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

Poder-se-ia mesmo sustentar que aqui a melhor parte do psiquismo é empregada, sendo alienado de si mesmo na tarefa de proteger o resto do psiquismo do retorno do traumatismo primário. De certo modo, o empobrecimento do ego está sempre mais ou menos presente, podendo, portanto, ser manifesto e situado no primeiro plano do quadro clínico. Quando isto ocorre encontramos-nos diante do domínio de um dos tipos de “ligação primária” não simbólica enunciado por Roussillon: a “neutralização energética”.

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

O processo de neutralização simples, como pontua Roussillon (1999, op. cit.), é certamente aparentado às formas de depressão “fria” sem, no entanto, o cortejo dos afetos depressivos – o que, de fato, marca uma diferença clínica

notável entre esses dois processos. Tudo parece se passar como se o psiquismo, confrontado aos fracassos de suas tentativas para integrar a experiência traumática, viesse a colocá-la de lado esperando que um objeto venha, em nome do amor ou em virtude de uma forma de contrato narcísico extremo, reencontrar e vivificar ou reaquecer a parte da qual o ego teve que se “separar”, mediante a clivagem.

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

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

PARTICULARIDADES DA CONTRATRANSFERÊNCIA NA ANÁLISE DOS ESTADOS LIMITES

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

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

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

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

dimensão da contratransferência não se restrinja aos casos em questão, parece, no entanto, ser bastante frequente que no atendimento deles, o analista tenda a se identificar “com aspectos que o paciente exclui e não assume como seus: por exemplo, seu ódio, sua indignação, seu pânico, sua necessidade vital, etc” (FIGUEIREDO, (2003, op. cit. p. 120).

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

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

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

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

Assim, o analista coloca seu próprio aparelho mental em ação, fazendo uso de sua elaboração imaginativa, o que visa auxiliar o aparelho mental do paciente a construir a sua própria elaboração da experiência traumática. Mas, para tal, o manejo da contratransferência revela-se fundamental. Acrescenta Aisenstein (2002) que, diante dos elementos clivados, submetidos à compulsão à repetição, o analista necessita realizar um trabalho psíquico através do que é atuado na relação transferencial para, assim, poder vir a apreender tais conteúdos.

“IMPLICAÇÃO” E “RESERVA” DO ANALISTA NO ATENDIMENTO DOS ESTADOS LIMITES

Como vimos, no espaço clínico, a relação paradoxal que o sujeito tende a estabelecer com o outro tenderá a ser repetida na relação transferencial, exigindo do analista extremo cuidado no seu manejo para que suas intervenções não

sejam vivenciadas como intrusivas. Mas o analista deverá também ficar atento à necessidade de ser percebido como presente, pois a sua ausência pode remeter o analisando a um insuportável sentimento de desamparo. Qual a singularidade do manejo da transferência na análise dos estados limites?

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

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

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

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

A implicação do analista decorre da necessidade de ele se colocar de forma mais presente no contexto analítico. Diante da problemática apresentada pelos estados limites, o analista não deve ocupar um papel passivo, limitando-se a escutar e a interpretar as associações do paciente. O paciente limite necessita

do outro para sentir-se vivo. Ao se colocar numa posição mais passiva, conforme indicamos acima, o analista tende a remeter o paciente a uma vivência de ausência do outro, devido à sua dependência em relação a este como forma de manter reunidas as partes do eu desintegradas. Este sentimento de ausência poderá remetê-lo à angústia de aniquilamento e de perda de si, circunstância que viria inviabilizar o tratamento.

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AISENSTEIN, M. **Construire, inventer, élaborer.** In: **Inventer en psychanalyse construire et interpreter.** Paris: PUF, p. 67-77, 2002.

BERTRAND, M. Construir un passe, inventer un possible. In: **Constructions en psychanalyse**, RFP. t. LXXII, nº 5, p. 1339-1417, 2008.

FERENCZI, S. (1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. In: Sándor Ferenczi, **Escritos Psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Tavares e Tristão Ed, 1984, p. 301-312.

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

_____. & CINTRA, E. U. (2004). Lendo André Green: O trabalho do negativo e o paciente limite. In: CARDOSO, M. R. C. (Org.) **Limites**. São Paulo: Escuta, p. 13-58.

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. (1910). In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XI, p.143-156.

ARTIGO

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. (1912). In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XII, p.123-133.

_____. Fetichismo. (1927). In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996), Vol. XXI, p. 151- 160.

_____. A divisão do ego no processo de defesa. (1938a). In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XXIII, p. 291-292.

_____. Esboço de psicanálise. (1938b). In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XXIII, p. 153-221.

GARCIA, C. A. Os estados limites e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea In: **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, Vol. VII- Nº 1, p. 123-135, 2007.

GREEN, A. O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: _____ **Sobre a loucura pessoal**. Rio de Janeiro: Imago, 1988, p. 36-65. (1975).

_____. O trabalho do negativo (anexo 1) In: **O trabalho do negativo**. Porto Alegre: Artmed, 2010. (1986).

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

_____. **Conferências Brasileiras de André Green: Metapsicologia dos estados limites**. Rio de Janeiro: Imago. 1990.

RACKER, H. **Estudos sobre técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ROUSSILLON, R. Traumatisme primaire, clivage et liaison primaires non symboliques. In: _____ **Agonie, Clivage et Symbolisation**. Paris: PUF, p. 9-35. 1999.

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

VILLA, F. C. & CARDOSO, M. R. A questão das fronteiras nos estados limites In: CARDOSO, M. R. (Org.) **Limites**. São Paulo: Escuta, p. 59-70, 2004.

AS CONDIÇÕES DO SI MESMO NA SITUAÇÃO DE NÃO RECONHECIMENTO DA PRÓPRIA GRÁVIDEZ: ENLACES NO TERRITÓRIO DA DOR

THE CONDITIONS OF THE ONESELF IN THE SITUATION OF NOT RECOGNIZING THE OWN PREGNANCY: SOME THOUGHTS IN THE TERRITORY OF THE PAIN

Thomás Gomes Gonçalves¹

Mônica Medeiros Kother Macedo²

Resumo: O presente artigo aborda o fenômeno da negação não psicótica da gravidez, isto é, a situação na qual uma mulher não sabe que está grávida durante significativa parte da gravidez ou até o momento do parto, situando-o no território das patologias de fronteira. Para explorar essa condição discorre-se sobre sua complexidade e articulam-se proposições teóricas que tomam como referências os conceitos de gravidez impensável e vivência de indiferença, ferramentas que permitem maior compreensão desta situação. O conceito de gravidez impensável é tomado como resultante da negação, por parte da mulher, do fato de que uma relação sexual possa resultar em gestação, ou seja, a mulher nega a potencialidade de sua fertilidade. Já o conceito de vivência de indiferença permite constatar os efeitos das fraturas no processo de constituição do si mesmo evidenciados na impossibilidade de uma mulher reconhecer-se gestando outro ser.

Palavras-chave: Negação não psicótica da gravidez, Gravidez impensável, Vivência de indiferença.

¹ Psicólogo formando pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestrando em Psicologia Clínica no Grupo de Pesquisa "Fundamentos e Intervenções em Psicanálise" do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FAPSI (PUCRS). gomes.thomas@gmail.com

² Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do RS (PUCRS). Professora Adjunta da Graduação e do PPG da Faculdade de Psicologia (FAPSI) da PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Fundamentos e Intervenções em Psicanálise FAPSI/PUCRS. Membro Pleno da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires. monicakm@pucrs.br

Abstract: This paper discusses the phenomenon of non psychotic denial of pregnancy which is the situation that a woman that do not know during a significant part of the pregnancy or until labor, referring this issue in the territory of borderline psychopathologies. In order to explore this condition, it is discussed about its complexity and some theoretical theories are articulated that take as references the concepts of unthinkable pregnancy and indifference experience which are important concepts that allow a great comprehension on this situation. The concept of unthinkable pregnancy is taken as the result of the denial concerning the fact that a sexual relation could result into a pregnancy, in other words. The woman denies the potentiality of her fertility. And the concept of indifference experience allows to understand the effects the fractures in the process of forming the oneself highlighted in the impossibility of a woman to not recognize herself as carrying another human being.

Keywords: Non Psychotic Denial of Pregnancy, Unthinkable Pregnancy, Indifference Experience.

INTRODUÇÃO

Em tempos marcados pelas demandas próprias do imediato, pelo não reconhecimento do desejo do outro, pelo consumo desenfreado, pelo imperativo do gozar a qualquer custo, cabe, por parte daqueles que se dedicam à compreensão da construção da subjetividade, abrir caminhos rumo a proposições, hipóteses e articulações que visem compreender efeitos deste contexto na produção da subjetividade. Frente ao imediatismo dos tempos atuais, a imposição de prioridade à produtividade e eficácia como parâmetros do pensar faz com que a capacidade de refletir sobre as condições psíquicas do sujeito que produz e habita este tempo, acabe, por vezes, restrita e menosprezada.

Muitos padecimentos, tais como anorexia, adições, perturbações psicossomáticas, entre outros, têm sido estudados sob a perspectiva destas condições dos tempos atuais, evocando, assim, questionamentos que operam na produção de subjetividade e seus efeitos no processo de constituição do psiquismo. Os campos intrapsíquico e intersubjetivo se veem assim invadidos por demandas que denunciam fragilidades do sujeito em relação a seus investimentos. As denominadas patologias atuais carregam em seu bojo indicadores que apontam para a precariedade de recursos que permitam ao sujeito tramitar em vias de atribuir sentido às intensidades psíquicas, aos prejuízos no acesso à palavra e à condição de encontro com o outro no domínio do espaço de alteridade.

Este artigo pretende lançar algumas hipóteses sobre a dinâmica envolvida no fenômeno denominado *negação não psicótica da gravidez*. Propõe-se uma leitura que o insere no contexto das questões comuns às patologias atuais, como, por exemplo, nas importantes dificuldades no terreno da constituição do si mesmo e no trâmite das intensidades pulsionais por vias simbólicas. Neste complexo fenômeno, o não reconhecimento da situação de estar gerando um ser dentro do próprio corpo convoca a uma inadiável reflexão a respeito das condições do si mesmo e do reconhecimento à alteridade.

A NEGAÇÃO NÃO PSICÓTICA DA GRAVIDEZ: APRESENTANDO O FENÔMENO

A negação não psicótica da gravidez, segundo Gonçalves e Macedo (2011a), diz respeito à situação de mulheres, sem diagnóstico de psicose, não saberem que estão grávidas durante uma significativa parte da gravidez ou até o momento do parto. Para melhor compreensão desse fenômeno, assim como para distingui-lo de outras negações ocorridas na gravidez, apresenta-se a figura 1 com o intuito de aportar as especificidades dessa complexa e intrigante situação.

Há três tipos diferentes de negação que podem ocorrer durante a gestação, a saber, a dissimulação da gravidez, a negação psicótica e a negação não psicótica da gravidez (MILLER, 2003). A primeira situação diz respeito a mulheres que sabem que estão grávidas, porém escondem esse fato dos demais por medo do que a gravidez poderia representar, como a não aceitação no entorno no qual está inserida. O segundo tipo se relaciona ao fato da mulher saber que está grávida e, concomitantemente, apresentar um quadro de psicose em que a gravidez se manifesta, ou seja, existe a presença de sintomas característicos de uma

ARTIGO

gestação, como a dilatação do ventre, a interrupção da menstruação, etc., porém esses sinais se mesclam com as alucinações e com os delírios previamente existentes. O terceiro tipo e objeto de estudo deste artigo é a situação da negação não psicótica da gravidez, na qual os sintomas da gravidez são quase ausentes ou atribuídos a outras questões que não a uma gestação; por exemplo, a não presença de menstruação pode estar atribuída a um estresse ou a um luto recente, os movimentos fetais como problemas digestivos, os enjoos como característicos de alguma ansiedade desencadeada recentemente, e etc. Segundo Navarro (2009), o corpo da mulher, em casos desse tipo de negação, acaba se adaptando, o útero se desenvolve para cima, logo o bebê se desenvolve ao longo da coluna

vertebral e não para frente, como em uma gravidez normal. Segundo o autor, o bebê fica numa condição de bebê clandestino, habitando o corpo da mãe sem ela saber de sua presença.

Sobre as especificidades desse fenômeno, é importante sinalizar a existência de duas formas de negação não psicótica da gravidez, isto é, a forma parcial e a forma total

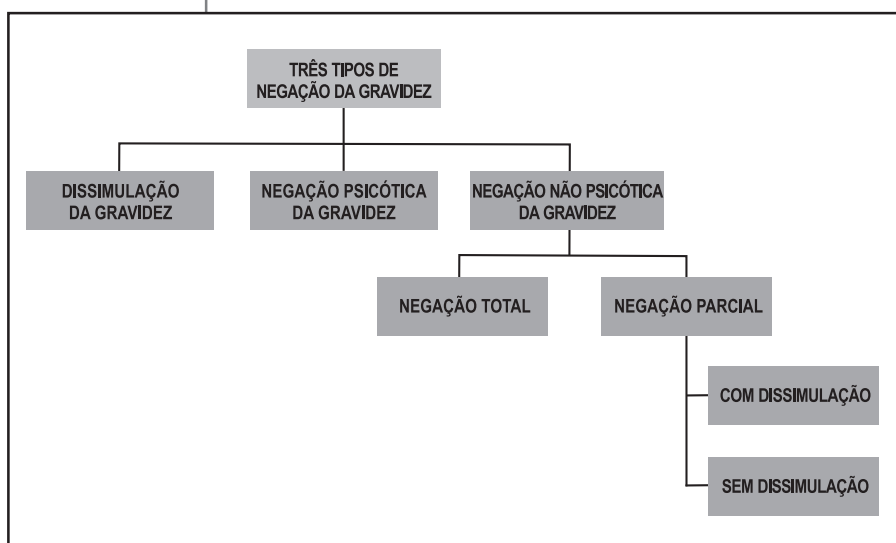


FIGURA 1. TIPOS DE NEGAÇÃO DA GRAVIDEZ

(CHAULET, 2011). A forma total de negação concerne à mulher passar nove meses sem saber que está grávida e apenas tomar conhecimento desse fato quando acaba parindo; até mesmo as contrações, as dilatações e tudo que envolve o trabalho do parto pode ser negado e atribuído a alguma outra patologia. Há certas mulheres que chegam a um hospital por causa de fortes dores, são submetidas a exames e acabam sabendo, assim, que estão grávidas e que já estão em um trabalho de parto. Outras mulheres acabam parindo em casa ou em lugares que não são lugares ideais para que se realize um parto, o que pode acarretar na morte do recém-nascido, por não receber o suporte médico necessário, ou até mesmo esses recém-nascidos serem mortos pela mãe, caracterizando assim o neonaticídio, que é, segundo Resnick (1969), a morte de um recém-nascido por parte de um ou de ambos os pais, nas primeiras vinte e quatro horas de vida do bebê. Na condição de neonaticídio, o bebê é exposto a uma impossibilidade de acesso àquilo que deveria ser um direito básico, que é a sua sobrevivência, logo, segundo Gonçalves e Macedo (2011a, p. 74): “as potencialidades presentes a partir do ato de nascer são ceifadas pela força imperativa de Tanatos”.

Já a forma parcial diz respeito à condição de uma mulher ficar sabendo que está grávida dos cinco meses de gestação em diante, sendo que, ao descobrir que está grávida em um estado avançado, ela pode passar a dissimular a gestação até o final do estado gravídico, ou assumir a gravidez, isto é, sem a presença de dissimulação.

É importante ressaltar que tanto a mulher quanto o feto, envolvidos nesta condição da negação não psicótica da gravidez, não receberam cuidados pré-natais, tão importantes para um bom acompanhamento da gestação, assim como para a detecção de alguma anormalidade no curso de uma gravidez. Cabe ainda enfatizar que não se trata de um fenômeno raro, prova disso são os estudos realizados no continente europeu e nos Estados Unidos sobre esse fenômeno. Navarro (2009) afirma que até 2.000 mulheres por ano, na França, passam pelo fenômeno da negação não psicótica da gravidez. Friedman (2007) estima que, nos Estados Unidos, esse fenômeno ocorra em uma frequência de 1 para 500 nascimentos. Já, na Áustria, segundo Brezinka et al. (1994), essa frequência é de 1 para 400 nascimentos. E na Alemanha esse fenômeno ocorre, segundo Wessel et al. (2002), na frequência de 1 para 475 nascimentos. No Brasil, assim como na América Latina, ele é abordado em poucos estudos. (GONÇALVES E MACEDO, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; GONÇALVES E MACEDO, 2012)

Além de apresentar a descrição e dados epidemiológicos sobre o fenômeno, este artigo busca aportes psicanalíticos para apresentar algumas hipóteses de exploração desse intrigante fenômeno humano. Trata-se de uma situação que denuncia a impossibilidade do eu tomar como sua a experiência de estar gestando outro ser, bem como a denúncia de impossibilidades que põem em evidência possíveis dificuldades de que este bebê possa vir a ser tomado como objeto de investimento libidinal por parte desta mulher que o gera. A negação não psicótica da gravidez apresenta-se pelo que não é, ou seja, é definida como não se tratando de uma condição psicótica. Impõe-se, portanto, a reflexão sobre o que pode positivá-la como fenômeno humano: do que versa esta impossibilidade de reconhecimento da própria condição de gravidez?

O IMPENSÁVEL NA NEGAÇÃO NÃO PSICÓTICA DA GRAVIDEZ – CONTRIBUIÇÕES DE CATHERINE BONNET

Foi por meio da escuta do sofrimento de mulheres que não sabiam que estavam grávidas que Catherine Bonnet, psicanalista francesa, começou um trabalho pioneiro sobre essa temática, ao realizar uma pesquisa, em novembro de 1987, em hospitais de Paris, após ser notificada por profissionais de saúde sobre a situação de mulheres que não sabiam que estavam grávidas e, ao darem entrada no hospital, haviam optado por um *accouchement sous X*, isto é, por uma condição denominada parto anônimo. Um *accouchement sous X* dá a garantia para a mulher, amparada pelo Direito Francês, de abandonar o recém-nascido após o parto, de forma legal. São vários os motivos para um parto anônimo, os quais contemplam impossibilidade de criar o recém-nascido, a falta de desejo de ter tido aquela criança, até situações nas quais a criança foi concebida fora do casamento. Os profissionais de saúde, ao entrarem em contato com uma situação de parto anônimo, são obrigados a manter o segredo sobre aquele acontecimento, ou seja, não podem revelar a identidade daquela que optou por esse procedimento. Essas medidas são tomadas para manter o total anonimato da mãe, sendo que, na certidão de nascimento da criança, consta um X no lugar do nome do pai e da mãe da criança. Após a adoção, a criança não terá qualquer possibilidade de saber quem foram seus pais biológicos, ocorrendo um total

“apagamento” de suas origens. Logo, a pesquisadora, quando realizou suas entrevistas, não sabia os nomes das participantes, e foi nesse cenário de impedimentos judiciais e institucionais que ela realizou seu estudo. Algumas perguntas que ela se fez foram: “essas mulheres fariam de si mesmas, sem dar seus nomes a uma pessoa que tem a intenção de tornar públicas e oficiais suas palavras? Seria possível estabelecer um laço de confiança nessas condições de não identificação? Como entrar em contato com essas mulheres sem nome, conseguindo ao mesmo tempo preservar o segredo profissional?” (BONNET, 1990, p.65). Assim, foi nesse complexo cenário onde imperavam diferentes níveis de “anonimatos”, desde o sentido da mulher nunca ter tomado consciência de sua gravidez, assim como, após ter tido o filho, continuar numa condição de não reconhecimento do ocorrido perante aquele que recém deu à luz, que a autora cunhou o conceito de *gravidez impensável*, na tentativa de dar conta desse fenômeno e fazer “trabalhar” a teoria psicanalítica, na intenção de que essa delicada situação fosse abarcada pelo campo de estudos da Psicanálise (BONNET, 1990).

Nesse sentido, foi no processo de entrevistar mulheres que não sabiam que estavam grávidas para sua pesquisa a respeito dessa situação, que Bonnet (1990) constatou, nos relatos das entrevistadas, a repetição de um fenômeno referente à impossibilidade, por parte das mulheres, de acharem que um dia pudessem engravidar e serem férteis. Essas mulheres, segundo a autora, expressavam sua angústia em frases como “*eu jamais poderia imaginar*”, ou referindo que “*isto que está acontecendo comigo é impossível*”. Em alguns relatos, a pesquisadora refere ter tido a sensação de que algumas entrevistadas contavam suas histórias como se aquela gravidez não fosse advinda de uma relação sexual. Tomando como base os aportes de Bonnet (1990), pode-se questionar de que ordem é o impensável que não pode ser pensado por estas mulheres. O que esse impensável comportaria de tão traumático e violento, que faria com que elas acabassem por não reconhecer sua própria gravidez? Pode-se entender que a gravidez impensável estaria como um acontecimento além da capacidade representacional?

Outro aspecto importante decorrente do percurso de investigação de Bonnet (1990) foi a constatação de algumas singulares características das famílias destas mulheres. Uma das características remete ao fato de que nessas famílias se fazia presente um empobrecimento da comunicação verbal entre pais e filhos, não havendo um compartilhamento de ideias. Além disso, a autora também constatou a confusão entre o discurso e o ato, além do silêncio ser uma regra no campo das experiências afetivas, pontuando que essas mulheres, quando crianças, raramente falavam de suas queixas psicológicas. Outra característica importante destacada por Bonnet (1990) refere-se ao fato de que nessas famílias não havia um reconhecimento das necessidades sexuais dos filhos, com a presença de condutas educativas paradoxais no que se referia ao sexual, isto é, a existência de certa ignorância da sexualidade. Na infância eram interditas informações sobre a sexualidade, sendo que, ao mesmo tempo e de forma contraditória, os pais que coíbiavam o assunto da sexualidade em casa estimulavam a curiosidade das crianças em relação aos comportamentos sexuais ou exibiam sua própria vida sexual, supervisionando abusivamente a excitação sexual de seus filhos a partir da puberdade. Bonnet (1990) refere que essas atitudes dos

pais de intervir de forma abusiva na sexualidade dos filhos são muito próximas de famílias com condutas incestuosas.

Dentre as características mencionadas por Bonnet (1990), este artigo trata de destacar as que se referem ao não reconhecimento e consideração das necessidades específicas de uma criança como sujeito diferente dos seus pais. As diferenças geracionais mostravam-se, por vezes, confusas ou inexistentes, não se sabendo o que era da criança ou dos pais. Nas entrevistas realizadas, a autora constatou a confusão e sensação de não ter a quem recorrer, a quem se queixar, além da indiscriminação entre o que deveria ser considerado como público ou como confidencial. Segundo a autora, torna-se possível afirmar que as modalidades de relações encontradas não consideram o outro como alguém diferente, sendo permeadas por vivências abusivas e violentas, constituindo-se grupos familiares que não ajudam o sujeito a ser um sujeito autônomo. Ainda, segundo a autora (1990, p. 170): “há uma confusão entre o adulto e a criança e a alteridade é negada”. Nessas famílias, segundo Bonnet (1990), o silêncio é substituído pelo verbal e o pensamento é confundido com a ação, onde o corpo de uma criança é comumente confundido com o corpo de um adulto, o pensamento é confuso e oprimido, ocorrendo uma negação ou banalização em relação ao corpo, sendo este mesmo corpo que teve que lidar com traumas sexuais. Logo, não é de se surpreender que, quando ocorre uma negação de gravidez, o grupo familiar corrobore conjuntamente a ocorrência da negação.

Dessa forma, afirma Bonnet (1990) que o fenômeno da negação não psicótica da gravidez está relacionado à negação da fertilidade em potencial, uma vez que a “representação fantasmática de uma possibilidade de fecundação ao curso de uma relação sexual com um homem está evacuada do psiquismo” (p.176). A autora ressalta ainda que essas mulheres parecem não considerar que uma relação sexual pode ter como consequência possível uma gestação.

Na situação de negação não psicótica da gravidez parece ficar claro, como bem afirmam Moraes e Macedo (2011) sobre pacientes fronteiriços, que a história desses sujeitos denuncia um impedimento na “capacidade de registrar, perceber, metabolizar, entrar em relação com o que é seu e o que é do outro” (p.69). Assim, para melhor compreensão da negação não psicótica da gravidez, se abordará esse fenômeno a partir do campo das patologias de fronteira, que denunciam a fragilidade na construção do si mesmo e os limites borrados entre o sujeito e o objeto.

PATOLOGIAS DE FRONTEIRA E A CONDIÇÃO DA NEGAÇÃO NÃO PSICÓTICA DA GRAVIDEZ: ALGUMAS PROPOSIÇÕES TEÓRICAS

As patologias de fronteira se caracterizam por:

“pacientes que regridem com muita facilidade ao uso do processo primário, característica essa que faz pensar muitas vezes em patologias psicóticas. Diferenciam-se dos psicóticos porque o uso do processo primário não é constante e em linhas gerais, aparece como resposta a uma situação contextual que o eu vive como traumática e não pode tramitar mediante o processo secundário, porque a simbolização está ausente.”(LERNER, 2009, p.30)

Nessas patologias, identifica-se uma condição referente à definição de sintoma que implica considerar:

“afetos de natureza irrepresentável que não puderam ser significados ou que têm sua origem em complexos representacionais que foram desmentidos. Estes sintomas não podem ser pensados em relação a metáforas que possam ser passíveis de interpretação, nem tratadas como formações do inconsciente no sentido do jogo entre a defesa e o retorno do recalcado.” (VECSLIR, 2009, p. 63)

Nesse sentido, faz-se importante a distinção entre o que é da ordem de um sintoma e o que é da ordem de um transtorno. Segundo Bleichmar (1993), o sintoma pressupõe uma formação de compromisso, algo que já existiu no processo secundário, estando em condição de ser representação-palavra, tendo sido rechaçado do sistema pré-consciente-consciente. Já o transtorno, segundo a autora, diz respeito àquilo que “nunca chegou a constituir-se como representação-palavra, nunca teve espaço no duplo eixo da língua, nunca chegou a fazer parte do processo secundário” (p.180). Sternbach (2009) propõe pensar que, na situação das patologias de fronteira, o paciente apresenta *palavras-descarga*, palavras que não contêm uma metaforização, sendo apenas palavras operatórias enlaçadas em um discurso fático, concreto e, por vezes, violento.

Nesse sentido, existe nos pacientes fronteirizos, segundo Vecslir (2009), uma detenção da capacidade representacional, que acaba prejudicando o livre funcionamento do processo secundário, produzindo-se um curto circuito no pensamento. Desse modo, a autora considera que são sujeitos que possuem uma falha primária de narcisização, causada por excesso ou por falta por parte daquele que tem a incumbência de cuidar. Em relação à constituição do eu, o que se percebe, segundo a autora, é que por trás das defesas se faz presente o medo de aniquilamento do eu e que põe em evidência “a falta de segurança básica sobre a sua própria existência, sua auto-estima, sua identidade, sua permanência e seu projeto”. (p.51)

Nessa linha de raciocínio, pode-se recorrer ao conceito de *vivência de indiferença* apresentado por Moraes e Macedo (2011) como uma ferramenta essencial na busca de compreensão do fenômeno da negação não psicótica da gravidez. A vivência de indiferença caracteriza-se por uma situação que toma os aportes freudianos descritos no texto *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1895/1974) referentes à importância do encontro primordial entre a criança e o outro, e denominada de vivência ou experiência de satisfação. Nesse encontro, marcado pela inegável condição de desamparo, caberá ao adulto prover as condições de inauguração do psíquico mediante a impressão da qualidade do experienciado com o outro. Logo, devido à condição inerente de desamparo da criança, é vital a possibilidade de ser, inicialmente, alojada no psiquismo do outro. Segundo as autoras, na *vivência de indiferença*, alicerçada na descrição freudiana da experiência de satisfação, o que ocorre “descreve um processo de desencontro primordial que resulta no predomínio de um desconhecimento a respeito do si mesmo” (p.44). Na impressão deste registro de intensidades que desconhece a condição de existência do outro em sua diferença, ocorre a cons-

tituição de uma *matriz de indiferença* que será reproduzida em suas fraturas, pelo sujeito, principalmente, no campo da alteridade.

Associando o fenômeno da negação não psicótica da gravidez com as patologias de fronteira e com as proposições teóricas e clínicas a respeito da vivência de indiferença, pode-se considerar que ele seja uma forma de expressão destas fraturas no processo de constituição do si mesmo. Mostram-se as múltiplas abordagens de uma situação que poderia equivocadamente ser escutada como neurose ou psicose.

ENLACES TEÓRICOS E POSSIBILIDADE DE ABERTURA À ESCUTA NA CLÍNICA

Explorar o fenômeno da negação não psicótica da gravidez a partir de um olhar que o insere no território das patologias de fronteira, bem como tomar a vivência de indiferença como recurso de compreensão para a configuração de padecimento nele contido dão condições de problematizá-lo como desafio que se oferece à escuta analítica. A curiosidade inicialmente despertada, e que guiou a opção para o estudo e a exploração teórica da complexidade deste tema, tem a ver com o inegável desafio que o fenômeno impõe à escuta. Ao desarticular e desacomodar uma compreensão previamente focada ou direcionada para o tema da maternidade, a situação de não reconhecimento da própria gravidez desvela a condição de dor de um sujeito que denuncia importantes fraturas nas condições de existência do si mesmo.

Não se trata, nesta condição, da negativa neurótica, tampouco da alucinação psicótica, se trata sim de uma expressão de padecimento que denuncia falhas de integridade do si mesmo e cuja força irrompe via impossibilidade de reconhecer-se em uma condição que, além dos recursos psíquicos, envolve o não reconhecimento ou nomeação de percepções daquilo que se passa no próprio corpo.

Na escolha do eixo teórico que toma a vivência de indiferença como um indicador na exploração da dinâmica psíquica presente no não reconhecimento da própria gravidez, encontra-se a dramática impressão do efeito da indiferença experienciada, que se reproduz sob o domínio de uma matriz de indiferença. O não reconhecimento da condição de estar gerando outro ser fala da repetição do lugar ocupado na vivência de indiferença por estas mulheres.

A partir dos estudos realizados, pretendeu-se apresentar neste artigo a hipótese de que o não reconhecimento da própria gravidez denuncia uma importante falha na subjetividade. O excesso típico da vivência de indiferença está ilustrado com perfeição nas pesquisas de Bonnet, sendo que sua denominação de *gravidez impensável* pode ser também explorada a partir do viés que contempla a fratura do si mesmo impedindo o sujeito de ocupar o lugar de protagonista em sua história. Ele não pode pensar-se, não pode reconhecer-se nos limites e condições de seu próprio corpo. Mais do que apresentar conclusões a respeito de um fenômeno ainda pouco explorado no cenário científico, este texto pretende pôr em evidência condições próprias de ferramentas da Psicanálise para adentrar a singularidade deste padecimento psíquico. Com certeza, mediante o exercício de escuta destas mulheres, outras facetas do fenômeno da negação

ARTIGO

não psicótica da gravidez poderão ser exploradas. Aqui se propõe a abertura de possibilidades a serem exploradas mediante a capacidade interrogativa que deve marcar o exercício da Psicanálise, como bem ensinou Sigmund Freud.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEICHMAR, S. **Superar la inmediatez**. Buenos Aires: Ediciones del CCC, Jorge Testero Editor, 1993.

BONNET, C. **Geste d'amour: L'accouchement sous X**. Paris: Odile Jacobs, 1990. 273 p.

BREZINKA, C.; HUTER, O.; BIEBL, W.; KINZL, J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. In: **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v.15, n. 1, p. 1-8, Mar. 1994.

CHAULET, S. Deni de grossesse: exploration **Clinique et psychopathologique, prise en charge etude retrospective sur 5 ans au chud'angers**. Tese de Doutorado, 2011.

FRIEDMAN, S. ; HENEGHAN, A.; ROSENTHAL, M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. In: **Psychosomatics**, v. 48, n. 2, p. 117-122, Mar. – Abr. 2007.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, Vol. 10,1974.

GONÇALVES, T.; MACEDO, M. Neonaticídio: o paradoxo do nascer e do morrer. In: **Revista do CEAPIO**, Vol. 20, p. 67 – 76, 2011 a.

_____. **La desautorización del proceso perceptivo en la negación no psicótica del embarazo**. In: VI Congreso Latinoamericano Psicoanálisis, una experiencia de fronteras - Diversidad, producción, intercambio. Maio 19-21, Buenos Aires, Flappsip, 2011b.

_____. **A negação não psicótica da gravidez e a preocupação materna primária: algumas considerações**. XVI Cólóquio internacional de D.W. Winnicott: A ética do cuidado. Maio 26-28; São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011c.

_____. **A negação não psicótica da gravidez e a preocupação materna primária: aportes a partir de Winnicott**. I congresso latino americano de Psicanálise na universidade- A Clínica do Mal - Estar. Agosto 29-31, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio De Janeiro, 2011d.

_____. Negação não psicótica da gravidez- especificidades de um fenômeno. In: Mônica Medeiros Kother Macedo & Blanca Susana Guevara Werlang (Orgs.). **Psicanálise e universidade: reflexões no cenário da pesquisa**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 269-283.

LERNER, H. Clínica psicoanalítica convulcionada. In: LERNER, H.; STERNBACH, S. (Orgs.). **Organizaciones Fronterizas - Fronteras del psicoanálisis**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2009. p.19-46.

MILLER, L. Denial of pregnancy. In: M.G. Spinelli (Ed.). **Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill**. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2003, p.81-104.

MORAES, E.; MACEDO, M. **Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

NAVARRO, F. **Negación del embarazo, una enfermedad misteriosa**. 2009. Disponível em: http://www.rfi.fr/actues/articles/114/article_12068.asp. Acesso em: 5 de junho de 2011.

RESNICK, P. Child. Murder by parents: a psychiatric review of filicide. In: **American Journal of Psychiatry**, Vol.126, n. 3, p. 325-334, setembro de 1969.

STERNBACH, S. Organizaciones fronterizas y tramas intersubjetivas. In: LERNER, H.; STERNBACH, S. (Orgs.). **Organizaciones Fronterizas - Fronteras del psicoanálisis**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2009.p. 137-154.

VECSLIR, M. Organizaciones Fronterizas - Fronteras del psicoanálisis.In: LERNER, H.; STERNBACH, S. (Orgs.). **Las frontera de la clínica**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2009.p. 47-72.

WESSEL J.; ENDRIKAT J.; BUSCHER, U. Frequency of denial pregnancy: results and epidemiological significance of a one-year prospective study in Berlin. In: **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 81, n. 11, p. 1021-1027, novembro de 2002.

A POLÊMICA DO AUTISMO NA FRANÇA

THE CONTROVERSY OF AUTISM IN FRANCE

Cláudia Perrone¹

Este breve texto pretende recolher fragmentos de um episódio ocorrido na França em fevereiro de 2012. O sentido desse gesto é iniciar uma reflexão sobre a pertinência da psicanálise na história de nosso presente. De modo muito semelhante ao início do século passado, o século XXI já foi marcado pelo trauma geopolítico de 11 de setembro que deflagrou a guerra a um inimigo sem fronteiras, pelas mutações das práticas sociais e culturais provocadas pelas novas tecnologias. A idéia de que a história se repete é tentadora, pois a exclusão social, a extrema direita, o biologicismo, a paranóia, a violência novamente estão presentes no campo social, no entanto, sob um novo arranjo: a condição humana neoliberal. Neste novo contexto de vitória do pensamento único, há o retorno do religioso pela via das ideologias sectárias, racistas e sexistas. O Estado testemunha a paixão renovada pela norma, com o avanço da atividade legislativa nos espaços sociais de incerteza e indeterminação. Uma das expressões desse fenômeno é o aumento sem precedentes de questões sociais, que põem em causa o próprio limite do que pode ou não ser regulado por uma lei. Ao sujeito cabe a objetivação e universalidade do discurso da ciência, as avaliações e perícias, os números que falam por si, sem qualquer saber ou singularidade. Feita essa breve contextualização, podemos seguir com nosso relato.

A crise social mobiliza a Europa, o índice de desemprego é o mais alto dos últimos doze anos e continua subindo em direção aos dois dígitos. O euro agoniza. As reformas da previdência social e do trabalho caminham no rumo da diminuição das garantias sociais da população. Na segunda semana do mês de fevereiro, o presidente francês Nicolas Sarkozy concedeu uma entrevista à revista *Fígaro Magazine* que foi considerada o primeiro passo da sua campanha para a reeleição a presidência da França. Ele afirmou que irá endurecer ainda mais as regras para a obtenção da nacionalidade francesa, reafirmou sua oposição a ampliar os direitos dos estrangeiros, de não autorizar a eutanásia e nem o casamento de homossexuais, revelando uma estratégia de extrema direita.

Alguns dias depois, mais exatamente em 13 de fevereiro, uma manchete na capa do jornal *Libération* deflagra um debate nacional: *La psychanalyse interdite d'autisme*. No interior do jornal o título da reportagem é ainda mais impactante: Autismo - psis foram reduzidos ao silêncio. A matéria de Eric Favereau antecipa trechos inéditos de um relatório sobre boas práticas no tratamento do autismo – que será publicado oficialmente no dia 8 de março – realizado pela Haute Autorité de Santé (HAS). Criada em 2004, a HAS é encarregada de avaliar cientificamente e promover as boas práticas e o bom uso dos cuidados de saúde. Trata-se de uma entidade independente e composta por um colegiado oito especialistas entre médicos, funcionários públicos e acadêmicos, cujas recomendações são seguidas com

¹Psicóloga, psicanalista da Associação Psicanalítica Sigmund Freud, professora adjunta do Departamento de Psicologia da UFSM e do Pós-Graduação em Administração da UFSM. cmperrone@ig.com.br

atenção. Cabe assinalar um elemento do ideário neoliberal: boas práticas são aquelas que, em uma empresa, garantem a entrega do valor certo para o cliente com o menor custo para a organização, é uma relação de eficácia. No universo das práticas de saúde são as técnicas identificadas como as melhores para realizar determinada tarefa, ou em outras palavras, a forma correta de atuar com o menor custo.

“As palavras do relatório são pesadas”, diz Favereau (2012, p.14). Na página 27 do relatório, os especialistas da HAS afirmam: “A falta de dados sobre a eficácia e a divergência de opiniões expressas permitem concluir a não pertinência das intervenções sustentadas em abordagens psicanalíticas e na psicoterapia institucional” (2012, p. 14).

Favereau definiu o relatório como uma “verdadeira bomba clínica” (2012, p.14). A mais alta instância de saúde francesa fecha a porta para a psicanálise no tratamento do autismo. O chefe de um centro de tratamento de autistas resumiu a inquietude do episódio: é como se fosse decretado o fim do inconsciente (2012, p.15).

O inquietante cuidado da lei ainda tem outro desdobramento. O deputado Daniel Fasquelle propôs um projeto de lei que

“visa proibir o acompanhamento psicanalítico de pessoas autistas, a favor dos métodos educacionais e comportamentais. Para ajudar as pessoas a lidar com o autismo a França não pode continuar a tolerar e apoiar as práticas do tipo psicanalítico no tratamento do autismo.” (2012, p.15)

Em uma entrevista para a revista *Le Point* (2012), Fasquelle explicita o motivo de sua cruzada ao afirmar que a França sofre de um “atraso” em relação aos outros países no tratamento do autismo porque o movimento psicanalítico tem muito mais espaço na França do que no exterior. A sua batalha é exatamente contra o poderoso lobby psicanalítico. A proposta de Fasquelle é exemplar para compreender a política como o exercício da purificação, uma das dimensões fundamentais da normalização social, do esplendor do Estado como forma de normalização.

Bernard Golse declarou para o *Libération* (2012, p. 15) que está com medo desse ódio e

“nesse conflito que surgiu recentemente, uma das grandes mudanças é que o Estado saiu de seu papel. Eles persuadiram os poderes públicos que o autismo se tornou um problema de saúde pública. Fala-se que uma criança em cento e cinquenta é autista, isso seria um problema enorme. Mas tudo está misturado como se houvesse uma epidemia de autismo. Agora se fala de problemas invasores do desenvolvimento. Tudo isso é inconsistente.”

Golse refere-se à grande confusão que está ocorrendo ao redor da palavra autismo neste momento. Inicialmente ele era classificado na categoria das psicoses infantis e, posteriormente, foi integrado aos problemas invasivos do desenvolvimento, caracterizados por alterações qualitativas das relações sociais e das modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restritos, estereotipados e repetitivos. As causas seriam múltiplas: genéticas, bio-

lógicas, neurológicas e ambientais. Esta mudança tornou possível que uma em cada cento e cinquenta crianças possa ser classificada como autista. Na definição clássica, estabelecida por Bruno Bettelheim, uma criança em mil e quinhentas poderia ser considerada autista.

Ainda no dia 13 de fevereiro o Partido Comunista Francês lançou uma nota: Autismo – projeto de lei: uma interferência totalitária. O PCF denunciou a campanha para proibir a referência à teoria psicanalítica como método de tratamento das equipes de saúde mental e destacou que, como em qualquer disciplina médica, a equipe de saúde tem direito de recorrer à relação terapêutica da sua escolha, do mesmo modo que o paciente tem direito a escolher o seu terapeuta.

O PCF acredita que nesse ataque está escondida uma questão fundamental contra a psiquiatria que acredita na cura como uma questão relacional. Os criadores da campanha defendem como tratamento dos transtornos mentais a normatização do comportamento através da associação da terapia farmacológica com métodos pedagógicos. No entanto, segue a nota, a grande maioria das pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias esperam um acompanhamento relacional e não uma gestão normativa focada nos sintomas. O PCF finaliza afirmando seu objetivo de prosseguir com esforços para iniciar uma renovação da psiquiatria humanista, centrada na relação de cuidado.

Algumas associações de pais como Vaincre l'autisme, Autisme Europe e Ensemble pour l'autisme falam em “uma grande causa nacional” e reivindicam a revolução proposta pela HAS. O psicanalista Eric Laurent (Cuneo, 2012) contesta as idéias de lobby e atraso associadas à psicanálise e entende o projeto do deputado Fasquelle como parte de uma campanha lançada por certas associações de pais de crianças autistas. No entanto, ele lembra que os Estados Unidos e o Canadá já formularam críticas éticas, legais e práticas em relação às técnicas comportamentais. “Não podemos aplicar um método único para todos, como os comportamentalistas defendem.”

A POLÊMICA CONTINUA COM MANIFESTAÇÕES DIVERSAS CONTRA E A FAVOR

Esse relato é fragmentário e aberto para várias leituras. Foi uma leitura orientada pela articulação dos discursos e do poder, pelo traçado das fronteiras de um acontecimento. O que se apresenta é um novo momento do capitalismo no qual somos conduzidos pela mão invisível da normalização. A nova forma jurídico-discursiva do poder aspira acabar com o inconsciente com um decreto. A insistência na norma e na racionalidade econômica justifica a censura e a proibição da má prática psicanalítica. O novo ethos é nacionalista, impregnado por um programa moral que serve para criar uma regulação empresarial da vida.

O ódio à psicanálise tem relação com o fato dela não ser uma palavra vã. A interrogação das direções contraditórias do desejo teve como efeito social a criação de uma analítica da normalização. Seus efeitos também são efeitos de poder de libertar o que pensa silenciosamente. A genealogia da racionalidade realizada pela Psicanálise abala as certezas e os dogmatismos e relança infinitamente o trabalho indefinido da liberdade. Ela semeia a dúvida e ... o ódio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNEO, L. **Autisme: La fin du règne de la psychanalyse?** Disponível em: http://www.lepoint.fr/societe/autisme-la-fin-du-regne-de-la-psychanalyse-13-02-2012-1431031_23.php. Acesso: 10 de março de 2012.

FAVEREAU, E. Autisme: les psys réduits au silence. **Libération**, Paris, 16 fev., p. 14-15, 2012.

EM PAUTA

UM AUTISTA MERECE A CHANCE DE SE CONSTITUIR COMO SUJEITO

A PERSON WITH AUTISM DESERVES THE CHANCE TO BUILD
HIM/HERSELF AS A PERSON

Alfredo Jerusalinsky¹

Nas décadas de 1970 e 1980, a contagem dos casos de Autismo Infantil Precoce (AIP) comunicados nos países que controlavam estatisticamente a evolução das doenças mentais mostrava a proporção de um autista cada 25.000 crianças. O fato de não existirem critérios de diagnóstico uniformes provocava uma ampla flutuação desse cálculo, sendo sua mais baixa expressão – no fim da década de 80 – de um autista cada 6.000 crianças. Curiosamente as duas décadas posteriores nos surpreendem com um aumento vertiginoso da proporção dos afetados até atingir na atualidade, por exemplo nos Estados Unidos, um autista a cada 123 crianças (embora a estatística não especifique as idades consideradas nas amostras levantadas).

No que concerne ao Brasil não há censos confiáveis que permitam definir tais proporções, embora numa reportagem publicada no ano de 2009, na revista *Época*, tenha aparecido a afirmação de que no nosso país existiriam 2.000.000 de autistas não diagnosticados (somando apenas poucas dezenas de milhares os diagnosticados). Considerando a dificuldade de, com os diferentes critérios atuantes, estabelecer uma coincidência na delimitação da extensão da faixa etária em que seria pertinente aplicar tal diagnóstico, se formos a admitir que esses dois milhões de autistas supostos pertencessem à população que tem entre 18 meses (idade mínima de consenso para estabelecer o diagnóstico de autismo) e 60 anos (idade em que não existem registros de diagnósticos de autismos de nenhuma espécie já que eles se confundiriam com quadros de demências, não havendo até o momento seguimentos de número significativo de indivíduos autistas além dos 30 anos de idade), teríamos um resultado aproximado de um autista cada 85 habitantes. Cifra tão absurda e impossível quanto a estatisticamente calculada nos EUA.

A explosão do número de autistas - supostos ou calculados em amostragens parciais – tem como ponto de partida a modificação dos critérios diagnósticos introduzida pelo DSM IV em 1992. A supressão da categoria de ‘Psicoses Infantis’, deslocando toda semiologia que lhe era própria para a ‘Síndrome de Asperger’ e/ou para ‘Transtornos Invasivos do Desenvolvimento’ (TID) e/ou para o ‘Espectro Autista’ (categoria que no DSM IV compartilha seus pacientes com as categorias de TID, TGD e Síndrome de Asperger), constitui um dos fatores causadores da multiplicação de autistas achados. Porém, tal modificação não seria suficiente para elevar as cifras a níveis epidêmicos – como os que ora se propõem. Contribui decisivamente para isso a inclusão no critério diagnóstico de uma variedade e quantidade de signos – muitos deles inespecíficos – que amplia

¹ Psicanalista Membro da
Association Lacanienne
Internationale e da
Associação Psicanalítica
de Porto Alegre.
Mestre em Psicologia
Clínica e Doutor em
Psicologia da Educação e
Desenvolvimento
Humano. Diretor do
Centro Lydia Coriat de
Porto Alegre e de
Buenos Aires.
jerusalf@uol.com.br

enormemente a população passível de ser incluída na categoria de autista.

São fenômenos similares os ocorridos com a Síndrome de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)¹ e com o Transtorno Bipolar² mediados pelas modificações operadas por esse manual cujo uso tende a se tornar mundial.

Obviamente, quando se registram condições epidêmicas ou uma vastidão significativa de pessoas afetadas o quadro de direitos e obrigações muda já que as reivindicações de assistência e apoio social adquirem uma dimensão coletiva que lhes outorga uma força inexistente quando se trata de afecções de frequência rara.

Nessas condições os interesses psiquiátricos, laboratoriais e familiares tendem a convergir na direção de manter cifras elevadas nos registros diagnósticos, correndo-se o risco de medicalizar uma parte da população (sobretudo infantil) que não o precisaria. De tal modo veriam-se facilitadas intervenções iatrogênicas ou de caráter hipocondríaco.

Porém, deve se reconhecer que também é motivo – e nesse caso válido – para manter fronteiras de detecção difusas e, num certo grau, inespecíficas, a intenção por parte das famílias dos afetados de sustentar linhas de continuidade entre a normalidade e a patologia. Sendo que tal continuidade imaginariamente facilitaria a inclusão e a integração social.

Como se observa, trata-se de uma questão que não se pode analisar com critérios maniqueístas e muito menos passionais, mas, sua complexidade não pode servir para ocultar os efeitos confusionais que os diagnósticos inespecíficos detonam sobre as famílias dos afetados ou dos capturados por uma extensão semiológica fraudada.

A QUESTÃO ETIOLÓGICA E O PAPEL DA PSICANÁLISE

Tem-se registrado mais de duzentas variantes genéticas (a nível gênico) concomitantes com casos de autismo. Novamente aqui tropeçamos com a diversidade de formas de apresentação psíquica e comportamental dos autistas face a amplitude excessivamente abrangente e heterogênea dos critérios diagnósticos utilizados durante as últimas duas décadas para escolher e delimitar as amostras para tais estudos exploratórios. De fato nenhuma dessas variantes demonstrou-se patognomônica na medida em que nenhuma delas apareceu em todos os casos (ou numa proporção significativa deles) e todas elas apareceram numa certa proporção da população normal. Se bem há 14 variantes que aparecem com maior frequência, os geneticistas pesquisadores afirmam que não seria suficiente para estabelecer uma causalidade. Tudo conduz a supor, com certa plausibilidade, que havendo um fator genético ele não seria suficiente por si só para determinar um autismo. Pela sua vez, tampouco existem terapias genéticas.

Como tem dito Sonuga-Barke, um dos líderes da psiquiatria pediátrica britânica “... mesmo os defensores mais acirrados de uma visão genética determinista tem revisado suas concepções e aceitam um papel central do meio circundante no desenvolvimento dos problemas mentais”. François Gonon comenta à respeito: “De fato a percentagem de casos explicados pelas anomalias genéticas é

mais elevado (do que noutras perturbações mentais graves) no autismo, sendo que nele não são mais do que 5%. Fora esses raros casos em que se comprova o elo causal, a genética não tem identificado outra coisa senão fatores de risco que são sempre falíveis.”³

Há também registros de alta correlação entre algumas disfunções e falhas psico-neurológicas e casos de autismo. A comprovação feita pela Dra. M. Zilbovicius na França em 23 casos de autismo de pobreza anatomo-funcional no Sulco Temporal Superior (região interessada em funções lingüísticas e de reconhecimento dos traços do semelhante); cabendo observar que efetivamente a frequência com que se constituem estruturas autistas em crianças com problemas específicos de linguagem (com transtornos neurológicos ou sensoriais que afetam a função lingüística) é muito maior do que acontece na população que não sofre essas afecções, sendo que esses autistas (seja que se trate de autismos secundários a uma disfasia, a um retardo anártrico, a um retardo afásico, ou a uma grave deficiência auditiva) apresentam características e evolução diferente daqueles que, por exemplo, apresentam um autismo secundário a uma Síndrome de West, a uma hipercalcemia idiopática, ou a um quadro de micro-lesões cerebrais causadas por anoxia peri-natal, ou também os secundários à Síndrome de Angelman, ou Landau-Kleffner, ou Rett. Também se registra que as crianças com cegueira congênita ou muito precoce (por exemplo a cegueira provocada por fibromatose derivada de falhas na dosagem de oxigênio na incubadora – déficit específico que deixa intacto todo o sistema nervoso central com exceção dessa via sensorial) apresentam uma propensão a desenvolver autismo muito maior que na população que não padece essa carência sensorial. Do mesmo modo se registra maior frequência de quadros ou signos autistas em crianças surdas congênicas filhas de pais ouvintes, já que quando seus pais são também surdos congênicos a incidência do autismo é equivalente àquela que aparece na população normal.

A respeito dos elementos necessários para que, associados, viessem a ter uma eficácia causal existem diversas hipóteses sendo que cada uma delas define modos diferenciados de intervenção e tratamento. Entre elas devemos mencionar a atribuição causal que alguns médicos orthomoleculares e homeopatas tem formulado sobre estados tóxicos, problemas metabólicos e digestivos (definindo, conseqüentemente, terapias alimentares). A suposição de que a eficácia causal está nos transtornos de linguagem (veja-se Rampel e Zilbovicius, entre outros) tem levado a propor a intervenção fonoaudiológica como central. A hipótese de uma “cegueira emocional” (que encontrou alguma correlação com transtornos anatômico funcionais no hipotálamo) conduziu a uma terapia de condicionamento sensorial deixando de lado qualquer relação afetiva com o outro já que se considera o autista – nessa hipótese - incapaz de experimentar afetividade.

Recentes pesquisas (veja-se a revista Nature, com data de 11 de abril de 2012) realizadas na Universidade de Yale e no Hospital de Massachussets revelaram que em respectivas populações de autistas de aproximadamente 240 em cada instituição encontraram mutações em três genes em combinações variáveis e na totalidade dos casos, mas, segundo os mesmos pesquisadores, não seria

legítimo afirmar a condição causal desses achados porque em amostra constituída por população normal num número significativo de indivíduos apareceram também essas mutações, sendo que elas não estão associadas, nesses casos, a manifestações nem a características autísticas. O interessante é que esses pesquisadores geneticistas afirmaram ter comprovado que varias dessas mutações se produziram após o nascimento, o que traz a tona as considerações introduzidas pela epigenética (disciplina surgida a partir de 1969, para estudar os efeitos ambientais sobre a capacidade e o modo da constituição genética conseguir se manifestar).

Por isso, somando os efeitos epigenéticos às descobertas sobre a neuroplasticidade, hoje em dia resulta insensato dissociar os processos psíquicos constituintes dos processos neuro-maturativos e genético-ambientais.

É verdade que as ciências contemporâneas, na sua inclinação positivista, tendem a reduzir o meio ambiente (environment) à suas expressões puramente físicas (alimentação, temperatura, umidade, condições químico-tóxicas, etc.) sem considerar as estruturas que operam a transmissão do saber acumulado pela espécie na linguagem e cuja matriz será a que organizará os intercâmbios de sujeito com seu meio. Porém, desconsiderar a incidência do Outro na organização psiconeurológica do pequeno indivíduo humano conduz a submetê-lo a seus próprios automatismos ou a uma modelagem de comportamento.

Ethan Watters, qualificado jornalista especializado em ciências, tem publicado recentemente no The New York Times um longo artigo onde mostra que a psiquiatria norteamericana tende a impor ao resto do mundo sua concepção absolutamente neurobiológica das doenças mentais. Ele sublinha que esta difusão não se deve ao sucesso da psiquiatria americana: o número de pacientes nos EUA não tem diminuído mas muito pelo contrário. "O discurso que privilegia a concepção neurobiológica parece, por tanto, evoluir independentemente dos progressos da neurobiologia"⁴.

Em todos os casos de autismo registra-se um ponto de falha precoce que é comum a todos: o reconhecimento recíproco entre o filho e sua mãe (ou sua cuidadora). Sem determinarmos a causa, registramos sim que esse desencontro é chave para a instalação da criança numa posição autística. O autismo é uma quarta estrutura em referência às três estruturas clássicas: Neurose, Perversões, Psicose.

Por isso, a psicanálise situa ali seu ponto fundamental de intervenção: os jogos constituintes, a maneira da relação de uma mãe com seu filho. Essa intervenção não constitui uma promessa, mas uma chance, da qual o tratamento e o jovem sujeito terão que descobrir a medida de sua realização possível: a de falar de seu próprio desejo.

Essa medida é impossível de sabê-la a priori pelo simples motivo de que ela é diferente em cada um. Para tal tentativa é necessário que outro venha a suportar o retorno à relação e no momento dessa relação no qual a criança se afastou ou viu-se afastada. Essa é a posição que o psicanalista oferece inicialmente na

transferência no caso de um autista.

A RELAÇÃO DOS AUTISTAS COM AS SUAS MÃES

No Congresso Internacional de pesquisa interdisciplinar sobre Autismo realizado no mês de agosto de 2011 em Curitiba (organizado pela Associação Psicanalítica dessa cidade do Estado de Paraná) o Dr. David Cohen, psiquiatra e psicanalista de destacada atuação no campo da pesquisa, apresentou os resultados obtidos na medição da reação de bebês com manifestações de signos autistas precoces e também com crianças pequenas, perante os estímulos oferecidos pelas suas mães. A constância de uma diferença de velocidade na resposta dessas crianças comparadas com crianças que não apresentavam tais alterações levou a formular a hipótese de que a lentidão ou a carência na resposta dos filhos bem podia causar um retraimento materno favorecendo involuntariamente o agravamento dos riscos autísticos apresentados antecipadamente pela criança.

Nesse mesmo Congresso o Dr. Filippo Muratori, notável pesquisador de Milão, informou sobre os resultados de pesquisas realizadas sobre falhas no reconhecimento das fascies por parte de crianças autistas. Essas pesquisas, realizadas com design e técnicas metodológicas altamente sofisticadas (o que permite conclusões mais limpas e precisas) verificam o que já no ano de 1948 o Dr. Escalona (psiquiatra e psicanalista) tinha apresentado no seu relatório sobre a observação de casos de Autismo Infantil Precoce, e o que o Dr. Bruno Bettelheim (notório psicanalista no campo do autismo) antecipara no ano de 1953 (simultaneamente com suas considerações sobre a frieza materna que tanta indignação causaram posteriormente). Transcrevemos a continuação alguns desses escritos nos quais fica desmentida a acusação de que tais psicanalistas consideraram que eram as mães as causadoras do autismo de seus filhos.

“... Seja onde for que se tenha feito um relevamento adequado das histórias das vidas de crianças severamente desorganizadas tem-se encontrado que sempre estão presentes as perturbações nas primeiras e mais básicas relações interpessoais. As dificuldades precoces na alimentação, resistência ao desmame, controle traumático dos esfíncteres, problemas com a restrição física, perturbações no sono, são os fatos sobressalentes mais comuns da inadaptação infantil que aparecem com uma regularidade monótona. Além do que a maior parte das mães ou pessoas em íntima relação com estas crianças comentaram espontaneamente que havia algo raro e diferente nestas crianças desde a época em que eram muito pequenos. As mães nunca sabiam o que esperar, sentiam que lhes faltava essa sensação de intimidade e proximidade harmoniosa que conheceram com seus outros filhos. Tem-se a impressão de que em muitos desses casos existe um grande distanciamento ou um excepcionalmente alto grau de irritabilidade (ou ambos), na criança, que não permitiram uma íntima relação interdependente entre a mãe e a criança.

“Esse é um dos pontos sobre o qual desejamos chamar a atenção porque podemos estar equivocados na nossa forma de pensar acerca de sua doença e, em consequência, acerca do método terapêutico adequado. Sabemos por nossas experiências com crianças que não são psicóticas, que os desvios de condu-

ta como os enumerados anteriormente, freqüentemente, são provocados pelas atitudes dos pais. É por isso que resulta fácil supor que seja o rechaço da mãe a raiz dos problemas dessas crianças severamente perturbadas. Porém, quanto mais se estuda a história inicial das crianças psicóticas, tanto mais ficamos impressionados com a reação atípica e patológica da criança às atitudes maternas perfeitamente naturais e diante da inevitável rotina diária. Um bebê que não come quando lhe é oferecido alimento, que chora quando se espera que durma, que é incessantemente ativo, ou patologicamente letárgico, que reage com pânico perante as tarefas rotineiras tais como tomar banho ou se vestir, e que raramente proporciona a sua mãe a satisfação emocional que esta obtém da resposta positiva de seu bebê, não pode menos que ser uma experiência perturbadora ainda para a mais amante das mães. Quando estas encontram que os métodos habituais para cuidar dos bebês não têm sucesso com seus filhos atípicos, por sinal tentam todo o possível e se deslocam, conseqüentemente, até os extremos, tanto em severidade quanto em indulgência. Buscarão conselhos e os receberão contraditórios e atuarão de acordo com eles, e quando nós chegamos para fazer a história de sua evolução, encontramos que se tem tratado a criança de forma inconsistente. Depois de vários anos de tentativas mais ou menos mal sucedidas para dirigir a criança com eficácia, necessariamente desenvolvem-se nas mães de ditas crianças sentimentos de ambivalência e culpa, sendo que essas atitudes maternas podem levar o terapeuta a pensar que a relação perturbada mãe-filho é a causadora da doença da criança. A quem isto escreve parece-lhe possível que algumas vezes possamos confundir os resultados finais com as causas.”⁵

Bruno Bettelheim em 1953 escreve as seguintes considerações (pg. 495-496 de *Fugitivos de La Vida*) “...embora os dados objetivos de desorganização familiar mostram que...é muito comum nos lares de nossas crianças (internadas no Sonia Shankman Orthogenic School), esses dados devem ser interpretados com grande prudência. A dissensão familiar poderia não ser a causa mas a conseqüência da perturbação da criança. A desintegração talvez não tivesse acontecido se os pais não tivessem sofrido por causa da criança ou por culparem-se um ao outro de sua infelicidade.”

“...Sabe-se relativamente pouco acerca dos pais de crianças esquizofrênicas ou autistas. Os relatórios publicados sobre eles freqüentemente baseiam-se nas lembranças de adultos esquizofrênicos de sua infância e de seus pais. Ou bem se derivam da avaliação psiquiátrica dos pais depois de conviver vários anos com seus filhos autistas, sendo, então, a essa altura, difícil determinar que parte das acusações contra si mesmos ou das manifestações totalmente desprovidas de sentimentos, formuladas pelos pais, são causadas pelo seu fracasso. Freqüentemente temos observado o mesmo sentimento de culpa nos pais angustiados de crianças com lesões cerebrais, sendo óbvio que os pais não contribuíram para causar o problema.

“Nossa própria experiência emocional com crianças seriamente perturbadas têm demonstrado, também, que não é possível fazer valorizações precipitadas acerca das interações paterno-filiais. As crianças, com freqüência, se arru-

mam, especialmente durante seu primeiro ano na Escola, para manter-nos à distância, apesar de nosso profundo desejo e grandes esforços para nos relacionarmos com elas, para nos aproximar emocionalmente. Tem uma capacidade, quase se poderia dizer misteriosa, para frustrar ainda nossas tentativas melhor intencionadas e mais sinceras para estabelecer uma harmonia mútua.”⁶

“Quando a mãe não recebe resposta durante os primeiros meses de vida do infante, ela pode duvidar de sua capacidade para tratar corretamente a criança. Por causa de sua insegurança ou desejando se proteger contra a frustração e a culpa, pode apelar à rotina... Estas reações bem podem surgir na mãe como uma defesa contra a insuportável dor e a ansiedade produzidos pela indiferença ou estranhas respostas do infante.”⁷

“Se tivesse escolhido apresentar nossos sucessos mais óbvios ou bem mais dramáticos, bem poderia ter selecionado outras histórias. Por exemplo: Duas crianças, uma menina e um menino, foram enviados para nós depois de que um prolongado tratamento psiquiátrico, num caso, e no outro, um tratamento psicanalítico, tinham fracassado por completo. Essas crianças eram esquizofrênicas, uma delas foi diagnosticada várias vezes como incurável, sem esperança. Ambos tinha fracassado na escola, no seu lar e na vida. A menina, aos 9 anos, estava impossibilitada para caminhar e ainda para falar racionalmente. Mais tarde percebemos que toda a sua atividade mental tinha se concentrado em mirabolantes delírios de grandeza, que a compensavam de seus profundos sentimentos de carência e desespero absoluto.

“O menino, de 10 anos, tinha obsessivos delírios de perseguição. Enquanto que a menina mal podia caminhar, ele era tão hiperativo que não podia ficar quieto nenhum minuto. Constantemente pulava de um lado ao outro, com grande excitação, golpeando-se e fazendo macaquices extravagantes.

Ambos permaneceram conosco durante 6 anos. Nesse tempo, tiveram que encarar problemas muito difíceis dos quais não podíamos protegê-los por completo, pelo fato de suas famílias estarem implicadas. A mãe de um deles teve que ser internada duas vezes numa instituição por causa de ataques agudos e perigosos de paranóia, sendo que esse menino tinha que dominar, por acréscimo, a angústia provocada pelas pronunciadas alterações de personalidade de sua mãe depois dos tratamentos de choque.

Como freqüentemente acontece em casos de crianças muito perturbadas, no começo seus progressos foram excessivamente lentos. Foi muito pouca a integração real conseguida durante seus 2 ou 3 primeiros anos na escola. Já no quarto ano começaram a fazer excelentes progressos na integração, os quais continuaram com acentuado vigor. Nos dois últimos anos freqüentaram uma escola comum de ensino médio que não pertencia a Sonia Shankman Orthogenic School (embora ainda morassem conosco), e logo depois das dificuldades iniciais de sua adaptação, conseguiram se desenvolver muito bem aí. Deixaram-nos em meados de 1952. A partir de então, concluíram a Preparatória (vestibular norte-americano), com muito boas qualificações acadêmicas e sociais e ingressaram numa de nossas melhores universidades, a qual continuam freqüentando.

Nesse ambiente são comparáveis em integração com qualquer outro jovem de sua idade, sem que se note diferença entre eles e aqueles que parecem nunca terem precisado de ajuda com os problemas emocionais.”⁸

No que me concerne, no capítulo titulado “As condições constitucionais do bebê e sua influência na relação mãe-filho” (que fora apresentado em Congresso da Associação Brasileira de Neurologia Infantil - ABENEPI - do ano 1981), que forma parte do livro de minha autoria *Psicanálise do Autismo*⁹, se sustenta a tese derivada da experiência clínica de que o exercício da função materna depende marcadamente das condições constitucionais de seu bebê, e não somente da condição fantasmática de seu psiquismo inconsciente.

ASSISTINDO AO FILME *LE MUR*¹⁰

Quando li nas legendas em inglês, que a Dra. – neurologista brasileira – Mônica Zilbovicius afirmava que em todos os casos de autistas ela tinha encontrado um empobrecimento de fluxo sanguíneo no Sulco Temporal Superior e também um menor espessamento do córtex¹¹ não me surpreendi porque já estava à par dessa descoberta. De fato citei essa descoberta e sua autora na mais recente edição (revisada e ampliada) de meu livro sobre autismo¹² e também no livro “Saber Falar” (2007). O que sim me surpreendeu é que no texto que aparece na tela (não na fala) diz que ela encontrou isso ‘em 2000’. Confesso que fiquei extremamente contente pela simples razão de que se tivesse se descoberto tal defeito em 2000 casos de autismo estaríamos diante uma descoberta fundamental para compreender uma parte essencial dessa grave afecção. Mas logo em seguida lembrei que a Dra. Zilbovicius tinha comunicado no ano 2006 sua observação de tal característica no STS em 21 casos de autistas e percebi que na tradução ao inglês essa referência numérica podia ser do número do ano do achado e não do número de autistas estudados. De qualquer maneira a ambigüidade no texto permanece sobre tudo porque dentro da mesma frase, em precedência, aparece o termo “all” o que induz, seguramente de modo involuntário, uma atribuição falsa. De fato os casos encontrados em 2000 com esse defeito cerebral seriam tão escassos como para não permitir que se afirmasse (como o texto do filme logo no início o afirma) que “desde faz já muitas décadas a comunidade científica internacional reconhece que o autismo é um transtorno neurológico e a psicanálise ignora essas descobertas”.

Em primeiro lugar, da descoberta da Dra. Zilbovicius (que – no filme – afirma ser quem por primeira vez achou o defeito neurológico causal do autismo) não tem transcorrido nem sequer uma década; em segundo lugar muitos dos psicanalistas que trabalhamos com autistas estamos muito bem informados de essas pesquisas e para nada nos opomos à sua realização nem as conseqüências de suas descobertas; opomo-nos, sim, à precipitação de conclusões de causalidades não estabelecidas ou negadoras de outros fatores em jogo, negações e precipitações que conduzem a reduções do conceito de “cura”. Ainda cabe se perguntar, diante daquela afirmação, por que a maior parte da psiquiatria e da psicologia clínica francesa, a maior parte da psiquiatria e da psicologia clínica argentina, uma grande parte da psiquiatria e da psicologia clínica brasileira,

uma grande parte da psiquiatria e da psicologia clínica norte-americana - o mesmo valendo para Uruguai ou México, ou Bélgica, ou Itália - que não reduzem a causalidade psíquica ao campo puramente neuroquímico ou neuroanatômico, por que estariam fora da “comunidade científica internacional”?

No Congresso Internacional de Neurologia Infantil realizado em Buenos Aires no ano de 1981 o pesquisador Dr. Ornitz apresentou 12 casos de crianças autistas (todos meninos) com o registro de lesões na base do encéfalo. Ele, naturalmente, afirmou que “em todos os casos de autistas estudados (esses 12) se registrou esse defeito cerebral, propondo, então, que a causa do autismo devia estar associada à malformações ou lesões dessa região. As novas pesquisas não verificaram essa hipótese.

O achado da Dra. Zilbovicius é, sem dúvida, de grande importância. A área cerebral afetada que encontra nos pacientes autistas estudados por ela está associada às funções de reconhecimento social e interpretação da linguagem (não somente verbal, mas também gestual, gestáltico e prosódico), pelo qual coincide com o longamente observado como falhas na estruturação psíquica por aqueles que trabalhamos durante décadas com pacientes autistas no campo psicanalítico.

De fato, as falhas na estruturação psíquica – e isso foi afirmado por muitos psicanalistas durante as últimas três décadas – no caso do autismo não são equivalentes às apresentadas pelas crianças psicóticas¹³. A falha nas psicoses reside principalmente nas dificuldades na simbolização, enquanto que a falha no autismo está na área das identificações primordiais. Como essas identificações primordiais acontecem inicialmente entre o bebê e seu cuidador primário, quando a criança apresenta características fenotípicas que obstaculizam o reconhecimento e a compreensão de esse “cuidador primordial”, então falha o reconhecimento recíproco entre a mãe e o filho, o que acontece em todos e em quaisquer casos em que, seja por causa orgânica, seja por causa psíquica ou social, essa relação sofre ou se rompe. Sustentar que as relações primordiais têm o poder de levar o desenvolvimento por bom caminho ou desencaminhar-lo – sendo que grande parte do desenvolvimento reside no que as relações sociais e subjetivas transmitem e moldam nas estruturas nervosas e genéticas¹⁴ — não constitui hoje em dia nenhum excesso psicanalítico, mas uma total concordância com as descobertas dos últimos 20 anos no campo da neuroplasticidade, a epigenética, e com as descobertas sobre a neurotransmissão nos estudos sobre a memória e as aprendizagens.

Constitui um princípio aceito pelos mais sérios pesquisadores na área da psiquiatria pediátrica, da genética, da neurobiologia e da psicologia do desenvolvimento, que as condições afetivas, a acessibilidade à linguagem, e as condições psico-sociais formam parte do *environment*. E que – salvo nos raros casos de gravidade extrema, nos quais a determinação constitucional é por si só determinante – a resultante como sujeito depende da matriz que seja proposta para cada indivíduo na medida em que a organização do funcionamento mental é um efeito da interação entre as condições genéticas e/ou neurológicas e o meio circundante. Sigmund Freud – por tanto nós, os psicanalistas assim pensa-

mos – antecipou esse princípio quando, em 1903, definiu a estrutura psíquica como a resultante da articulação do que ele chamou de “séries complementares”: as condições constitucionais, as experiências infantis e a situação atual para cada sujeito.

Por isso, os que trabalhamos com crianças autistas levamos em conta o princípio – de todos os pontos, ético – de que somente pode se saber a posteriori o grau de limitação que as condições constitucionais podem impor para a constituição de uma subjetividade. Somos orientados pela tentativa de constituir essa subjetividade já que é ela a que oferece ao indivíduo a possibilidade de escolher e de desejar pela sua própria conta, *contrario sensu* ao que acontece quando a psicoterapia (comportamentalista ou cognitivo condutal) conduz, já desde os momentos mais precoces da manifestação autística, para o paciente adotar formas de comportamento e expressão previamente desenhadas para dotá-lo de um artefato de aparente normalidade. Certamente a subjetividade é ali sacrificada em nome de uma objetividade adaptativa eficaz ceifando precocemente a chance que o autista poderia ter (o que não ocorre em todos os casos) de se constituir como sujeito em alguma medida: a que lhe for possível.

NOTAS

¹ Nos EUA 17% das crianças em idade escolar possuem esse diagnóstico e estão medicadas com metilfenidato.

² Calcula-se que nos países desenvolvidos pelo menos uma a cada 40 pessoas consome medicamentos relativos ao diagnóstico de bipolaridade;

³ Gonon, F. in *Revue Esprit*, Paris, Nov. 2011 (p.54 e SS)

⁴ Citado em artigo de Francois Gonon (neurobiólogo diretor de pesquisa do CNRS no Institute de Maladies degeneratives, da Universidade de Bodeaux).

⁵ Escalona, S. – “Some Considerations with Psycotic Childrens. Bulletin of the Menninger Clinic. XII (1948), p. 127-128. Bruno Bettelheim também o cita no seu livro *Fugitivos de La Vida*, México: Fundo de Cultura Económica, 1953 (p. 494-495)

⁶ Bettelheim, Bruno – “Fugitivos de La vida” (trad. do autor), México: Fundo de Cultura Económica, (1953) 1975. (p. 494)

⁷ Ibidem (p. 497)

⁸ Bettelheim, Bruno – *La Fortaleza Vacía* – México: Fondo de Cultura Económica, (1953) 1976. (p.16)

⁹ Jerusalinsky, A. – “Psicanálise do Autismo”, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1984.

¹⁰ Filme francês (2012), dirigido por Sophie Robert, produzido pela Ocean Invisible Production e com a contribuição de Autistes sans Frontières, claramente endereçado a deturpar a psicanálise nas suas intervenções terapêuticas junto a autistas. Trata-se de um documentário onde a diretora fez uma montagem articulando respostas que os entrevistados tinham formulado para outras perguntas que as que no filme antecedem a suas declarações. Três desses entrevistados foram a Justiça onde a diretora do filme foi condenada em primeira instância a pagar uma indenização de 400.000 euros, pagamento que devia ser efetuado imediatamente pelos danos efetivamente produzidos por difamação.

¹¹ O que pode querer disser 'menor número de neurônios', mas também uma menor proliferação dos dendritos, ou alguma anomalia no crescimento ou extensão dos axônios, ou uma escassez sináptica. Sendo que cada uma dessas alternativas, igualmente registradas no PET como redução do fluxo sanguíneo, e também com registro equivalente em todos esses casos na RM para determinar esse 'menor espessamento', teria uma significação clínica, temporal e causal diferente. Certamente, as alterações funcionais em cada uma das razões para haver tal defeito não seriam as mesmas. O que, se por um lado relativiza o caráter de 'causa única' no achado da Dra. Zilvovicius, também o torna uma rica fonte de novas pesquisas. Só a título de exemplo: seria essa diversidade de causas para o empobrecimento do STS a causadora da diversidade de características nos indivíduos autistas, ou, pelo menos, essa diversidade neurológica nessa região estaria associada à uma diversidade funcional patológica?. Só a título de exemplo porque as hipóteses podem ser muito variadas.

¹² Jerusalinsky, A – Psicoanálisis Del Autismo, Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 2011 (texto ampliado redigido em 2009)

¹³ Vejam-se os trabalhos de Marie Cristine Laznik, de Patrick..., de Graciela Crespín, Elsa Coriat, Jean Bergès, Inés Catão, Julieta Jerusalinsky, Silvana Rabello, Ione Rafaeli, Sandra Pavoni, e o próprio autor desse texto, desde 1981 em diante, entre muitos outros.

¹⁴ Estamos nos referindo às mais recentes pesquisas realizadas em Yale e em Massachusets sobre mutações genéticas favorecedoras do autismo acontecidas após o nascimento. Esses achados formam parte dos estudos da epigenética.

POLÉMICA SOBRE EL AUTISMO: PROLEGÓMENO DE LA POLÉMICA ACERCA DE TODA LA SALUD MENTAL

AUTISM CONTROVERSY: PRELUDE TO THE CONTROVERSY
ABOUT ALL MENTAL HEALTH

Isabel Lucioni¹

Me había enterado de la discusión en Francia sobre el autismo y la pertinencia del psicoanálisis para tratarlo, pero lo hice a través de un post de facebook en el que se publicitaban opiniones “psicoanalíticas” sobre el autismo, las que habían censurado y retirado de publicación profesionales lacanianos. El fenómeno en Francia es una avanzada mas de las terapias cognitivo conductuales como soportes del cientificismo y en última instancia del biologicismo. Mi opinión es que esa avanzada pretende hacerlo sobre toda la salud mental impugnando al psicoanálisis, el que quizás debe prepararse para la mayor batalla de su historia. Batalla porque esas terapias están demostrando una eficiencia cuya reducción de variables para demostrar determinantes y abordar conductas podemos discutir, pero demuestran una eficiencia. Y toda disciplina debe contrastar sus hipótesis y ser capaz de describir sus procedimientos.....siempre que se pretenda desprendida de la filosofía y tener un proyecto científico.

Pero sería muy errado culpár al neoliberalismo y, en gral. a la superestructura de ideologías posmodernas como la fuente global del embate contra el psicoanálisis. El psicoanálisis nació y prosperó en el capitalismo impactando muy fuertemente en la cultura occidental aunque nunca aceptado totalmente por las ciencias.

Aunque pertenezcamos a la estirpe del descubridor de lo irracional como campo pulsional de lo inconciente, pienso que las teorías son los prismáticos o los microscopios con los que podemos mirar a la realidad y operar en consecuencia de una manera racional; no soy una original teórica en esto: es la idea y el proyecto de Freud para su ciencia, porque ese descubridor de lo irracional que nos habita, fue un racionalista, un materialista y proyectó un destino de clínica rigurosa y fundamentación de los argumentos teóricos, combatiendo todo lo que creía que no cumplía esa dirección intelectual. Empecemos por plantear que “EL” psicoanálisis, así en singular no existe, lo que se denomina así es un vasto campo de teorías dispersas, mas o menos coherentes entre sí y a veces nada coherentes entre sí, la heterogeneidad teórica no puede menos que ser consecuentemente seguida por prácticas dispersas, manteniendo sólo algunas actitudes clínicas entre la miriada heterogénea de sus seguidores.

El proyecto científico freudiano no es inalcanzable, pero a lo largo de 112 años sus continuadores lo han tornado cada vez más lejano. Sobre todo después de la deflagración destructiva que respecto a Freud operó Lacan. Este escalón mas en la crisis que vive y los ataques que recibe el psicoanálisis viene de Francia, cuna del pensador francés.

¹Psicanalista, membro pleno da Sociedade Psicoanalítica del Sur, com várias publicações em periódicos.
isabellucioni@gmail.com

Es cierto que siguiendo el mandato de la ganancia capitalista las instituciones de salud están buscando salud mental lograda en breve tiempo y constatada en su eficiencia, pero no debemos considerarnos víctimas totales del capitalismo. Hacemos muy mal en pretender defender al psicoanálisis atacando a las ciencias en general, como lo hizo Lacan, produciendo una explosión de irracionalidad en el campo psicoanalítico que aún no se estabilizaba en el proyecto freudiano. Y es Francia la que toma la iniciativa de erradicarnos a justos por pecadores como si todos los que nos llamamos psicoanalistas fuéramos idénticos y ni siquiera semejantes.

Continuando con la denostación de las ciencias hacemos mal en defender al psicoanálisis aduciendo que somos una disciplina de lo singular, como si no tuviéramos categorías universales cuales son los Conceptos de Aparato Psíquico y dentro de él, el concepto de Inconciente. Esos universales operan en la capacidad de comprender a los sujetos singulares. La clínica psicoanalítica es difícil de traducir en protocolos de intervención porque, efectivamente, cada paciente es una individualidad de la cual nos ocupamos; y aunque tenemos universales teóricos que nos guían abordamos la aventura de entender a cada persona como única, penetrando en su psiquismo con cuidado de sus angustias y capacidades de comprensión: esto no puede ser protocolizado como si fuera andar guiado por un GPS. Salvando las distancias los médicos también dicen: existen enfermos y no enfermedades, pero no se levantan contra la universalidad de las ciencias que sustentan sus prácticas, no denigran a la fisiología, la química, la semiología clínica. Y sin embargo cada cuerpo es singular.

La singularidad compleja de las personas en la clínica de lo psicológico, es un hecho indubitable, no quita el otro hecho también indubitable de que los psicoanalistas no coincidimos ni en el concepto de inconciente, de allí se produce una confusión clínica que cada vez más nos aleja de la precisión de definiciones como la de “cambio psíquico” a partir de lo cual podríamos especificar como son las mejoras de las cuales somos artesanos. Estaríamos en mejores condiciones de defendernos del cientificismo si no atacáramos a las ciencias, sólo porque en 112 años todos los psicoanalistas nos preciamos más de ser originales que de ser precisos. La singularidad compleja de las personas no nos exime de definir qué consideramos cambio psíquico y cómo damos cuenta de él.

El remanido argumento de la “singularidad” que enarbolan muchos psicoanalistas no hace más que solapar la arbitrariedad y el oscurantismo; y el oscurantismo es tan malo como el cientificismo. Desde Lacan, las problemáticas y los términos filosóficos se han mixturado con algunas formas de psicoanálisis y, por lo menos en Buenos Aires, también se está confundiendo al filósofo crítico del psicoanálisis Deleuze con ...¿psicoanálisis!

Considero cientificismo al fundamentalismo científico que exige sólo metodologías duras o experimentales y, en un extremo el sustancialismo de Bunge que pretende confundir el cerebro con la mente, porque el cerebro es sometible a laboratorios experimentales.

Ante semejante confusión no podemos culpar solamente a los que pretenden mostrar una mejoría con metodologías duras de contrastación y que tratan de

imponer un solo modo de contrastación y el psicoanálisis no se va a salvar de este feroz embate si no reconocemos primero nuestros defectos y limpiamos el campo teórico fundamentando el campo clínico.

El psicoanálisis tal como su fundador lo concibió es la disciplina científica de la estructura, funcionamientos y procesos de constitución del Aparato Psíquico. Entiendo que el autismo por mas discusiones que hayan sobre su diagnóstico es una patología de la constitución de la subjetividad psíquica. Tiene causalidad multifactorial totalmente compatible con la idea freudiana de causalidad psíquica: Las series complementarias, las que suponen lo genético y lo congénito además de las causales intersubjetivas. Yo no soy especialista en autismo pero conozco a colegas indudablemente responsables y serios que se ocupan de él, por ejemplo, Juan José Calzetta y Beatriz Janin en Buenos Aires.

El pensamiento de J.J. Calzetta es clarísimo al respecto: “En síntesis, si bien no puede considerarse al autismo como un problema “psicológico”, causado sólo por perturbaciones en los vínculos primarios, es seguro que éstos tienen alguna incidencia en el resultado final. Es un trastorno complejo, que implica aspectos neuropsicológicos y relacionales, pero el psicoanalista es quien puede entender cómo conducir un proceso que debe apuntar a la progresiva construcción del procesamiento psíquico adecuado, a la organización del aparato. Siempre que se cuide de “interpretar” como si se tratara de una neurosis o de sacar de la galera ocurrencias “contratransferenciales” acríicas. Otro problema es que en la actualidad se tiende a la extensión del diagnóstico hasta límites abusivos, a casos que no tienen nada que ver. En fin, excluir al Psicoanálisis es caer en un reduccionismo neurologista que no toma en consideración la real complejidad de estos casos”

Beatriz Janin tiene opiniones concordantes alertando contra la pretensión de hacer cuestionarios para diagnósticos masivos cuestionarios que ya han sido nefastos para la divulgación del diagnóstico del trastorno de atención e hiperactividad. Pero también pueden haber reduccionismos “psicologistas”, como hay esquemáticos y mecanicistas, de ambos nos tenemos que preservar con teorías rigurosas y siendo capaces de describir los procesos de logro o de mejoría. Los meandros de los deseos sexuales y agresivos estan siendo claramente vistos por esta sociedad, el odio al psicoanálisis no proviene solamente de quienes pretenden simplificar al ser humano y cobrar rápidamente sus “efectividades”, proviene también de la oscuridad de nuestros procedimientos y de algunas de nuestras teorías que, como dije, enfrentan decididamente a las ciencias descalificándolas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALZETTA, J. Consideraciones sobre el autismo. En: *Cuestiones de infância*. Buenos Aires: Editorial UCES, 2003.

JANINI, B. *Patologías graves en la infância*. 2012 (no prelo).

LUCIONI, I. Idealización, Ideales, cambio psíquico. En: *Actualidad Psicológica*. Buenos Aires, abril 2004.

O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM A CLÍNICA DO AUTISMO?

WHAT IS HAPPENING WITH THE AUTISM CLINICS?

Vera Blondina Zimmermann¹

Convidada para comentar o importante texto da colega Cláudia Perrone sobre *A polêmica do Autismo na França*, penso poder contribuir historiando aspectos do meu percurso nesta área de trabalho.

Hoje, enquanto psicanalista no ano de 2012, frente a um bebê que não retorna o olhar para o adulto que ocupa a função materna, ainda terei meu foco de observação e intervenção nos aspectos relacionais desta criança e seu meio ambiente.

Continuo mantendo-me atenta as informações, mesmo de áreas diferentes de conhecimento, sempre em busca de avanços e soluções para os entraves da constituição do psiquismo. Frente a um sujeito que me convoca a pensar, abandono pensamentos condicionados ao *formato cartesiano* e mergulho num mundo de incertezas, próprio dos desafios que são colocados pela física quântica, entendendo que a complexidade do desenvolvimento humano assim o exige. Para além desta posição que considero ética e em sintonia com meu lugar de psicanalista, independente de época, tenho a convocação da contemporaneidade e seus novos campos de pesquisa com suas respectivas descobertas.

Mas então, o que mudou e o que permanece na minha visão clínica sobre o tema *Autismo*, desde quando iniciei minha formação clínica no final da década de 70?

Hoje olho para esse bebê, acima mencionado, discutindo-o em equipes multidisciplinares, estratégia de tratamento que julgo indispensável no campo das patologias que ficam fora do campo das neuroses.

Enquanto psicanalista, sofro hoje o estigma de pertencer a um grupo de profissionais que por longo tempo trabalharam a partir de uma única hipótese clínica: *a mãe geladeira* (Leo Kanner, 1950). Ainda me penitencio pelos olhares culpabilizantes que lancei nos primeiros anos de minha carreira às mães de crianças autistas, posição advinda de minha formação inicial, quando – por exemplo – a psicanálise, a neurociência e a microbiologia eram estudadas e utilizadas de formas dissociadas. E é também por essa dissociação, que temos episódios como comenta nossa colega.

Enquanto participante de equipe multidisciplinar, compartilhamos algumas conclusões do tipo:

A genética não é o destino, exceto em casos extremos. As descobertas da

¹Psicanalista,
Membro do Departamento
de Psicanálise do Instituto
SEDES SAPIENTIAE/SP,
Doutora em Psicologia
Clínica-PUC/SP, Coordenadora
do CRIA (Centro de
Referência da Infância e
Adolescência/ UNIFESP,
Professora e Supervisora de
Residentes em Psiquiatria
Infantil/UNIFESP, autora do
livro “Adolescentes
Estados-limites- a instituição
como aprendiz de
historiador” co-autora de
“Singularidade na inclusão-
estratégias e resultados” de
“Psicologia Médica-
Abordagem Integral do
processo Saúde-Doença”.
vera@tekowam.com

neurociência reforçam o conceito de singularidade psíquica, eixo central da psicanálise. Conceitos como a plasticidade cerebral (o cérebro não seria um órgão estático e sim, evoluiria durante a vida, guardando as marcas da experiência vivida e criando, a partir daí, novas sinapses) e a epigenética (tudo que não é determinado pela genética, isto é, que corresponde às modificações transmissíveis e reversíveis das expressões dos genes) revelam que a determinação genética não seria maior que a determinação ambiental ou psíquica, mas exigem uma articulação entre elas para acontecerem de uma ou de outra forma. Desta maneira, não herdamos definições e sim probabilidades, disposições para cumprir funções segundo as exigências do meio ambiente que nos recebe.

Tal modelo, etiológico, passa a admitir a complexidade e as potencialidades além das causalidades, e a pensar a ação conjunta da herança genética e cultural, da situação singular, das *ofertas* do ambiente (inclusive alimentares) da história dos conflitos humanos, das condições histórico-sociais. E cabe aqui destacar que, apesar de tudo isto, as pesquisas neurocientíficas e as observações clínicas dos psicanalistas confirmam igualmente a relevância da maternagem primária e do ambiente humano inicial sobre as percepções do bebê.

Mas, o que vemos entre a maioria dos profissionais com quem interagimos em determinados eventos especializados, é apenas um *engatinhar* de diálogo entre os saberes, mesmo que esta troca de informações seja uma urgência da clínica contemporânea. Surgem divergências mais intensas entre métodos e técnicas e mais do que nunca, uma cobrança de resultados, que nem sempre são entendidos e aceitos, principalmente porque são analisados a partir de diferentes prismas conceituais, quase sempre buscando condicionar determinado sintoma a uma, ou poucas, causas específicas.

Temos acompanhado muitos esforços sendo feitos por colegas, entre eles destaco Marie Christine Laznik, psicanalista francesa, estudiosa do diagnóstico e tratamento precoce do autismo. Ela, juntamente com muitos outros colegas do mundo todo, inclusive do Brasil,¹ tem trabalhado no sentido de mostrar a necessidade da cooperação entre as áreas e da importância de todas as informações conjuntas no aprimoramento de nossos dispositivos terapêuticos, a partir de pesquisas e capacitação de profissionais para detecção precoce.

Graças a mapeamento genético e exames complementares precoces, sabemos, diz ela, que existem casos de crianças portadoras de uma grave doença genética que podem apresentar um recesso autista temporário. Mapeamentos adequados podem indicar fragilidades específicas e o diagnóstico precoce abre possibilidades para as intervenções e contribuições psicanalíticas de maior substância.

O atendimento precoce de pais e bebês permite modificar o curso do desenvolvimento, fazendo emergir a vida pulsional e fantasmática. Mesmo que ainda que não se possa reduzir a subjetividade à genética e a neurociências, é possível saber, por exemplo, que tipo de condição subjetiva participou para que aquele cérebro pudesse ter tido aquele tipo de alteração. Um dos exemplos de contribuição foram os estudos multidisciplinares acerca do *manhês*,¹ hoje comprovado como elemento impactante na interação molecular, fundamental na

ativação de circuitos associativos.

Nós, psicanalistas, podemos continuar focando nosso olhar sobre a díade-relacional e trabalhar nesta direção; isto não impede que participemos das descobertas que podem nos ajudar a entender e trabalhar melhor sobre este fenômeno, como por exemplo, saber quais os impactos das moléculas liberadas durante essa relação e quais os circuitos associativos que são ativados por ela. Especificidades de nossas intervenções, mesmo incluindo conceitos de outros saberes, podem trocar contribuições e vice-versa.

Entendemos que movimentos como este ocorrido na França, ocorrem igualmente no mundo todo, inclusive no Brasil. Em parte, também representam novas formas de subjetivação, nas quais o ser humano prioriza a rapidez de mudanças, secundarizando a reflexão e o aprofundamento sobre o seu existir.

Na clínica, somos confrontados a responder com novas abordagens metapsicológicas ao sofrimento causado pelo *excesso pulsional*, mesmo sabendo que as descobertas na área bioquímica tem contribuído expressivamente para novos e eficazes tratamentos da doença mental, ajudando este novo sujeito a lidar melhor com seu sofrimento. Mas também presenciamos o uso indevido da medicalização, em função da indisponibilidade deste mesmo sujeito em lidar com a dor da própria existência. Neste sentido, o repúdio ao *pensar* da psicanálise não representa um ato político isolado, mas uma reação deste novo sujeito que tem *muita pressa* para se livrar do seu sofrimento, muitas vezes necessário para seu crescimento pessoal. Principalmente porque o social lhe cobra esta *recusa*, assim como lhe cobra a *recusa* e a *negação* do envelhecimento e da morte.

Porém, como psicanalista, não posso deixar de me responsabilizar pela parte que me cabe neste movimento de rejeição à psicanálise. Em certo grau, também fizemos por merecer, enquanto mantivemos nosso pensamento enclausurado em raciocínios cartesianos dogmatizados, desfrutando do poder transferencial que tínhamos na sociedade do século passado.

Enquanto clínica, continuo escutando a singularidade, tentando contribuir para que os sujeitos encontrem os caminhos que demandam. Avanço minha atuação clínica participando de equipes multidisciplinares e intervindo na formação de diferentes profissionais. Fora do setting clínico individual, acredito na eficácia da intervenção via instituição e dos efeitos subjetivantes deste trabalho. Ainda, trabalhando com a clínica do *excesso pulsional* da pós-contemporaneidade, aposto no conceito de *acontecimento*, mesmo dentro da *compulsão à repetição*. Tento conversar com os diferentes saberes e práticas, adaptando o discurso psicanalítico para que ele produza sentido e atinja colegas de outras áreas.

Neste momento, sinto-me fazendo um trabalho de *formiguinha*. Isto me faz lembrar as palavras ditas por Raquel Soifer para uma colega, quando passeava com ela no jardim de uma casa de repouso em Buenos Aires, pouco tempo antes de sua morte: *Sabe Amélia, a psicanálise fez muito pouco para o mundo! Mas o que ela fez foi tanto!*

Penso que por este *pouco que é muito*, vale a pena continuarmos nossa luta, *fazendo trabalhar a Psicanálise, espalhando a peste!*

Vens comigo?!

NOTAS

¹“Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa”, organizado por Rogério Lerner e Maria Cristina M. Kupfer, sintetiza resultados de uma ampla investigação feita no Brasil para promover a detecção precoce de patologias mentais graves, entre elas o autismo; vários outros colegas e equipes foram envolvidos, inclusive a Clínica Lidia Coryat de Porto Alegre. A contribuição destes psicanalistas e suas equipes repercutiram de forma muito importante nas equipes multidisciplinares de saúde mental da infância.

²Maneira particular que as mães têm de falar com seus bebês. Pesquisas multidisciplinares tem resgatado sua importância no processo de subjetivação do bebê e no tratamento do autismo.

FRAGILIDAD DEL SOSTÉN INTERIOR EN LAS ADICCIONES

THE FRAGILITY OF INNER STRENGTH IN ADDICTIONS

Hugo Mayer ^{ii, 1}

Son pocas las personas que no se inquietan por el crecimiento del consumo de drogas en el mundo y, particularmente, en nuestros países. Para justificar su indiferencia, suelen argumentar que no hay que sorprenderse por esos consumos tóxicos pues los chamanes de las tribus primitivas ya los practicaban y que adictos hubo siempre. Ello es parcialmente cierto, los chamanes consumían alcohol y drogas alucinógenas en ceremonias religiosas con la finalidad de facilitar la comunicación con sus dioses, pero ese consumo respondía a una función social que cohesionaba a sus tribus en torno de ideales y aspiraciones comunes, lo que fortalecía los vínculos entre sus miembros. No es lo que ocurre con los drogadictos de hoy que se autoexcluyen de la vida institucional, destruyen sus relaciones afectivas y se quedan cada día más solos y más violentos. Por otra parte, sí, también es cierto que adictos hubo desde tiempos remotos, sobre todo al opio y al alcohol, pero eran casos aislados, marginales. No se trataba de un fenómeno masivo que se propaga como una mancha de aceite en el agua haciendo estragos en nuestra juventud, dejando vidas y familias destruidas. Y si algunos se enriquecieron entonces con la explotación de la venta de drogas no llegaron a tener jamás el poder que tienen hoy los narcotraficantes como grupos organizados que no sólo corrompen o matan a sus adversarios, también se infiltran en la economía, la política y la cultura de las naciones en procura de leyes más blandas, de mayor tolerancia social, para que su criminal negocio siga en expansión mientras se *naturaliza* el consumo de sustancias psicoactivas de todo tipo.

A hora, como hombres de la cultura, como psicoanalistas, es bueno que nos preguntemos ¿qué nos ha sucedido? ¿qué está pasando en el mundo occidental, y, particularmente, en nuestras patrias, para que haya un terreno propicio para que se extienda en tal forma, con tanta rapidez y destructividad, esta epidemia?. A mi criterio hay al menos cinco rasgos de la dinámica social, fácilmente perceptibles, que abonan el terreno para que se arraiguen las más diversas adicciones. Todos ellos contribuirían a la génesis y multiplicación de los cuadros adictivos, con el agravante de que actúan entrelazados de un modo convergente, potenciándose entre sí. Me refiero a: 1- el empobrecimiento y la disgregación de la familia contemporánea; 2- la aceleración de los tiempos y la ampliación de los espacios que suponen los nuevos medios de comunicación y los avances tecnológicos; 3- la progresiva sustitución de los vínculos con objetos reales por otros de tipo virtual; 4- la universalización del modelo consumista; 5- el avance de ideales cada vez más narcisistas a expensas del debilitamiento de los simbólicos. Veámoslos sucintamente:

ⁱⁱMédico psicoanalista,
ex-director del "Centro
Gorriti" de prevención y
asistencia ambulatoria de
las adicciones, Argentina.

1-EL EMPOBRECIMIENTO Y LA DISGREGACIÓN DE LA FAMILIA CONTEMPORÁNEA. El achicamiento de los grupos familiares en la actualidad, su dispersión y la incomunicación que suele reinar en ellos es muy evidente si se los compara con los de hace cincuenta o sesenta años. Los vertiginosos cambios socioculturales que se produjeron en ese lapso tuvieron repercusión en todos los ámbitos y el familiar no fue una excepción. Las funciones tradicionales que se suponían propias del ser “hombre”, “mujer”, “padre”, “madre” o “hijo” perdieron la nitidez de sus contornos quedando imprecisas sus atribuciones. Esta ambigüedad influyó en la formación de los niños y en la relación con ellos, como así también en sus trastornos de personalidad.

En pocos años se ha pasado con relativa rapidez de una familia patriarcal, en la que el autoritarismo y la represión ocupaban un lugar destacado, a una modalidad permisiva, sin figuras de autoridad respetadas, que equiparó equivocadamente libertad con dejar hacer. El modelo autoritario en los grupos familiares de la primera mitad del siglo pasado, para tomar un punto de referencia fácilmente representable, hacía girar la dinámica familiar en torno a una figura paterna idealizada y machista que imponía el sometimiento y la represión, especialmente de la sexualidad infantil, con comportamientos a menudo abusivos y arbitrarios que nadie se atrevía a cuestionar. Esa fue la gran fábrica de neuróticos que llenaron los divanes psicoanalíticos a partir de los descubrimientos freudianos. Pero el panorama ha ido cambiando en las últimas décadas; cambiaron los grupos familiares, los roles y el poder de los miembros que los componían, cambió la relación parental con los hijos y, como consecuencia previsible, cambió también su psicopatología. Los síntomas neuróticos en ella ya no ocupan un lugar tan destacado como las *actuaciones* (*actings*)², concomitantes a mecanismos defensivos más primitivos que la represión sexual (desmentida de la realidad, supresión de los afectos, escisión del *yo*, etcétera).

Muchas personas trataron de compensar el autoritarismo represivo que sufrieron de sus padres asumiendo con los hijos una actitud antagónica, con marcada tendencia a ceder frente a sus incesantes demandas. Creyeron ser buenos y fueron demasiado blandos. No faltará quien piense: “¿Acaso ser muy bondadoso puede resultar dañino para los pequeños? ¿Habrá que ser rígido y autoritario para que los hijos no se deformen?”. Ni una cosa ni la otra. Lo que quiero subrayar es que pueden ser tan perturbadores para un saludable desarrollo de los hijos los padres autoritarios e intolerantes como aquellos excesivamente complacientes que carecen de autoridad frente a ellos. No la han sabido asumir y ejercer con equidad, haciéndola valer cotidianamente en las restricciones que la protección de la crianza necesariamente exige. Es que nadie les enseñó a ser padres y, no queriendo repetir los errores de los suyos, se cruzaron a la vereda de enfrente, dejando de lado también sus virtudes. Angustiados, confundidos o simplemente sin saber cómo proceder oscilaron entre actitudes extremas. Se comportaron como si ignoraran que podían ser firmes sin ser rígidos e intolerantes, y flexibles, sin ser ambiguos; al fin, llenos de temor, terminaron siendo demasiado permisivos, imprecisos y, a menudo, contradictorios. La evolución mental de los niños es mucho más difícil y tortuosa cuando no cuentan con suficientes represiones eficaces que los oportunos límites familiares inducen.

Aspiramos a educar hijos que sean maduros, obedientes, responsables, generosos, solidarios, y, sin embargo, no pocas veces olvidamos algo obvio: en un principio somos nosotros como primeros educadores los únicos garantes de que los pequeños hagan naufragar una concepción egocéntrica del mundo; de que vayan dejando atrás una cosmovisión narcisista que hace girar el universo alrededor de su *yo* en formación para dar cabida, en una nueva perspectiva, a las demás personas de su entorno, con sus propios deseos y limitaciones. Los padres en extremo complacientes perturban esta evolución. Dando siempre a los pequeños lo que piden jamás aprenderán a valerse por sí mismos, no sabrán cómo hacer para transformar lo que no les gusta de la realidad en algo más deseable. Con esto quiero decir que además de darle amor, estímulo y la información necesaria que pueden procesar en cada etapa del desarrollo, los padres deben brindar a sus hijos límites protectores, firmes y apropiados a cada situación, para que puedan crecer en salud contando con recursos para ser cada día más autónomos y menos dependientes de ellos. Con tal actitud favorecerán su integración gradual a las demás instituciones de la cultura. Esta función encuadrante del amor de los padres es esencial para que los niños, identificación mediante, vayan construyendo dentro de sí un *sostén interior* que les permitirá cuidarse a sí mismos cuando hayan crecido.

2- EL ACORTAMIENTO DE LOS TIEMPOS Y LA AMPLIACIÓN DE LOS ESPACIOS QUE IMPONEN LOS NUEVOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LOS AVANCES TECNOLÓGICOS hacen cada vez más difícil el procesamiento psíquico de una información que no cesa de crecer, en aceleración permanente. El exceso de información sin procesar produce una sobreexcitación mental que en cierto sentido puede equipararse al efecto generado en la vida anímica por los traumas psíquicos. El proceso elaborativo por el cual se transforman las excitaciones libres en representaciones, fantasías, sentimientos, palabras, creencias, etc. es un trabajo que requiere un tiempo para alcanzar su cometido. Dicho proceso se dificulta o se detiene cuando se trata de una excitación de una magnitud exorbitante, como la que produce una situación traumática, pero también cuando hay muchas más pequeñas que demandan del individuo una respuesta inmediata y adecuada que no puede dar. Las excitaciones libres no tramitadas se acumulan y, cuando exceden cierto nivel, suelen ser registradas por el *yo* como angustia desbordante, como sensación de vacío mental o como ataques de pánico, entre otras vivencias displacientes que no alcanzaron a ser representadas ni expresadas en palabras. Mientras se las padece, o cuando se las presiente cerca, el individuo procurará sustraerse de ellas por alguna *actuación* que las atenúe o por un camino corto y presuroso que le permita eludir pensar en el displacer que siente: aturdiéndose con una música a todo volumen, con imágenes televisivas que lo distraigan, con una pelea violenta, con psicofármacos, bebidas alcohólicas y/o drogas ilícitas.

Estamos viviendo una época donde los tiempos con los que contamos para hacer una tarea son cada vez menores y la realidad externa, con sus múltiples cambios y exigencias, demanda de un modo apremiante más y más respuestas eficaces. No hay mejor retrato de esta aceleración deshumanizante que el que hizo Charles Chaplin hace ya 75 años en su film "Tiempos modernos".

El aumento de la velocidad reduce el tiempo de elaboración y lleva a una representación cada vez más simplificada y fragmentada de la realidad, de una realidad en la que se han sobrevalorado las metas a expensas de la devaluación del camino que lleva a alcanzarlas. Importa llegar primero, a lo que sea, mucho más que priorizar la necesidad de disfrutar del amor, la creación y la recreación en cada tramo de ese camino que es la vida misma.

Hoy, con los notables avances en los medios de comunicación y en la informática, con la aceleración de la historia, la globalización, el individualismo, la compulsión de consumir y la exigencia de ser eficientes, se está operando un cambio revolucionario que afecta y altera al sujeto. Éste ya no busca el saber en el archivo de su memoria sino en el de su computadora personal con estadísticas, imágenes, fechas y cuadros infográficos. Se trata de un saber objetivo, operacional, verificable, al que se accede sin vacilación ni mayor espera. Toda referencia que no sea sustancial será eliminada del banco de datos. Se procede de un modo inverso al del método psicoanalítico, que trabaja escarbando entre los restos desechados por el pensamiento operativo para ir descubriendo y liberando por la labor interpretativa los deseos secuestrados en las celdas de lo reprimido.

Por otro lado, los efectos traumatizantes del momento actual no pueden reducirse a la aceleración de la velocidad que aproxima los sucesos vertiginosamente, a esta especie de “fin de la historia”, porque también cuenta la inconmensurable ampliación del espacio desde el que recibimos información. El mismo ya no se limita a nuestras pequeñas comunidades sino que se extiende a todo el planeta, a la Luna, a Marte... Podemos saber los destrozos que están haciendo huracanes en los EUA, un tsunami en Japón o los enfrentamientos en Libia casi en el mismo momento en que ocurren. Así, en un escenario universal, el protagonismo del sujeto es cada vez más insignificante, aunque su actividad en el universo virtual sea mucho mayor.

Sin poder apoyarse en las certezas de un pasado, empalidecido por una historia desvitalizada, ni en las ilusiones de un porvenir incierto, sin un territorio propio, que se ha diluido en el espacio universal, seducido a cada instante por múltiples ofrecimientos, el hombre actual deambula vacilante de un consumo en otro, cada vez más informado, pero menos comunicado afectivamente. En semejante contexto muchos jóvenes tienden a masificarse y, sobreexcitados, profundamente incomunicados, llevando a cuestras las carencias -o excesos- de familias disfuncionales, se vuelcan a obturar artificialmente sus faltas convirtiéndose en consumidores abusivos de bebidas alcohólicas y de drogas. Son recursos rápidos y efectivos para desconectarse de una realidad displaciente, aplacar la angustia, la vivencia de futilidad y acceder a una cuota de placer a un costo accesible. Además, esas sustancias psicoactivas le ofrecen al sujeto una gratificación narcisista suplementaria: pueden ser consumidas cuando él lo disponga, sin necesitar de nadie, sólo de quien las vende.

Mientras puedan desmentir de este modo sus dependencias afectivas los adictos gozarán con la ilusión de ser absolutamente independientes. Sin embargo, los conflictos no pueden ser desmentidos toda la vida; crecerán y se multiplicarán en las sombras hasta que estallan en el momento menos pensado.

3 - LA PROGRESIVA SUSTITUCIÓN DE LAZOS INTERSUBJETIVOS REALES POR OTROS VIRTUALES, mucho más efímeros, inciertos y evanescentes; los objetos reales de amor u odio dejan tras de sí representaciones en el psiquismo, que son como ladrillos que sirven para la edificación de nuestros pensamientos, recuerdos y proyectos más elaborados. En cambio, tras las imágenes del mundo virtual, que van desplazando a las representaciones objetales como materia prima de las fantasías y los pensamientos, hay más imágenes, y tras ellas no hay nada, sólo la máquina que las produce, las manos y la mente de su programador o alguien que suele ser muy distinto a lo que ellas reflejan, lo que deja en los individuos un gran vacío mental y una inconmensurable vivencia de soledad.

Es inquietante apreciar cómo la realidad se desustancializa a expensas de la supuesta materialidad que se concede a la representación que de ella hacen los medios que la aluden al recrearla. Perdida la relación interpersonal, se ha desplazado la investidura objetal de la realidad a una copia de la misma donde los hechos y las personas se confunden con las imágenes que toman su representación en los diversos relatos. Esta hipercatectización de relatos imaginarios suele expresarse a nivel individual en una introversión de la libido de modo que, a menudo, se busca el placer en las fantasías y en la satisfacción autoerótica más que en la relación con las personas concretas como objetos de deseos, las que terminan siendo relegadas a un lugar secundario. Una joven me confió en una sesión psicoanalítica su frustración en las relaciones sexuales con su novio pues en los momentos de máxima excitación él la “enfriaba” susurrándole al oído: “¡Te imaginás lo lindo que sería que estuviésemos cogiendo!” y agregó: “el caradura se masturba usándome como una muñeca de plástico para descargarse. Me engaña delante de mis propias narices, no importa que no sea con otra, lo que importa es que en ese instante que debería ser supremo para sellar nuestra unión amorosa no está conmigo, me deja sola y llena de rabia”.

4 - LA UNIVERSALIZACIÓN DEL MODELO CONSUMISTA que la dinámica social recrea a cada instante, y que vanamente promete el fortalecimiento del sentimiento de identidad y de realización personal con el incremento de variadas posesiones. En los sujetos que se alienan en ese camino y destinan su vida a acumular dinero, poder y productos de consumo, los aspectos cuantitativos de sus ideales suelen suplantar a los cualitativos, de modo que en el individuo crece la automatización junto con sentimientos de frustración, tedio y vacío, que tratarán de ser suprimidos con más dinero, más poder y más consumo; especialmente el consumo químico, que transitoria y artificialmente procura un aumento de la autoestima, una rápida huida del displacer y un acceso directo al placer, sin tener que trabajar demasiado para ello.

5 - EL AVANCE DE LOS IDEALES NARCISISTAS (YO IDEAL) A EXPENSAS DEL DEBILITAMIENTO DE LOS IDEALES SIMBÓLICOS (IDEAL DEL YO), acompañado de un empobrecimiento del campo elaborativo de las situaciones conflictivas, que pretenden desmentirse por diversos caminos (mentales, quirúrgicos y químicos), y de una masificación de los sujetos dominados por creencias primitivas que encuentran un canal de expresión más representativo en la imagen y en la *actuación* que en el pensamiento verbal o la palabra.

En la conceptualización de las razones que han contribuido a esta mutación regresiva podrán jerarquizarse distintas perspectivas, pero hay una que no puede soslayarse: lo que ha sucedido en la relación materno-filial -y en el ámbito sociofamiliar - como campo estructurante del psiquismo infantil.

He tratado de mostrar hasta aquí cómo el déficit en la función de sostén y amparo maternos (por enfermedad, abandono, duelo, pobre conexión afectiva, sobreprotección, intrusividad, conflictos de pareja, etcétera), reforzado por un padre débil o ausente y un grupo familiar poco continente, se suele incorporar en la vida psíquica de los pequeños como déficit de lo que he propuesto llamar *sostén interior*, esto es, como déficit de una función psíquica que debería proteger desde adentro y contribuir a evitar la desorganización de la personalidad frente a los diversos cambios, pérdidas y frustraciones que supone vivir. En estas circunstancias, es habitual que más tarde esos niños busquen compensar su debilidad interna con apuntalamientos externos, en vínculos de dependencia patológica con objetos, personas, actividades o sustancias que, como en el caso de las drogas, permiten al individuo alimentar la ilusión de alcanzar un estado de omnipotencia y plenitud, sin requerir de nadie, sólo de una droga que se compra o se roba. Este es uno de los rasgos más constantes de quienes padecen drogodependencias y adicciones en general. Pero si lo he tomado como uno de los ejes centrales de mis reflexiones, no es sólo por ser la mejor ejemplificación de cuánto influyen las fallas de los soportes (afectivos) ambientales, y la debilidad consecutiva del *sostén interior*, como factores *adquiridos* que predisponen a tantos jóvenes a desarrollar adicciones sino, también, porque considero ineludible ofrecer un modelo de abordaje terapéutico debidamente fundado. En tal sentido, creo que es ineficaz –o al menos insuficiente– el método psicoanalítico como respuesta terapéutica inicial para la mayor parte de estas patologías. Es que el tratamiento psicoanalítico trabaja con un encuadre mudo puesto en evidencia por las *actuaciones* transgresivas y resistencias del analizante, pero aquí, en el amplio campo de los adictos, las mismas suelen ser tantas y de tal magnitud que impiden sostener un marco normativo estable que haga posible el desarrollo de un proceso analítico. Frente a ellos se requieren otros abordajes, centrados en crear las condiciones para que puedan respetar un encuadre y vislumbrar un límite entre lo inconsciente y lo preconciente-conciente, entre el *yo* y el objeto, entre la *actuación* y la palabra.

Un tratamiento apropiado de los cuadros adictivos por lo general exige una primera etapa –que puede incluir varias fases- en una institución especializada en la que se debe promover la integración del sujeto a una estructura normativa ordenadora, sostenida en la disciplina, la honestidad y el afecto como condiciones esenciales para el aprendizaje y el crecimiento personal. Para ello, además de la psicoterapia individual y del seguimiento psiquiátrico, será conveniente trabajar a la vez con sesiones de grupos (psicoterapéuticos y operativos), con entrevistas familiares y vinculares, con grupos de padres y de allegados no consumidores, con la finalidad de sustituir una red tóxica vinculada al consumo de drogas por otra, más saludable, que recupere al sujeto, le sirva de marco para elaborar un proyecto de vida y respalde su paulatina reinserción social. Si este tratamiento resulta exitoso y le permite al individuo no sólo dejar de drogarse sino, también,

CONVIDADO

integrarse a las instituciones de la cultura recuperando valores comunitarios y personales antes desestimados, pudiendo reconocer y tolerar la tensión del deseo hacia objetos de amor y sentir el anhelo de trabajar en pos de ideales inalcanzados se estará en un buen camino, pero eso todavía no basta para que pueda analizarse con fecundidad. Se requerirá, además, entre otras, una condición ineludible: el desarrollo de una genuina conciencia de enfermedad que impulse al sujeto a pedir ayuda para poder hacer conciente un inconciente perturbador que presiente cerca y que siempre escapa a su afán de des-cubrirlo. Entonces sí, puede haber llegado la hora de aprovechar en plenitud los beneficios de un tratamiento psicoanalítico tratándolo como a un neurótico cualquiera –si tiene tela para ello–, sin apuntalamientos auxiliares.

NOTAS

ⁱ Uso esta expresión para designar una función mental que resultaría de la singular interiorización a lo largo de toda la infancia del sostén afectivo, de la contención y de los límites protectores que en principio estuvieron a cargo de la madre, el padre y demás educadores, pero que más tarde deben ser asumidos por el propio sujeto.

¹ Autor de los siguientes libros: *Narcisismo*, Kargieman, 1982; *Histeria*, Paidós, 1986: 1ªed, 1989: 2ª; *Volver a Freud*, Paidós, 1990; *Adicciones mal de la posmodernidad*, Corregidor, 1997; *Potencialidades y límites terapéuticos del psicoanálisis* (En colaboración con el Dr. Marcos Guiter), Corregidor, 1998 y *Drogas: hijos en peligro*; El Ateneo, 1ªedición, 2001; 2ª edición, 2010.

² Uso este término para designar una acción impulsiva, y por lo general repetitiva, con la que se pretende descargar la tensión psíquica que genera un contenido mental conflictivo (recuerdo, fantasía, mandato, afecto) que no ha sido procesado suficientemente en el pensamiento verbal y que necesita manifestarse de algún modo con imperiosidad. Se dirige inconscientemente a alguien significativo (madre, padre, pareja, analista, sociedad) escenificando en el mundo exterior el aspecto conflictivo. Lo más común es que exprese intensos sentimientos vinculados a situaciones traumáticas del pasado con notoria dificultad para ser pensados y hablados: pedidos de ayuda, de límites o de castigo, decepción, desafío, enojo, reclamo, venganza, entre otros.

VICISSITUDES DA PSICANÁLISE ATUAL COM DANIEL KUPERMANN¹

VICISSITUDES OF ACTUAL PSYCHOANALYSIS

O lugar da psicanálise como teoria e método clínico tem sido questionado amplamente pela cultura; de certa forma, pode-se entender perfeitamente as críticas pelas características de imediatismo, anestesia e negação do sofrimento da própria cultura. Por outro lado, isso não invalida a necessidade de uma constante revisão dos pressupostos teóricos e técnicos, de maneira que a psicanálise continue tendo vigência e vitalidade como método clínico. Daniel Kupermann é um psicanalista que se coloca de forma muito precisa em sua análise do panorama da psicanálise atual. A partir de uma leitura profunda de Freud, Winnicott, Ferenczi e outros autores, ocupa-se de problematizar o lugar do analista, ao mesmo tempo em que propõe sua visão sobre questões que devem permear o trabalho do psicanalista contemporâneo.

SIG - OLHANDO PARA A HISTÓRIA DA PSICANÁLISE COMO UMA FONTE DE REFLEXÃO, QUE QUESTÕES TÉCNICAS DEVEM SER REVISTAS PARA QUE A PSICANÁLISE CONTINUE TENDO VIGÊNCIA COMO MÉTODO CLÍNICO?

Daniel - Essa é uma ótima questão para recuperarmos o que caracteriza o método de tratamento do sofrimento psíquico proposto pela psicanálise. É verdade, como muitos dizem, que a psicanálise não pode se reduzir ao emprego de qualquer técnica, sendo sua ética a responsável pela vitalidade, após mais de cem anos de história, da clínica psicanalítica. Eu arriscaria dizer que a psicanálise constitui uma verdadeira *reserva ética* na cultura contemporânea, no sentido em que dizemos reserva ecológica, uma salvaguarda da dignidade do sujeito em um contexto no qual estamos excessivamente oprimidos pelos imperativos do espetáculo e do consumo. No entanto, não podemos esquecer que cabe a nós, psicanalistas, evitar que os sofrimentos restritivos anestesiem as subjetividades, o que só contribuiria para o projeto de coisificação do Homem que vem sendo empreendido. Nesse sentido, o que a história da psicanálise nos faz recordar, se promovermos o retorno à discursividade inaugurada por Freud – segundo a proposição foucaultiana –, é que a clínica psicanalítica é regida por uma ética do cuidado, da qual podemos destacar alguns princípios básicos, como a hospitalidade (remeto o leitor a Ferenczi e Derrida), a empatia (crucial no estilo clínico desenvolvido por Ferenczi e Winnicott) e a saúde do psicanalista (como insistiram Ferenczi, Lacan e, novamente, Winnicott).

Então, hoje é quase senso comum dizer que a psicanálise não pode ser reduzida a uma técnica interpretativa, o que é verdade, mas insuficiente. Da mesma forma, é insuficiente a formulação de que os analisandos que recebemos em nossos consultórios não têm a mesma configuração subjetiva dos históricos do século XIX e do

¹Professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), psicanalista membro da Formação Freudiana do Rio de Janeiro e autor dos livros: *Transferências cruzadas: uma história da psicanálise e suas instituições*, editora Revan; *Ousar rir: humor, criação e psicanálise e Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*, ambos publicados pela editora Civilização Brasileira. dkupermann@usp.br

início do século XX, como demonstra o uso recorrente das nomenclaturas “casos-limite”, “borderlines”, “inclassificáveis”. Tudo isso é muito pertinente, mas não ilustra com precisão quais são os desafios da clínica psicanalítica contemporânea.

Penso que a história da psicanálise pode nos esclarecer acerca dos impasses da clínica quando recuperamos o contexto que levou Freud a formular, em 1914, a concepção de elaboração (*Dürcharbeitung*), talvez a noção mais importante para a reflexão acerca do que pode a clínica, e qual a implicação do psicanalista no processo terapêutico. De um lado, Freud lidava com as dificuldades políticas impostas pelas dissensões de Jung e Adler, o que o levou, inclusive, a escrever “A história do movimento psicanalítico”; de outro, com os obstáculos surgidos no tratamento de Serguei Pankejeff, que depois ficou conhecido como o Homem dos Lobos. Foi esse contexto que o obrigou a rever os caminhos (*wege*) da clínica psicanalítica, como encontramos na sua conferência de Budapeste em 1918, e a reconhecer que seus pacientes não eram tão puramente neuróticos como pensava, bem como a interpretação não era tão eficiente como pretendia. Daí emerge, com a formulação desse “trabalho” a ser realizado no campo dos afetos, a elaboração, uma nova concepção de estilo clínico, referido ao campo do sensível, do que podemos chamar de dimensão estética da experiência analítica. A meu ver, esse movimento de Freud foi muito bem percebido por Sándor Ferenczi, que, em 1930, formula sua “neocatarse”, e por Donald Woods Winnicott, com sua valorização do *holding* – condição para a regressão à dependência – e, sobretudo, do jogo ou do brincar.

SIG - COMO VOCÊ PODERIA CARACTERIZAR A DIMENSÃO ESTÉTICA DA EXPERIÊNCIA ANALÍTICA?

Daniel - Freud percebera que a análise de Serguei esbarrava em resistências frente às quais a técnica interpretativa era estéril. A adesividade transferencial de Serguei indicava algo que precisaria ser escutado e deixava evidente que o tratamento não chegaria a termo nunca, a menos que se mantivesse o estilo no qual vinha sendo conduzido. A opção de Freud foi a de intensificar sua atividade (do analista) incrementando a angústia no *setting*. Assim estipulou um prazo máximo para o final da análise – que seria o fim do ano de 1914. Sua aposta fora a de que, assim, Serguei abandonaria a posição subjetiva na qual estava confortavelmente instalado e que se manifestava na transferência como “amável apatia” ou “dócil indiferença”, de acordo com as traduções disponíveis em português. O trabalho investigativo avançou, o sonho de Serguei foi a prova buscada por Freud, mas era evidente que o trabalho terapêutico tinha ido por águas abaixo. A Primeira Grande Guerra se encarregou de interromper a tragédia anunciada, mas depois Serguei voltou a Freud e iniciou seu périplo interminável de tratamentos.

Justo nesse momento, Freud descreve, em um ensaio eminentemente clínico de 1914, “Recordar, repetir, elaborar”, as bases do que, segundo suas palavras, produz os maiores efeitos terapêuticos em uma análise e, muito importante, o sentimento de convicção no analisando, necessário para a mudança de posição subjetiva, o exato contrário do que praticou com Serguei. Freud ressalta a importância da *paciência* do analista com os movimentos e o ritmo do anali-

sando e com sua *temporalidade* absolutamente singular, remete a elaboração ao que nomeio “trabalho dos afetos”, fazendo alusão a ab-reação catártica abandonada ainda no século XIX. Ou seja, o mesmo gesto que o fez reconhecer os limites da interpretação, levou-o a recorrer a categorias estéticas para pensar o encontro clínico, o que, aliás, já havia feito com a formulação da importância do *tato* psicológico em “Análise selvagem”, de 1910. Portanto, a paciência, o tempo, o ritmo e a expressão afetiva se sobrepuseram, em suas reflexões, ao primado da interpretação; e a dimensão econômica da metapsicologia se sobrepôs às operações tópico-dinâmicas promovidas pela revelação do recalado. A empatia, o princípio do relaxamento e a neocatarse como jogo – compartilhamento afetivo –, noções propostas por Ferenczi e desenvolvidas por Winnicott, são, conseqüentemente, figuras herdadas da problematização, por parte de Freud, da dimensão estética da experiência analítica.

SIG - EM OUTRO ÂMBITO, VOCÊ QUESTIONA UMA IDEIA TRADICIONAL EM PSICANÁLISE — E NEM POR ISSO EFETIVA — DE QUE O SENTIDO NA CLÍNICA SE DÁ ATRAVÉS DO QUE PODE SER SIGNIFICADO EM PALAVRAS POR MEIO DO INSTRUMENTO INTERPRETATIVO, PROPONDO UMA PRESENÇA SENSÍVEL DO PSICANALISTA. COMO PODERIA CARACTERIZÁ-LA?

Daniel - Ora, mudanças na concepção do que é o psicanalisar implicam, necessariamente, transformações no modo de se conceber o trabalho do psicanalista. Sublinho que opto por esse termo, trabalho, ao invés de posição ou lugar. Trabalho é uma categoria econômica (não apenas no sentido das ciências econômicas, mas no sentido metapsicológico), enquanto posição e lugar são categorias tópicas. O fato é que um estilo clínico que valoriza o compartilhamento afetivo exige do psicanalista o que chamei de *presença sensível* no livro homônimo. Afinal, a experiência vivida na transferência ganha significância não apenas pelo que é enunciado em palavras, mas, sobretudo, pelo modo como a palavra – ou o silêncio – tem sucesso em expressar a afetividade. Penso que as críticas recebidas por um analista como Ferenczi por seus pares na primeira metade do século passado ou por muitos psicanalistas franceses, quando, nos anos 1980, a publicação de sua obra e do seu *Diário Clínico* abalou o *status quo*, devem-se menos aos seus exageros (e não foram poucos), como as sessões muito longas, o *furor sanandis*, a análise mútua etc., do que ao fato de suas ideias escancararem a evidência de que o trabalho realizado pelo psicanalista exige um verdadeiro dispêndio pulsional. Por isso, tanto a “hipocrisia”, ou seja, o uso da técnica como defesa por parte do analista, por meio da qual Ferenczi criticou seus contemporâneos, quanto as sessões muito curtas praticadas em certo momento na França (e depois em outros lugares), foram postas em xeque. A ideia de que o psicanalista participa do processo elaborador não nos poupa. Ao contrário, levanta questões delicadas. Por exemplo, para citar apenas algumas: Quantos pacientes é possível analisar por dia (o que tem conseqüências pecuniárias evidentes)? Quantos casos muito graves podemos receber ao mesmo tempo (uma questão à qual Winnicott não se furtou)? Quais as conseqüências das análises didáticas praticadas nas sociedades vinculadas à IPA, que estão referidas mais a regras burocráticas extra-analíticas que ao efetivo manejo da transferência? Quais as conseqüências transferenciais, e da ordem do exercício do poder, do fato de,

em uma Escola, a mesma pessoa ocupar o lugar de criador de teoria, mestre e psicanalista de quase todos? São perguntas perturbadoras...

SIG - EM “PRESENÇA SENSÍVEL: CUIDADO E CRIAÇÃO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA”, VOCÊ ABORDA A IMPORTÂNCIA DE QUE A EXPERIÊNCIA CLÍNICA POSSA FACILITAR A EMERGÊNCIA DE PROCESSOS CRIATIVOS. DE QUE FORMA ISSO FARIA PARTE DA ANÁLISE E COMO O PSICANALISTA PODERIA FACILITAR ESSES PROCESSOS?

Daniel - Considero que o problema da criação é, atualmente, o ponto nevralgico de uma análise. A escuta cotidiana nos consultórios indica que quem busca um tratamento psicanalítico sente sua vida restringida tanto por inibições intrapsíquicas quanto por um sentimento de impotência em relação à possibilidade de transformar o mundo ao seu redor.

Assisti recentemente a um filme que me causou grande impacto, “As melhores coisas do mundo”, de Laís Bodanzky, sobre a vida dos adolescentes em uma escola de classe média paulistana – e, hoje em dia, quem denuncia mais o mal-estar na civilização que o adolescente, do qual somos todos símiles, em maior ou menor grau? O que mais me tocou foi o modo contundente pelo qual a diretora deixou explícito que o grande horror vivido em nossa contemporaneidade é a ameaça de segregação, instantaneamente efetivada pela transmissão de informações por meios eletrônicos, a tal ponto que escutamos da boca do protagonista: “Essa escola virou um *big brother* do mal. Todo mundo com medo de ser o zoador da vez. Isso aqui é uma bolha sem ar”. Todos estão submetidos ao grande olhar segregador esperando a sua vez de estar fora do circuito da sedução generalizada. Justamente, a resposta defensiva a essa ansiedade impensável, referindo-me a Winnicott, que ameaça o próprio sentimento de existir, são as *patologias da adaptação*, em detrimento da afirmação da singularidade desejante. Esse é o sentido que se pode dar à clivagem narcísica, descriminada por Ferenczi, e ao falso *self*, diagnosticado por Winnicott.

Em sua primeira crítica da cultura, caracterizada pela “hipótese repressiva”, Freud formulou a sublimação como uma saída para as subjetividades privilegiadas com o obscuro dom de desviar a pulsão do seu alvo sexual para finalidades socialmente valorizadas. Nesse sentido, sublimar não estaria no horizonte de uma análise, já que a neurose se devia justamente ao fato de se querer ser “melhor” do que se é, e a clínica não deveria reforçar essa aposta. Sublimar é para quem pode, não para quem quer. É esse o argumento encontrado em “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna” e nos artigos sobre a técnica.

No entanto, a partir de certo momento, a arte se impôs como problema nas reflexões freudianas sobre a cultura: sua força motriz não parecia ser a repressão, mas a mesma imaginação criadora que Freud reconhecia no brincar infantil. Nesse momento, Freud passa a compreender o psiquismo através de um paradigma estético (e não mais cientificista), e seu interesse clínico recai sobre as forças que inibem o gesto criativo. A figura do supereu sádico se impõe na metapsicologia como o grande aliado da pulsão de morte e da emergência da figura psicopatológica do masoquismo que, frente à ameaça de desamparo, oferece, como saída defensiva, seu corpo e sua alma ao serviço de um Outro idealizado.

O impasse existencial encontrado nos últimos textos freudianos, nos quais a pulsão de morte se impôs como fonte permanente de desamparo, passa a ser: ou aceitamos o destino de criar permanentemente novos estilos de vida, erotizando a existência e neutralizando, por meio do trabalho sublimatório, o potencial autodestrutivo da pulsão de morte, ou sucumbimos à tirania do superego, pagando o preço do empobrecimento psíquico e da doença somática.

Dessa maneira, o enigma da criação ganha centralidade na teoria psicanalítica, sendo que o grande desafio clínico passa a ser, justamente, o de indagar qual a implicação do psicanalista nesse processo. E a sublimação – que em Freud se confunde com o gesto criador – se impõe como horizonte da clínica.

Não por acaso, os mesmos analistas que se dedicaram à difícil tarefa de acolher as subjetividades acometidas das patologias da adaptação foram aqueles que privilegiaram o jogo (brincar) compartilhado e a emergência da criatividade na clínica. Evidentemente, refiro-me a Ferenczi e Winnicott. O estilo clínico por eles constituído transformou indelevelmente o modo como concebemos o psicanalisar. O tripé que sustentava a técnica freudiana – associação livre, princípio de abstinência no manejo transferencial e interpretação – foi enriquecido pelas novas balizas inspiradas na ética do cuidado – o *holding* necessário para a regressão à dependência e o jogo compartilhado, que implica o exercício de afetação mútua entre analista e analisando. É provável que, com isso, sejamos mais exigidos em nosso ofício. Por outro lado, não podemos mais recusar a evidência de que psicanalisar é um exercício de permanente reinvenção de si, o que pode ser bastante interessante.

Os analisandos assujeitados à adaptação forçada ao meio necessitam poder vivenciar, na clínica, a ilusão de onipotência que, no processo de constituição subjetiva, faz com que nos sintamos criadores do mundo no qual vivemos. No entanto, essa experiência vem acompanhada do trabalho de destruição dos objetos idealizados constituídos como proteção ao abandono traumático. Nesse sentido, a clínica passa a ser habitada por figuras bastante incompreendidas pela tradição psicanalítica: transferência negativa, atuações, regressões. São figuras carregadas de intensidade afetiva e muito mobilizadoras para o psicanalista, que precisa não apenas sobreviver aos ataques, mas também evitar a retaliação pela via da interpretação precoce ou abusiva, o que inibiria a hostilidade dos analisandos.

Nesse sentido, proponho que pensemos em uma terceira “via” por meio da qual é preciso conceber o ofício psicanalítico frente aos impasses da clínica contemporânea: nem *per via di porre*, nem *per via di levare*, retomando a analogia com a arte (a referência de Freud, nesse momento, é Leonardo Da Vinci), mas pela via sensível da elaboração, o que exige implicação do psicanalista no gesto criador que emerge na análise.

A METAPSIKOLOGIA E A CLÍNICA NO NOVO SÉCULO

THE METAPSHYCHOLOGY AND THE CLINIC IN THE NEW CENTURY

Sissi Vigil Castiel

LIVRO: VIVÊNCIA DE INDIFERENÇA: DO TRAUMA AO ATO-DOR**AUTORES: EUREMA GALLO DE MORAES, MÔNICA KOTHER MACEDO****SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO, 2011, 100 P.**

“Fazer trabalhar o legado é fazer trabalhar o recebido, mas é também exercer a autonomia de criar recursos que permitam uma ampla compreensão das manifestações de padecimentos psíquicos na clínica contemporânea.”
(Moraes e Macedo, 2011, p.16)

A posição investigativa de trabalhar e articular conceitos teóricos e técnicos que deem conta de inquietações surgidas na clínica foi a marcado discurso freudiano. É a partir da identificação com essa postura de Freud que as autoras incursionam na problemática do trauma e suas manifestações nas patologias de fronteira.

De forma geral, o trabalho do psicanalista nessas formas de expressão psíquica é marcado por dificuldades no que diz respeito à clínica, pois a demanda analítica é de uma condição que não está dada *a priori*. Portanto, a escuta desses pacientes representa um desafio. Além disso, o fazer psicanalítico com esses casos coloca em juízo os enunciados metapsicológicos para que sejam repensados, de forma que novas articulações façam frente aos enigmas que a prática impõe. É nesse terreno árido que se embrenham com competência as autoras, o que torna esse texto muito bem-vindo.

Eurema Gallo de Moraes e Mônica Kother Macedo são psicanalistas experientes com uma longa história de trabalho conjunto e que vem dirigindo suas pesquisas para a problemática do trauma. Já em suas teses de doutoramento suas investigações relacionaram-se a questão do trauma e suas repercussões na perversão e no suicídio, sob os títulos *Perversão: analisabilidade de um destino em cena* e *Tentativa de suicídio: o traumático via o ato-dor* respectivamente. Agora unem esforços para abordar o trauma desde a perspectiva dos impasses na constituição do si mesmo nas patologias de fronteira, brindando-nos com um livro que tem um de seus diferenciais no bom desenvolvimento de uma linha de argumentação sólida. Movem-se com destreza nos conceitos freudianos e refletem primeiramente sobre a metapsicologia do trauma a partir das formulações de Freud e Ferenczi, apresentando posteriormente os conceitos de vivência de indiferença e ato-dor.

Situam primeiramente a noção de trauma, dizendo que este último relacio-

ne-se como uma magnitude não apaziguada, onde está em destaque a noção de acontecimento e de intensidades psíquicas. Posteriormente contrapõe o trauma ao estatuto que tema vivência de satisfação para a constituição psíquica, no sentido de que é o encontro com o outro que possibilita a memória, a representação e, portanto, o psiquismo. Assim, o outro tem um papel fundamental como aquele que tem a capacidade de atender o estado de desamparo. No entanto, quando o outro não exerce as funções primordiais específicas do processo de estruturação psíquica, ou seja, o outro não oferece subsídios para que o sujeito possa empreender um trabalho de ligação e de atribuição de sentido àquilo que o ataca por dentro, há implicações no que diz respeito a constituição de si mesmo. Afirmam a partir disso que é preciso incluir as experiências primordiais do campo intersubjetivo como fatores essenciais no entendimento do conceito de trauma. Tendo isso em vista, compreendem o adoecimento psíquico a partir de uma concepção que prioriza experiências do campo intersubjetivo sem esquecer de contextualizar as repercussões pulsionais dessa questão.

O entendimento do trauma leva as autoras a constatação de que no campo intersubjetivo peculiar a instauração traumática é a indiferença o que é experimentado no encontro primordial com o outro, o que elas denominam vivência de indiferença resultado da ausência de uma condição de ajuda alheia na medida em que o outro oferta à criança apenas sua indiferença. A vivência da indiferença pela marca de um excesso de intensidade deixa o psiquismo aprisionado na repetição em ato de uma história na qual ao acesso ao si mesmo e ao outro está prejudicado. A vivência de indiferença teria o seu contraponto na vivência de satisfação. O ato-dor é o produto, o resultado da patologia abordada, resultante do modelo identificatório baseado na indiferença.

Concluem que é necessário pensar o trauma não apenas como efeito da intensidade devastadora de uma modalidade de encontro primordial, mas também compreender que isto implica uma modalidade de estruturação do si mesmo que tem na matriz da vivência de indiferença a fratura atualizada da dor psíquica. Isto as leva a considerar a concepção da psicopatologia como eixo organizador de proposições teóricas e técnicas. Nesse último sentido, apontam a necessidade da implicação do analista na escuta e a ética da contratransferência como o seu principal sustento.

Vale a pena a leitura de *Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor* não só pela argumentação bem desenvolvida, como também pela interface que propicia aos enigmas de nosso ofício diário diante das patologias de fronteira, o que o torna muito recomendável. Ao final, as autoras nos dizem: “E não são as perguntas testemunhos do devir?” (Moraes e Macedo, 2011, p.99). Sim, esperemos, para nosso proveito, que continuem as duas sempre se perguntando.

*Sissi é psicanalista e editora responsável
pela Sig Revista de Psicanálise.
scastiel@terra.com.br*

CINEMA E PSICANÁLISE: DESACOMODANDO CONCEITOS

CINEMA AND PSYCHOANALYSIS: UNSETTLING CONCEPTS

Eurema Gallo de Moraes

LIVRO: CINEMA E PSICANÁLISE – O CONCEITO DE CASTRAÇÃO EM TRANSVERSAL

AUTOR: DENISE COSTA HAUSEN

PORTO ALEGRE: MOVIMENTO, 2011, 240 P.

O lançamento de *Cinema e Psicanálise – o conceito de castração em transversal* – de Denise Costa Hausen é o livro/presente recebido em dezembro de 2011. A autora, ao escrevê-lo na primeira pessoa, faz um convite à interlocução com os leitores, os quais são todos aqueles interessados e curiosos em relação ao intercâmbio possível entre cinema e psicanálise, como os inquietos debatedores da plateia psi. Assim, Denise dirige com precisão e habilidade o foco de sua lente calibrada na trajetória criativa que a graduação em jornalismo lhe proporcionou e também com a longa experiência clínica e acadêmica construída na fecundidade do campo do saber da psicanálise. Denise assiste às cenas no cinema e escuta-as na clínica; dessa forma, elas atravessam a construção do seu debate teórico em torno dos conceitos de castração, violência e interdição tanto ambientados nas relações tumultuadas do homem nos tempos atuais, como nos desdobramentos dos padecimentos psíquicos do sujeito que adentra a clínica sob o efeito das imposições de demandas narcísicas. Neste recorte, encontra-se o argumento de sua proposta: “à luz da minha prática clínica e docente brotou a inspiração para realizar este trabalho, indagando como a castração, postulada desde a perspectiva freudiana, seguiu dando conta, ou não, do sofrimento psíquico dos tempos atuais. Amplio a discussão no sentido da castração como lei que marca o interdito e a probabilidade de sua transformação ao longo dos tempos e na diversidade dos espaços” (p.30). O leitor não sai ileso da leitura desta investigação tecida com rigor teórico e nas observações atentas da autora deste livro.

Ao entrar no roteiro dirigido por Denise, descortina-se um texto envolto em temáticas que provocam discussões acaloradas, pelas nuances de compreensão e de interpretação dos autores em relação aos aportes teóricos freudianos. No entanto Denise, ao contextualizar o cenário histórico, revisar exaustivamente o “script” e apresentar, de maneira original, os filmes que ilustram seu raciocínio, deixa o leitor confortavelmente instalado a reflexões. Então, neste lugar, sublinho contribuições que me resultaram pertinentes, como a interrogação proposta sobre o que é um conceito, essa ação nada simples e com contorno irregular, à mercê, portanto, “de articulação, corte, superposição”(p.68), conforme esclarece a autora. Continuo no eixo das contribuições, quando Denise refaz, na sua leitura, a interpretação do pequeno Hans em seus percalços entre pênis,

ameaças e angústia. Ao afirmar que “*ele precisa se administrar com relação ao próprio risco de castração*” (p.55), ela está grifando que o complexo não é pertinente somente à patologia; amplia-se, sem dúvida, à complexidade dos efeitos no psiquismo. Portanto, ao desejo insere-se a noção do que é do proibido abrindo, nesta engrenagem, a via de acesso ao reconhecimento do outro.

É necessário também deter-se na leitura sobre as ideias da autora em relação às repercussões psíquicas sobre a ausência do pai enquanto pressuposto de lei.

Contudo a *transversal* originalidade deste livro está na capacidade criativa de Denise em alicerçar nos três filmes – **Clamor do Sexo**, **O Império dos Sentidos** e **Clube da Luta** – a representação em imagem aos aportes da sua investigação no *corpo* teórico da psicanálise. Dessa forma, o livro *Cinema e Psicanálise – o conceito de castração em transversal* é um convite ao debate, é um convite à reflexão, logo, um convite irrecusável à leitura!

*Eurema é psicanalista , membro da Comissão Executiva
da Sig Revista de Psicanálise.
eurema@terra.com.br*

Sigmund Freud Associação Psicanalítica
Rua Marquês do Herval, 375
Moinhos de Vento . Porto Alegre, RS . Brasil
CEP 90570-140 . (51) 3062.7400
www.sig.org.br . sig@sig.org.br
revista@sig.org.br



associaçãopsicanalítica



Sigmund Freud Associação Psicanalítica

Rua Marquês do Herval, 375
Moinhos de Vento . Porto Alegre, RS . Brasil
CEP 90570-140 . (51) 3062.7400
www.sig.org.br . sig@sig.org.br
revista@sig.org.br



associação psicanalítica

