

DÉBORAH PIMENTEL
MARIA DAS GRAÇAS ARAÚJO
ORGANIZADORAS

INTERFACES ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA

CÍRCULO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE

CIBELE PRADO BARBIERI

Presidente

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

JOÃO ALBERTO CARVALHO

Presidente

CÍRCULO PSICANALÍTICO DE SERGIPE

DÉBORAH PIMENTEL

Presidente

ASSOCIAÇÃO SERGIPANA DE PSIQUIATRIA

JOSÉ HAMILTON MACIEL SILVA FLHO

Presidente

APOIOS

ACADEMIA SERGIPANA DE MEDICINA

SOCIEDADE MÉDICA DE SERGIPE

DÉBORAH PIMENTEL

MARIA DAS GRAÇAS ARAÚJO

ORGANIZADORAS

INTERFACES ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA

ARACAJU

2008

CÍRCULO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE

Copyrightã 2008 by Déborah Pimentel, Maria das Graças Araújo (Organizadoras).

deborah@infonet.com.br

cps@infonet.com.br

Capa:

Hélvio Dória Maciel Silva

Editoração e organização

Maria Jésia Vieira

TODOS OS DIREITOS DESTA EDIÇÃO RESERVADOS – Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, com finalidade de comercialização ou aproveitamento de lucros ou vantagens, com observância da Lei de regência. Poderá ser reproduzido texto, entre aspas, desde que haja expressa menção do nome do autor, título da obra, editora, edição e paginação. A violação dos direitos de autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

161 Interfaces entre a psicanálise e a psiquiatria / Déborah Pimentel, Maria das Graças Araújo (Organizadoras). - - Aracaju : Círculo Brasileiro de Psicanálise, 2008.
300 p

1. Psicanálise 2. Psicologia 3. Distúrbios emocionais e do comportamento 4. Psiquiatria I. Pimentel, Déborah II. Araújo, Maria das Graças

CDU159.964.2:616.89

SUMÁRIO

Interfaces entre a Psicanálise e a Psiquiatria 9-13

Déborah Pimentel

“Eu sou borderline, doutora” 14-21

Maria Luiza Mota Miranda

Estresse ocupacional: interferências na saúde do trabalhador 22-29

Maria do Socorro Sales Mariano

Visão geral do transtorno obsessivo-compulsivo:

contribuições das Neurociências às Ciências Psicossociais 30-43

Norma Alves de Oliveira

Perfil do jovem adulto consumidor compulsivo 44-53

Giselle Alves Santos

Francilene Araújo de Moraes

Estudo dos casos de tentativa de suicídio por drogas exógenas notificados pelo Centro de Informação Toxicológica de Sergipe 54-60

Kércia Alcântara Silva

Alex dos Santos Bina

Caroline Baptista da Silva

Alexandre Machado de Andrade

Júlia Márcia Ramos Oliveira Cardoso

Antônio Medeiros Venâncio

Cristianne Gois Ribeiro Porto

Antônio Souza Lima Júnior

As pulsões de morte e o segundo princípio da termodinâmica 61-76

Hélton Alves Lima

**A repercussão do diagnóstico de psicose na escola: auxílio ou sentença diagnóstica?
77-86**

Denise Quaresma da Silva

Beatriz Junqueira Pereira Paim

Eliana Muller de Mello

**Aplicabilidade do Método de Rorschach na avaliação de personalidade de crianças
portadoras do autismo: uma contribuição 87-95**

Maria Helena de Oliveira

João Carlos Alchieri

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência 96-103

Karla Maria Nunes Ribeiro

Suicídio assistido 104-114

Marli Piva Monteiro

Suicídio 115-121

Miriam Elza Gorender

Descrição de características epidemiológicas dos pacientes abusadores crônicos de drogas que deram entrada no Hospital de Urgência de Sergipe notificados pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe 122-129

Caroline Baptista da Silva

Alexandre Machado de Andrade

Kércia Alcântara Silva

Alex dos Santos Bina

Júlia Márcia Ramos Oliveira Cardoso

Antônio Medeiros Venâncio

Antônio Souza Lima Júnior

Cristianne Gois Ribeiro Porto

Do corpo à subjetividade: o início do tratamento com toxicômanos 130-143

Eugênia Chaves

A psicanálise frente ao fenômeno dos assassinos em série: a estrutura da maldade. 144-158

Maria das Mercês Maia Muribeca

Psicanálise, ética e perversão. 159-167

Vinicius Anciães Darriba

Confiança versus obsessividade: como se desenha a questão da confiança no neurótico obsessivo? 168-180

Eliane Marques Soares

Eugênia Correa

Lilia Maria Pandolfi

Nádia Sposito Gonçalves

Sonia Cristina Marinho

Análise de uma criança de dois anos de idade:

a imprevisibilidade do cliente e o não saber do analista 181-182
Gildete Lino de Carvalho

Aversão sexual e histeria, sob uma perspectiva freudiana 183-188

Antonios Terzis

Gustavo Presídio de Oliveira

Clenilson Luiz Passos Costa

Impasses da histeria em tempos de CID 10 e DSM IV 189-194

Julio Cesar Diniz Hoenisch

Não mais como antigamente 195-204

Carlos Pinto Corrêa

**Entre o corpo e a psiquê: reflexões sobre neurose de angústia e síndrome do pânico.
205-217**

Nadja Nara Barbosa Pinheiro

A angústia e o analista 218-224

Maria Pompéia Gomes Pires

Melancolia, desamparo, narcisismo e Édipo em “O Fantasma da Ópera”. 225-235

Natalia G. Galucio Sedeu

Luto e melancolia versus distímia 236-248

Anchyses Jobim Lopes

A angústia e a cultura da ilusão 249-257

Clovis Figueiredo Sette Bicalho

**O não dito: pensamentos de uma psicanalista no tratamento de uma paciente bipolar
258-266**

Lilia Pandolfi

Ser ou estar co-dependente? 267-278

Silvana Sobral Pinto Dias

Amor di n'crê tcheu 279-281

Bernardo Assis Filho

O que é perversão? 282-299

Cibele Prado Barbieri

Interfaces entre a Psicanálise e a Psiquiatria

Déborah Pimentel¹

*A ciência moderna ainda não produziu um medicamento tranqüilizador
tão eficaz como o são umas poucas palavras bondosas*
Sigmund Freud

*O mundo é um eterno espelho dos humanos,
da sua mesquinhez e ridículas pretensões.*
Maria Rita Kehl

O nosso cotidiano, a cultura e as relações sociais vêm-se influenciados pela Psicanálise e pela Psiquiatria que já não são consideradas apenas como especialidades, mas uma forma específica de lidar, tratar e acolher o mal estar contemporâneo.

Importante que se desenhe o cenário em que o sujeito vive os dias atuais.

Hoje a fronteira entre o diagnóstico de saúde e os transtornos mentais é muito tênue, o que significa um crescente aumento daquilo que é considerado psicologicamente anormal.

Vive-se em um mundo competitivamente selvagem onde o sujeito é pressionado por resultados eficazes e com uma produção que mensura o seu desempenho. Cria-se um clima de desconfiança entre os pares e reina a onipotência e o isolamento.

Perderam-se as antigas referências. Mudaram as relações pessoais e de trabalho, os conceitos de gênero, de reprodução humana e de família.

Palavras antes usuais, como solidariedade e companheirismo, por exemplo, desapareceram do nosso vocabulário e das relações do cotidiano. Os índices de violência são crescentes, quer nas ruas, quer nas áreas privadas, reinando a intolerância e a insegurança.

Tudo dentro desta engrenagem vertiginosa cotidiana da pós-modernidade é capaz de mobilizar sentimentos contraditórios e nocivos ao equilíbrio e saúde mental por ser capaz de adoecer psicologicamente qualquer sujeito e em especial aquele mal ajustado e mais frágil, frente aos paradoxos, incertezas e inseguranças do cotidiano que exigem dele atitudes proativas e escolhas imediatas.

O sujeito do terceiro milênio é um desajustado frente à cultura do narcisismo. Ele é um insatisfeito crônico. Manipulado pela mídia, tem seus desejos transformados em

¹ Psicanalista fundadora e presidente do Círculo Psicanalítico de Sergipe

necessidades, o que faz com que esta insatisfação e promessa de prazer imediato sejam marcas da cultura narcísica.

O culto ao corpo é outra característica deste início de século, quando a beleza é vendida como a fórmula que viabiliza o sucesso no amor e nos negócios e torna-se encobridora da falta, em uma franca recusa da castração. O corpo passou a ser palco da perfeição e da juventude eterna e a identificação com estas imagens segue um modelo que aponta para o narcisismo e a tentativa de evitar conflitos e castração. Traz em si uma falsa idéia de felicidade e completude.

Esta felicidade, entretanto, traz um preço, que é ignorar o corpo particular, mortal e histórico uma vez que no ideal contemporâneo não há lugar para a velhice, a doença, a dor, ou mesmo para a morte. O corpo tem deixado de ser o veículo das sensações e do gozo. Tornou-se apenas aparência, é vazio, é para ser visto e consumido, e na maioria das vezes, supera a importância da subjetividade do sujeito e da sua história pessoal.

Além do culto do corpo e da imagem, os tempos atuais se caracterizam por uma intensa sexualização, com relacionamentos afetivos superficiais e passageiros, caracterizando uma anestesia afetiva, favorecendo os múltiplos casamentos e os novos modelos de família. Há uma busca frenética de satisfação imediata, sem nenhum tipo de reflexão ou questionamento, e onde o gozo é alcançado sem a intermediação do simbólico que é absolutamente falho, inclusive pela pobreza de representação psíquica.

Os tempos mudaram e as manifestações psíquicas não são iguais às do tempo do Dr. Freud e tão de acordo com aquela moral sexual. Hoje, apresentam-se de forma vistosa nas transgressões e violência, no uso das drogas, no consumo exacerbado, no jogo patológico, no uso alienante do computador, no culto ao corpo, nos transtornos alimentares, através dos fenômenos psicossomáticos ou sob a forma de uma depressão importante, entre outros quadros possíveis.

Considerando o sujeito como uma unidade bio-psico-social, fica fácil perceber como questões biológicas, psicológicas e sociais são favoráveis ao desencadeamento dos transtornos mentais. Justo estas sobreposições de elementos fazem com que sejam valorizadas as interfaces na contemporaneidade entre a Psicanálise e a Psiquiatria, antes campos tão distintos.

Indubitavelmente os psiquiatras sempre foram muito valorizados por ser a psiquiatria uma especialização médica e, por conseguinte, ter como ofício uma prática reconhecida como ciência.

Com o advento das tecnologias como aliadas às ciências biológicas, o campo das neurociências cresceu trazendo compreensões sobre os processos psíquicos nunca antes sequer imaginados, o que deu ao psiquiatra enquanto especialista *high tech* um novo status e poder, cada vez mais conhecedor da fisiologia, patologia e do aparato e arcabouço cerebral e, talvez, sentindo-se cada vez mais preparado para usar do seu arsenal farmacológico para medicalizar o desamparo estrutural do sujeito e tamponar a dor de existir.

Os verdadeiros psiquiatras com formação mais humanista sabem e reconhecem que não basta ficar atento e pesquisar os neurotransmissores e neurohormônios, e que a cura dos seus pacientes não passa necessariamente pelo uso de psicofármacos, que muitas vezes embotam o desejo e impedem que o sujeito entre em contato com a sua própria dor e a partir daí reconheça seus limites e faça novas escolhas, em vez de gozarem nos sintomas que trazem uma simbologia que precisa ser decodificada.

Desde que Freud criou a Psicanálise, este método terapêutico tem sido questionado e nunca foi bem aceito no meio científico, justo pela dificuldade de se mensurar os seus resultados.

Sempre há também aqueles que anunciam que a Psicanálise vai morrer por não ser reconhecida cientificamente ou por ser um método superado.

Os psicanalistas, considerados por muitos e por muito tempo, filósofos da alma, mais ligados à arte do que as ciências, sobrevivem, mesmo sob a constante pressão de resultados imediatos em uma era de tratamentos farmacológicos, e sob a ameaça das seguradoras com seus planos e convênios de saúde que cobram tratamentos curtos e eficácia financeira da assistência médica.

Esta sobrevivência se dá graças aos bons resultados que a Psicanálise oferece. Os psicanalistas sempre foram reconhecidos por ajudar o sujeito a lidar com seu desamparo e a aceitar a si mesmo e o outro com maior tolerância, criando possibilidades de mudanças, transformações e resgates de genuínas relações afetivas.

No dia 5 de outubro de 2008, 108 anos depois da publicação da Interpretação dos Sonhos, texto freudiano fundamental à psicanálise, a Folha de São Paulo trouxe como

manchete na primeira página, a notícia que a comunidade científica finalmente aprovava a técnica criada pelo Dr. Sigmund Freud, e mais, que os seus resultados positivos eram finalmente reconhecidos e publicados numa revista técnica médica de alto impacto da Associação Médica Americana (JAMA), pela primeira vez, em estudo realizado pela comunidade científica. Foi divulgada uma revisão inédita de 23 trabalhos que envolveram 1053 pacientes em análise há mais de um ano e com ao menos duas sessões semanais. Os resultados do estudo científico revelaram que a Psicanálise é mais eficaz que algumas terapias de curto prazo e foi capaz de aliviar os sintomas dos pacientes da pesquisa, portadores de depressão severa, anorexia nervosa e transtorno da personalidade limítrofe, caracterizado por medo de abandono e surtos de desespero e carência.

Até então, só as revistas especializadas em Psicanálise ou Psicologia falavam sobre a importância e eficácia das terapias psicodinâmicas.

O mundo acadêmico e os médicos estão descobrindo a roda. Antes tarde do que nunca. A pesquisa não nos surpreende em termos de resultados, mas por ser uma publicação em um espaço reservado a uma categoria que sempre questionou a cientificidade da Psicanálise e que sempre duvidou da técnica, dos seus limites e possibilidades terapêuticas. A ciência se rende à Psicanálise.

A Psicanálise não traz soluções, entretanto desafia aqueles que têm coragem de pensar sobre si e sobre a questão da alteridade e interrogar-se sobre o sentido da vida, nestes tempos em que tudo parece sufocar o sujeito, anular a subjetividade, em um tempo em que cada um vale pelo que tem, consome e produz, e menos pelo que sente ou sabe.

A Psicanálise é importante justo onde reconhecemos a dimensão trágica do homem. Ela interroga-o sobre o sentido de sua existência possibilitando o surgimento do sujeito. Este é o compromisso da Psicanálise com a história singular de cada um e o reconhecimento do seu desejo.

Em algumas situações o tratamento psicanalítico se distancia muito do tratamento psiquiátrico de forma que o sujeito objeto de ambos parece ser dois indivíduos diferentes, produzindo uma espécie de estranheza que mobiliza os três.

Psiquiatras não podem desqualificar o sujeito do inconsciente e apostar todas as suas fichas nas drogas que prometem a felicidade e anestesiar a dor psíquica de qualquer natureza. Aliás, a dor psíquica é tratada além da Psiquiatria, na medida em que outros especialistas médicos propõem aos pacientes uma adesão quase compulsiva aos

psicofármacos. Ninguém, nos dias atuais, pode chorar, fazer luto, ficar triste, sofrer por amor ou desamor. Todo o mal estar e angústias próprias do desamparo estrutural são tratados à base de pílulas.

Por outro lado, os psicanalistas na sua onipotência cega não podem, em certas circunstâncias, ignorar a dimensão corpórea do sujeito, os benefícios farmacológicos e a sua simbologia durante um tratamento.

Para se chegar a um equilíbrio das interfaces entre a Psicanálise e a Psiquiatria é preciso que ambos os profissionais envolvidos percebam que se de um lado a análise provoca certo nível de desprazer no seu processo que aponta para uma singularidade e simultaneamente revela a complexidade do psiquismo, por outro, a medicação pode, para alguns, ser um aparelho ortopédico que ajuda o sujeito a manter-se de pé e continuar andando. Ou seja, é necessário que ambos compreendam que o ser humano precisa aprender a reconhecer e suportar os limites de sua dor psíquica sem sucumbir à angústia.

Esta sintonia fina entre psicanalista e psiquiatra é percebida pelo paciente que faz maior adesão do tratamento e não boicota as sessões e nem usa a medicação para fugir do seu desconforto ou garantir a ilusão da satisfação frente à sua falta de crenças e ausência de ideais.

É possível, portanto, havendo respeito sobre as singularidades e limites, manter um diálogo permanente entre a Psicanálise e a Psiquiatria. É esta a atual proposta.

“EU SOU BORDERLINE, DOUTORA”

Maria Luiza Mota Miranda¹

Implicações

O primeiro encontro com a paciente, que chamarei aqui de M, ocorre no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA), por solicitação do psiquiatra que, no momento, a acompanha. Segundo informação médica, M vem de uma internação em clínica psiquiátrica por onde já passara cinco vezes, nos últimos dois anos, sendo diagnosticada como portadora de depressão maior, e submetida a inúmeras intervenções farmacológicas e a tratamento por eletrochoque, sem sucesso. Apresenta quadro de intensa angústia, passando a atos que a machucam, com risco de vida e tentativas de suicídio.

M se queixa, sofre, faz para que o pai e o psiquiatra demandem o atendimento por ela. No acolhimento com a analista, M se diz toxicômana, repetindo o relato psiquiátrico com maiores detalhes. Nos últimos dois anos vem fazendo uso intensivo e diário de maconha, entre seis e dez baseados, até cair. Usou cocaína, crack, internando-se em clínicas. Fala de angústia, atuações nas quais se fere e de vontade de morrer. Sem outra atividade, paralisa-se neste quadro, paralisando seus familiares e parte do corpo clínico, que, como ela, já não sabem mais o que fazer. M faz para que o outro venha a fazer por ela.

Queixa-se do uso da maconha, sente-se impotente para parar de usar.

— “Já se perguntou por que usa maconha desse modo, prejudicando-se, pondo em risco a sua vida”, intervém a analista, intervenção que a surpreende, fazendo-a recuar de um relato aparentemente estereotipado, dramático, para dizer, “não sei” e, em seguida, implicar-se, interrogando-se, “por quê?”.

Surge então a queixa de um intenso medo e de uma dor muito grande de viver: não agüenta mais essa situação. Por isso, faz para sair do ar, com o crack, por exemplo. Desde criança sentia-se estranha, gostava de brincar de futebol e skate, os meninos a xingavam, não tinha amigas. A mãe lhe dizia para não ouvir, mas o que as pessoas lhe dizem tem muita influência. Acha que tudo dela é o pior, tem vontade de morrer, vai para a rua para o

¹ Psicóloga, Psicanalista e Coordenadora do Ensino do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. CETAD/UFBA. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise.

carro atropelá-la, este desvia e ela perde a coragem. Seu avô acabou por se suicidar, era diagnosticado como epilético. M se machuca, bate a cabeça, corta-se, fura-se, sangra, não se controla, acha que é uma forma de punição. Vive reclusa, sempre viveu, uma impressão de que está apodrecida, mas é do mental, acrescenta. Tem medo de eliminar o uso da maconha que funciona como uma garantia.

Uma sessão é marcada para o dia seguinte, onde M não comparece. Telefona dois dias depois, solicitando nova sessão, dizendo ter se perturbado muito com a sessão anterior, por isso faltou. M fala de sua surpresa, “você me tratou como um sujeito”; diz: fora sempre considerada como um objeto, maluca, era internada e lhe aplicavam eletrochoque; ou como frágil – era como a mãe a representava, dizendo tê-la superprotegido após a separação do pai. Uma primeira retificação ocorre, então, em que M passa a se incluir como sujeito, implicando-se em uma demanda de tratamento: “Quero me tratar”, enuncia.

À queixa da drogadição acrescentam-se os conflitos no relacionamento com o atual namorado, F, sobre a muita raiva que sente por este ter uma vida independente dela. Carente de F, M começa a se interrogar sobre quando isso começou em sua vida – sua submissão, sua carência exacerbada. Os pais se separaram quando criança, ela foi para o interior com a mãe que saía para beber em sua companhia. Ainda criança, um primo mais velho a bolina, nos seios: ela fica paralisada, sem atitude. Desse acontecimento fixa-se uma posição de fazer-se objeto de obediência ao Outro, ficando a particularidade de um gozo sexual de um corpo tocado, um seio tocado. Nos encontros sexuais, passa a se fazer de robô, obediente a tudo que o outro demanda.

Perfeccionista

Fala de sua formação, universitária, fluência em outra língua, sempre gostou muito de ler, diz ser boa esportista, por incentivo do pai. Ao mesmo tempo, diz ter medo de compromisso, fugir das responsabilidades:

– “Não posso falhar, meus defeitos são enormes. Se fizer tudo certinho ganho agrado e atenção”.

– “Apesar disso, você se pensa tão pior, você já se interrogou por quê?”, intervém a analista.

Intervenção que abala novamente a consistência do Outro, estremece o princípio de identidade, ao abrir para M outra condição de existência que a de toxicômana e de malucaⁱ interpretação que propicia o resgate do S₁, perfeccionista, dito do Outro, significante ideal, ao qual M vai se identificar. Fixando a transferência, fortalece a demanda ao tratamento, que tem prosseguimento após dez dias de interrupção por parte da analista.

As sessões se alternam entre a instituição e o consultório que se configura como lugar de uma outra existência que a de toxicômana ou *borderline*; como as queixas que se alternam entre o uso excessivo da maconha, a dependência de seu objeto de amor e a angústia incontrolável. Começa a se dar conta de que faz para que F e a maconha possam ocupar a mesma posição de objeto que ela quer ter à sua disposição.

Quanto ao uso da droga, um projeto terapêuticoⁱⁱ ganha curso, acenando para uma separação entre pensar-se toxicômana e o saber que pode passar sem a droga. Os horários das sessões são marcados de forma a que ela possa vir sem se drogar, o que experimenta algumas vezes. Examina várias possibilidades de parar, ir para o sítio com a mãe, como uma estratégia de afastamento. Não cumpre, o medo de afastar-se de F e da droga a impede.

Garantia

A angústia volta a se intensificar, junto com o uso da droga e as atuações. A queixa e o desespero pela falta dos telefonemas de F permanecem. Sente-se impotente para parar de fumar, porque se sente impotente diante da ausência de F. Sem este, toma-se de uma angústia paralisadora, passa o dia no quarto, andando de um lado para outro, fumando. Novamente resta-lhe a internação como limite, acenado pela analista, corroborado pelo psiquiatra, limite da potência curativa. São discutidas com ela as possibilidades. M não que ir para a instituição onde se internou, questiona uma segunda indicação onde não poderia continuar com o acompanhamento psiquiátrico e psicanalítico durante o período de internação. Acalma-se com a garantia de que poderá retornar ao tratamento quando estiver de alta, decidindo-se mais uma vez pela continuidade do mesmo.

O relacionamento com F durou seis anos, por telefone, transando pelo telefone. Diz que ele pintou uma imagem que não tem, de super gato, carinhoso. Quando apareceu, pessoalmente, há quatro meses, não é ele. O desespero é que ele não liga, promete e não liga. Quer tanto ouvir sua voz... falavam muito ao telefone; em presença, prevalecem o

silêncio e os desentendimentos. Fura-se com a faca, bate a cabeça na parede, corta a perna, machuca o braço: “Preciso me cortar, preciso sentir o machucado, para parar de ir atrás dele. É um alívio quando me corto, uma vez quase perdi a língua. Quero morrer, vou dormir, ninguém mais vai me machucar, vou poder descansar”, diz.

Na sessão seguinte, M se diz aliviada ao se dar conta de que, pela fala, demanda a garantia de suporte, do Outro. Percebe, ainda, o que a desespera, localizando um gozo presente na voz, pulsão parcial, que vem como limite a um gozo desenfreado; percebendo, fica mais fácil lidar, fala. Diz de uma agressividade, de um fazer-se num jogo agressivo, dual, com o parceiro sexual, de tolerância e chantagem emocional. Se a maconha a acalma, objeto disponível, presente mesmo que não fume, faz-se também objeto da demanda imperativa da droga, ao pensar que não pode aí se abster, tal como se faz, ainda, num vai e vem pulsional, de objeto da demanda do namorado, demandando-o incondicionalmente. Nessa perspectiva, as passagens ao ato começam a ganhar sentido: “Quando vi que ele não fez o que eu disse, precisei me machucar. Se meu braço dói, desvio a atenção”.

Fazer-se submissa

Idealizar, para F, o lugar de perfeito permite que ela faça o papel de submissa, realizando, desse modo, um enlace entre S_1 e pulsão.

– “Você já se perguntou de quem você se faz, em que posição você fica, quando se faz de submissa?”, lhe diz a analista.

– “Eu gosto”, diz, “sexualmente, é assim”.

Submissa, nomeia, portanto, a condição de uma satisfação obtida na contingência de um encontro sexual e que procura atualizar. Nomeando um gozo sexual, circunscreve-o num sentido fálico, via insubmissão materna. Desse modo sua mãe se separa do marido, militar da aeronáutica, pai que exerce para M a função de supereu, pelo qual se deixa monitorar ferozmente, pela exigência de fazer a coisa perfeita... até sentir o gosto de sangue na boca. “Já estou cansada de correr de um lado para o outro”, acrescenta.

Novamente falta às sessões, telefona para falar de seu desespero e das vontades de atuar. Via telefone, a analista deixa-se fazer de monitora, garantindo a presença da fala, permitindo debelar algumas intenções de atuação, inclusive com idéias suicidas.

O entusiasmo com o tratamento cede a uma depressão, em que já é possível elaborar uma separação entre o namorado do mundo e sua imagem fálica. Um enunciado se

sustenta: “Já sei que posso viver sem F”. Do mesmo modo, começa a separar os seus ditos do dito paterno, ao questionar o que diz ser a sua aspiração profissional. Implicada, inicialmente com o pai, para, depois, se desimplicar. Fez curso superior e aprendeu outra língua, para agradar ao pai; quer fazer outra graduação, mas tem medo de entrar no curso e perceber que não é o que imagina.

Dá-se conta de que é com o mesmo sem limite que se coloca na relação com o genitor, pensando-se sua mulher quando criança, traçando um movimento pulsional em direção a uma *père-version*. Achava, assim, que podia dizer o que quisesse; queria chamar a atenção: “pra quê, de uma forma dessas?”, pergunta-se, possibilitando circular o sentido: “quase morro, de anorexia, talvez quisesse chamar a atenção dele para mim”.

Se M se pergunta por que faz, não pode ainda, no entanto, perguntar-se sobre sua posição nesse fazer.

Sou eu quem tem que me agradar

Passa duas sessões sem vir, liga para solicitar participar de uma estratégia grupal no Cetad. Cobra-se realizar mudanças no mundo: “Não fiz nada de novo, saio daí com mais interrogações, agora é hora de fazer as coisas”.

Quando retorna, diz ter sentido falta das sessões, o que foi bom, pois, pôde refletir só. Quer voltar para a Marinha: “Não sei se é o que sonhei, mas quem disse que precisa ser?”. Diz querer entrar para a vida adulta, sente-se mais lúcida, mais sóbria. Pergunta-se se não toma essa decisão para atender à demanda do Outro, médico, analista, pai. Examina sua posição de perfeccionista, enlaçando-a no jogo pulsional e temporal. “Quero que ele seja perfeito, em tudo, no me ajudar, e fico lá sentada, esperando, o que é isso!? Sou eu quem tem que me agradar, estou feliz por isso, nesse exato momento”. Quer agora se ajudar, de repente se dá conta de que se F e a maconha saem, pode continuar respirando, pode se fazer feliz. Ri, e diz: “Comi o que gostei, corri, me senti feliz”.

O pai lhe pergunta se ela vai sustentar suas decisões e vai ao CETAD em busca de orientação. A intervenção da analista vai na direção de fazê-lo saber que ele tem limite em atender à demanda do Outro. É importante fazê-la saber que ele não pode tudo.

Na sessão seguinte, M telefona antes de vir, não quer vir, aborreceu-se com o namorado, está com vontade de se cortar. É possível impedir outra atuação, convidando-a a

vir falar. Dá-se conta de sua demanda imperativa: ele não fez o que eu quis, exatamente como eu quis.

No fim de semana, termina o namoro, machuca-se novamente, desiste do curso, está fumando intensamente. Na sessão, diz ter pensado em se atirar do apartamento, do décimo andar. Uma vez mais a proposta de internação é o limite, fica quase certa.

Responsabilidade, finalmente

Na sessão seguinte diz:

– “Estou vendo minha responsabilidade. Você e o Dr. G. me fizeram entender isso, fiquei com muita raiva. Quando disse a ele que tinha o diagnóstico de *borderline* porque peguei na internet, ele responde que *borderline* foi o meio que encontrei para dar sustentação às minhas vontades e colocar todo mundo à minha disposição. Da última vez que fui ao médico e ele me perguntou por que me cortei, respondi: sou *borderline*, doutor. Que vergonha agora tenho, sempre vivi dando problemas. Na infância resolvia tudo na porrada, exigia e me colocava como vítima; eles fazem tudo para me agradar. Eu jogo direitinho, meu pai me disse uma vez, a mim você não manipula, mas eu acabo manipulando-o. Estou com raiva por ter responsabilidade em tudo isso e estou agindo como se tivesse”.

Ao final da sessão, o pai solicita falar da dificuldade financeira, na frente de M; insiste para que ela possa realizar alguma atividade lucrativa. M fica indignada com a fala do pai, mas, pode dar razão a ele, separando duas razões. Decide começar a se movimentar, entra na oficina do Cetad, matricula-se no grupo de teatro, vem freqüentando sistematicamente as sessões, comparecendo só. Sabe que quer fazer outra graduação, tem muito medo de não se destacar, de não ter atenção, ser rejeitada. Quer ir se estruturando aos poucos.

Outra passagem ao ato: pequeno machucado. Fica sem a maconha, vai pedir ao irmão, ele lhe diz coisas horríveis, que não a suporta, que quer ir embora para nunca mais olhar para ela, manda ela se olhar no espelho para ver como ela está horrível. M pensa em ligar para a analista, para o psiquiatra. Ao que a analista ratifica, dizendo: “Ao invés de se cortar, ligue, não é você quem diz que a fala a acalma?”

Considerações

Lacan (1985) marcava a importância da direção do tratamento incidir sobre duas vertentes: a vertente simbólica, do ideal, nesse caso perfeccionista, possibilitada com o descolamento do princípio de identidade, sustentado nos enunciados “eu sou toxicômana”, “eu sou boderline”, o que abre a condição para o surgimento de um sujeito da interrogação, analisante; e a vertente do objeto, pulsional, com seus modos de gozo, conduzindo ao nome de gozo, nesse caso, submissa. (LAURENT, 1997).

Submissa é o modo que encontra de nomear o gozo incontrollável de *Does ding*, que a amarração parcial do gozo de um corpo tocado, de um seio tocado, não foi suficiente para conter. Buraco de irrupção de um real, onde, sem referência, M corre de um lado para o outro, clamando a voz que a acalma, garantia do Outro, pulsão parcial, todo o tempo no quarto até o entorpecimento ou queda, pela maconha em excesso, ou a marca no corpo, furado, cortado. Sem intermediação simbólica, real e imaginário se anodam sob o auspício do diagnóstico da ciência, M encontra sentido e sustentação no *borderline* ou toxicômana, fazendo-os equivaler ao seu ser.

A suposição é que a saída do princípio de identidade e a identificação ao perfeccionista permitem, na transferência, uma implicação de M no seu fazer, iniciando o desvelamento de um jogo pulsional em que *submissa* e *rejeitada* passam a ter função. Sentimento de indignação e vergonha: toxicômana e *borderline* já não fazem tanto sentido.

Fora do agudo da crise, as passagens ao ato cedem, M envia currículos, realiza trabalhos no computador, corre, retoma amizades, passa dias com amiga. Quer tentar ficar sem fumar, ao menos por um dia; “Agora sinto que posso tentar, estou morrendo de medo, de não estar dopada, saber de uma coisa que você pensa que não tem garantia; prá mim a bengala é a droga”, diz.

As sessões se intensificam, assim como a queixa de rejeitada. Agora M já pode se interrogar sobre o seu ser no fazer-se rejeitada. Dá-se conta de um fazer que se repete, que, diante do desejo do Outro, sempre se pensa como rejeitada, onde (No discurso da psicanálise, o Outro configura-se enquanto um lugar, portanto cabe “onde”) mãe, pai, F e o irmão vão ocupar a função do algoz. Algoz enquanto nome do desejo do Outro que M, na condição de rejeitada, permite-se, no momento, capturar, indo à busca, alimentando a conexão. M abre as portas à construção de um cenário fantasmático, pondo em jogo a fantasia sexual, onde fica rejeitada à condição de que F se interesse por outra. Submissa ao imperativo do campo do Outro, submissa ao outro gozo, submissa ao gozo sexual. Nessa

condição, rejeitada é a saída, como modo de dar existência, de promover a abertura ao espaço do desejo.

Presta uma seleção para um hotel, onde comparece sem medo, sabendo que queria estar ali. Diz: “Foi excelente, me senti segura, dei tudo de mim e me parabenizei, mesmo sabendo que a vaga pode não ser minha”.

NOTAS

- ¹ Lacan (1973), vai se referir a um contra-senso na interpretação, na perspectiva de um impasse de formalização.
- ² Freud (1898) já falava da importância da instituição como forma de quebrar o hábito, estratégia necessária mas não suficiente no tratamento do vício. Diferentemente do sintoma psiconeurótico, expressão de um conflito psíquico, colocava a drogadição no âmbito das neuroses atuais (neurastenias, neurose de angústia, mais tarde, hipocondria) caracterizadas pela acumulação de excitação psíquica, sem mediação significativa, sendo o mecanismo de formação somático.

REFERÊNCIAS

FREUD, Sigmund. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. III, p. 289 – 312.

LACAN, Jacques **O Seminário, livro 20 mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982. p.125.

LAURENT, E. Alienação e separação. In: **PARA LER O SEMINÁRIO 11 DE LACAN**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, jan. 1997.

MILLER, Jacques-Alain. **Los signos del goce**. Buenos Aires: Paidós, 1998.

PLATÃO, Fedone. In: **Tutti gli scritti**. REALE, Giovanni (Orgs). Milano: Bompiani, 2000. p. 67-130.

VILLALBA, I. Cálculo do gozo. Seminário proferido em 2006, São Paulo.

ESTRESSE OCUPACIONAL: INTERFERÊNCIAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Maria do Socorro Sales Mariano¹

1 Introdução

O termo estresse ocupacional, nos dias atuais, ocupa cada vez mais um espaço de discussão e preocupação no que se refere a questão da promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, uma vez que as repercussões se alastram atingindo de forma esmagadora o coletivo de trabalhadoras e trabalhadores. Neste sentido, discutir e refletir sobre as questões voltadas para o trabalho tem sido um desafio constante, pois as peculiaridades que se apresentam no universo do labor, transgridem a simples relação de causa e efeito para entendermos a complexidade dinâmica existente no cotidiano de trabalho, já que as transformações sociais, política, econômicas, tecnológicas e ideológicas, direcionam o cenário atual das relações de trabalho.

Assim, verificamos que a busca por emprego cresce na mesma proporção que o desemprego. O mercado de trabalho torna-se cada vez mais competitivo, exigindo do trabalhador a mão – de – obra mais que especializada. As empresas procuram trabalhadores que além de produzirem de acordo com os padrões exigidos pela empresa, vivam para o trabalho, oferecendo o máximo de si, chegando a ultrapassar seus limites físicos e mentais.

Neste sentido a problemática das relações de trabalho envereda para questões que demarcam uma preocupação em estudar os aspectos e impactos da saúde nas situações de trabalho, e mais precisamente neste estudo, os impactos na saúde mental dos trabalhadores refletidos nas queixas de condições de trabalho, sofrimento psíquico e stress ocupacional, trazendo sérios prejuízos a qualidade de vida no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores.

2 Relação Saúde Mental e Trabalho

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia Social –Universidade Federal da Paraíba/UFPB, Professora do Curso de Psicologia Universidade Tiradentes e Faculdade Pio Décimo/SE, Representante da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia- ABEP Núcleo de Sergipe (Vice-Coordenação), Integrante do Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho- GPST/ UFPB, Conselheira Editorial Cadernos de Graduação, Gestão do Fórum de Desenvolvimento Regional- FDR-UNIT/SE

Os estudos realizados na área da saúde mental e trabalho, desenvolvidos pelos pesquisadores liderados por Christophe Dejours (1986/1993), demonstram gradativamente uma superação da concepção que procurava estabelecer uma causalidade direta na relação do trabalho com o surgimento de doenças mentais.

Uma das abordagens mais importantes no campo da saúde mental e trabalho é a **psicopatologia do trabalho**, que foi construída e definida por Dejours (1992) como a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho e que se transformou, na década de 90, em **psicodinâmica do trabalho**, passando a ser definida como análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho (Dejours, 1993). Vale ressaltar que se percorreu uma longa trajetória para se chegar a esta última definição. Esta concepção não surgiu abruptamente, mas desenvolveu-se ao longo das investigações acerca da saúde mental e trabalho.

As pesquisas iniciais em psicopatologia do trabalho tratavam de colocar em evidência uma clínica das afecções mentais que poderiam ser ocasionadas pelo trabalho. Seguiu-se a visão pragmática dominante da patologia somática, na qual as doenças profissionais resultavam de danos físico-químico-biológicos do posto de trabalho. Neste sentido, os estudos de Le Guillant (1985, citado por Dejours, 1992) e seus colaboradores obtiveram uma posição de destaque, por trazerem algo de inovador em suas investigações, pois puseram em evidência as síndromes que afetavam especificamente a saúde mental dos operadores de certas profissões como faxineiros (Le Guillant, 1985 citado por Dejours, 1992). Embora o enfoque de estudo já se inclinasse aos aspectos da saúde mental dos trabalhadores, as investigações ainda eram direcionadas a partir da concepção da patologia somática, tendo-se ainda a expectativa de se encontrarem evidências de doenças mentais específicas do trabalho; no entanto, as pesquisas demonstraram que não era possível detectá-las.

Os estudos realizados com operários especializados, submetidos ao trabalho repetitivo, reforçaram estas investigações, já que a aparição de problemas psíquicos manifestos pelos trabalhadores se diferenciava das doenças mentais clássicas. Observava-se que o adoecimento se dava paralelamente às manifestações de comportamentos estranhos, e estes eram associados ao uso excessivo de substância etílica, o que confirmou a dissociação das doenças mentais caracterizadas (Dejours, 1992).

Gradualmente estas descobertas proporcionaram mudanças nas investigações, resultando na construção de um outro modelo teórico, no qual se evidenciou a tematização acerca do sofrimento no trabalho e as defesas contra o sofrimento patogênico e a doença. Ou seja, os trabalhadores se deslocaram da posição de agentes passivos para sujeitos reativos de seu trabalho, pensantes de sua situação e capazes de organizarem sua conduta, seu comportamento e o seu próprio discurso. Tal reflexão se apresentou como fio condutor do rompimento com o modelo que defendia a idéia de que o comportamento dos trabalhadores fosse determinado pela própria vontade ou pela força das pressões de situação do trabalho. É através desta ruptura que a psicodinâmica do trabalho redefine sua posição frente à organização do trabalho, desde então, aponta para a implicação do sujeito social nesta organização. (MARIANO, 2003)

Decerto as pressões do trabalho apresentam perigo à saúde mental do trabalhador, mas Dejours e Abdoucheli (1994) ressaltam que entre as pressões do trabalho e a doença mental interpõe-se um indivíduo, não somente capaz de compreender sua situação, mas capaz também de reagir e se defender, sendo as reações de defesa fortemente singularizadas em função do passado, da história e da estrutura de personalidade de cada sujeito.

Com o aprimoramento desses estudos, foi possível detectar que as pressões do trabalho eram decorrentes da organização deste, sendo esta potencialmente desestabilizadora para a saúde mental dos trabalhadores. Como coloca Dejours (1992), o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental, quanto levar a distúrbios que se expressarão coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas.

A partir dessas reflexões, entendemos, portanto, que os homens, as condições e as organizações de trabalho, não são mais estudados isoladamente, já que tanto o homem quanto o ambiente constituem-se elementos indissociáveis. Dejours e Abdoucheli (1994) entendem por organização do trabalho, “por um lado, a divisão do trabalho: divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência, enfim, o modo operatório prescrito; por outro lado a divisão de homens: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle, etc” (p. 126). Esta organização atua no nível da vida psíquica e solicita, sobretudo, as relações entre as pessoas, mobilizando os investimentos afetivos (amor, ódio, amizade, solidariedade e a confiança). As condições de trabalho referem-se às pressões

físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho, resultando em desgaste, envelhecimento e doenças somáticas, tendo como alvo principal o corpo dos trabalhadores.

A problemática inicial questionada pela psicopatologia do trabalho, referente às doenças descompensadas, segue uma posição diferenciada na Psicodinâmica do Trabalho. Não se trata mais de pesquisar, observar ou descrever as doenças mentais do trabalho, parte-se, agora, como já foi dito anteriormente, do pressuposto de que os trabalhadores em geral não se tornam doentes mentais do trabalho; e que é necessário investigar quais artifícios os trabalhadores desenvolvem para resistir às pressões psíquicas deste trabalho e para conjurar a descompensação ou a doença; pois, apesar de tantas dificuldades, não se verifica uma massificação de casos de doença mental no trabalho e ainda se encontram sujeitos “normais” em seu posto de atividades.

Diante das investigações acerca da saúde mental no trabalho nos deparamos com outro cenário, expressivo de queixas e demandas da deteriorização no ambiente de trabalho, a questão do estresse, ou seja, o Estresse Ocupacional.

3 Interferências das Condições de Trabalho na Saúde Mental: Estresse Ocupacional

O estudo acerca do estresse vem se desenvolvendo ao longo dos anos e quem introduz o termo do estresse na área de conhecimento da biologia é o estudioso Syele (1956/1959) com a perspectiva de propor as primeiras explicações ao processo do estresse, este compreendido como um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação.

Conforme Lipp (1997) o estresse é

“uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça feliz.”

Vieira, Guimarães e Martins (2003) enfatizam que de acordo com esta definição o estresse se caracteriza como um longo processo bioquímico e que tal processo se manifesta em todas as pessoas, apresentando algumas semelhanças, mas é no desenvolvimento deste processo que as diferenças individuais se evidenciam de acordo com as predisposições genéticas do indivíduo e sua história de vida.

Em uma concepção que vai além da visão biologista, destacamos a compreensão de Ladeira (1996) ao destacar que as formas diferentes que as pessoas demonstram frente a estímulos semelhantes, ocorrem porque a percepção e valorização destes estímulos estão ligadas aos critérios pessoais, ou seja, as estruturas que envolvem os aspectos: físicos, psíquicos e bioquímicos, como também os valores, hábitos e o ambiente social “determinam em parte, o tipo e a frequência das manifestações de estresse”.

Diante das definições acerca do estresse, Guimarães e Freire (2004) ressaltam os conhecimentos científicos acumulados sobre o estresse a partir das considerações de Weiner (1992) e Mcewen (1998) : o estresse é sempre uma reação frente a uma situação específica (estressor), a qual supõe um risco ou ameaça e na maioria das vezes por estressores externos decorrentes de condições próximas que podem ser desencadeadas por situações estressantes relacionadas a estados ou situações externas.

Ressaltam ainda que as reações do estresse aparecem como consequência de uma discrepância entre o que se exige e o que se pode fazer ou conseguir, ocorrendo em quatro níveis distintos: *cognitivo* de processos de avaliação e valorização, *sentimental* resultante da confrontação com os estressores, *comportamento motor* e *ativação orgânica neuronal e neuroendócrina* (eixos do estresse). E por fim, acrescentam que se a discrepância existente entre o que se exige e a capacidade de superação do individuo pode ser ultrapassada ocorre um domínio da ameaça ou risco e isto conduz a um fenômeno cognitivo positivo e emoções afetivas, chamada de “*eutres*”, importante para o funcionamento vital e desenvolvimento pessoal, por outro lado, se diante de uma mesma situação de risco se tenha um gasto continuo de recursos e a perda do domínio, sem capacidade de superação ocorre o “*distress*” associadas às cognições negativas.

Compreendemos, portanto que o estresse esta associado a reações positivas e negativas, porem no caso do estresse ocupacional as pesquisas e estudos na área evidenciam para a predominância do estresse no ambiente de trabalho na reação do “*distress*” tendo uma interferência negativa na saúde dos trabalhadores.

A temática acerca do estresse ocupacional vem ganhando um espaço de discussão nas relações de trabalho, pelo impacto na saúde dos trabalhadores que vivenciam no espaço do labor condições não satisfatórias de trabalho, pressão no trabalho, exigência na execução das tarefas, turnos exaustivos, etc.. Portanto para o estudo acerca do estresse

ocupacional é significativo a necessidade de se compreender as transformações no cenário do trabalho.

De acordo com Antunes (2007) nos deparamos com situações de desemprego, exposição do trabalhador a condições precarizadas e degradantes “conduzidas pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para valorização do capital.”

Mendes (2007) enfatiza que as novas formas de organização do trabalho ocorrem sobre a luz da lógica da racionalidade econômica, que por sua vez, “criam novas formas de subjetivação, de sofrimento, de patologias e de possibilidades de reação e ação dos trabalhadores” (p.49).

Dentre estas transformações destacamos os processos técnicos: maior tecnologia, processos automatizados, sofisticação nas atividades de controle, havendo, portanto modificações nas exigências físicas e psico-mentais, e incremento de situações estressantes. No setor de serviços, os aspetos positivos se direcionam ao atendimento e atenção as pessoas, por outro lado, se caracteriza pelos conflitos e cargas emocionais. Além disto, os aspectos da globalização sócio-econômica representada pela crescente competitividade das empresas e fluxo de produção acelerada acompanhada das exigências de inovações tecnológicas refletem um cenário de pressão adaptativa ao trabalho, alto nível de responsabilidade dos trabalhadores e extensas jornadas de trabalho demandam exigência de sobre-esforços mentais e exposição a situações estressantes. (GUIMARÃES E FREIRE, 2004)

De acordo com Cooper et al (1993 apud VIEIRA, GUIMARÃES E MARTINS, 2003, p.175) o estresse ocupacional pode ser definido

“um problema de natureza perceptiva, resultante de uma incapacidade em lidar com fontes de pressão no trabalho, tendo como conseqüências, problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, afetando não só o individuo como as organizações”

Neste sentido, compreendemos que qualquer ambiente de trabalho pode se apresentar como um espaço produtor de agentes estressores para os trabalhadores, é nesta perspectiva que Ladeira (1996) enfatiza que é possível diagnosticar a presença do estresse ocupacional nas organizações, a partir de determinadas características: apatia, fadiga,

ansiedade, baixa motivação e absenteísmo, “ o que determina impactos na produtividade, sobre o número de acidentes no trabalho e sobre a performance individual e coletiva”

Para melhor compreensão no estudo do estresse ocupacional, foram desenvolvidos alguns pressupostos teóricos: Modelo Demanda-Controle (D/C), desenvolvida por Karasek (1979); Karasek e Theorel (1990); Modelo Crise de Gratificação no Trabalho ou Desequilíbrio entre Esforço-Recompensa no Trabalho (ERI) (SIEGRIST,1996) e Modelo Esforço-Distress e o Conceito de Carga de Trabalho (FRANKENHAUSER, 1976).

Com relação ao modelo de demanda e controle, Guimarães e Freire (2004) informa que a idéia principal deste modelo para entender o estresse ocupacional se baseia na combinação de duas dimensões: *a dimensão da quantidade e o tipo de demanda e a dimensão do controle sobre as tarefas que se realizam no marco da divisão do trabalho*, ou seja, a relação entre uma demanda quantitativa elevada como também uma margem de decisão limitada, apresentando uma terceira dimensão *o apoio social no posto de trabalho* a ausência desta terceira dimensão supõe uma intensificação da reação estressante.

No modelo de esforço- recompensa está presente a concepção do esforço concedido a partir de gratificações socialmente aceitos: *salário ou benefícios, estima e valorização no trabalho e promoção e segurança no emprego*. Neste caso o determinante principal para a situação de reações estressantes é a discrepância entre os esforços realizados no trabalho e as recompensas recebidas. E por fim, o modelo esforço-distress que se caracteriza pela importância de avaliar as necessidades, capacidades e limitações como perspectiva de configurar as condições de trabalho, na eminência de minimizar as situações de estresse. Conforme Frankenhauser (1976 apud SAMPAIO E GUIMARAES, 2004) o organismo pode exercer controle sob alta exigência, frente a estressores que podem ser controlados, neste caso os níveis de adrenalina aumentam , mas a situação de distress não é experimentada, porem, em situações de baixo controle e percepção de demandas ameaçadoras, o esforço com distress é experimentando.

Diante das considerações apresentadas acerca do estresse ocupacional, compreendemos a importância de discussão e estudos que possam visualizar cada vez mais as interferências na saúde do trabalhador decorrentes das condições nefastas do ambiente de trabalho, expressa pelo afastamento dos trabalhadores de seus locais de trabalho, vivencia de sofrimento e percepções negativas, desenvolvimento de conflitos entre sentimentos de incapacidade e culpabilização pelo seu adoecimento no trabalho, depressão, esgotamento

físico e mental, além das repercussões negativas em sua vida social devido o comprometimento e degradação dos aspectos físico-psicossociais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial. 2007

DEJOURS, C. *A Loucura no trabalho: Estudo de Psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez – Oborê. (1992).

DEJOURS, C. *Travail: Usure Mental*. 2 ed. Paris, Bayard. (1993).

DEJOURS, C., Abdoucheli, E. Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: *Psicodinâmica do Trabalho Contribuições da Escola Dejuriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*/C. Dejours, E. Abdoucheli, C. Jayet; Coordenação M. I. Stocco Betiol; São Paulo: Atlas. (1994).

GUIMARÃES, L. A. M. & FREIRE, H. B. G. Sobre o Estresse Ocupacional e Repercussões na Saúde, in: GMUIMARÃES, L.A. M. & GRUBITS, S. (Org.) Serie Saúde Mental e Trabalho Vol. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LADEIRA, M. B. A Dinâmica do estresse no Trabalho: um estudo de caso com profissionais de enfermagem. (Dissertação de Mestrado- UFMG) Minas Gerais-BH, 1996.

LIPP, M.E.N.; SASSI, L.; BATISTA, F.I. Stress Ocupacional na equipe cirúrgica. Cadernos de Pesquisa NEP, Ano III, n1 e 2. p. 57-64, 1997.

MARIANO, M. S.S. Trabalho e Saúde Mental das Professoras da Segunda Fase do Ensino Fundamental da Rede Pública do Município de João Pessoa – PB. (Dissertação de Mestrado- Universidade Federal da Paraíba/UFPB) João Pessoa-PB. 2003

MENDES, A. M. Novas formas de Organização do Trabalho, Ações dos Trabalhadores e Patologias Sociais, In: MENDES, A. M. (Org) *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VISÃO GERAL DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: Contribuições das Neurociências às Ciências Psicossociais

Norma Alves de Oliveira

Introdução

Desde o século XVII, inúmeras síndromes clínicas têm sido descritas com quadro clínico semelhante ao transtorno obsessivo compulsivo (TOC), implicando a existência do mesmo como fazendo parte dos diversos transtornos mentais que têm interferido na qualidade de vida do ser humano e gerando inúmeras tentativas para explicar a sua etiopatogenia e desenvolver recursos terapêuticos eficazes.

Historicamente a existência do transtorno remonta à época de Pilatos que após deixar assassinar Jesus, em quem reconhecia a ausência de culpa, fez um quadro obsessivo-compulsivo, que o celebrou, face à situação aflitiva de sempre lavar as mãos, que lhe pareciam sujas pelo sangue de Jesus, até que depois de longo e intenso sofrimento ele se suicidou, atirando-se na cratera de um vulcão extinto na Suíça.

Na idade média atribuía-se aos portadores de TOC como se estivessem acometidos de possessões demoníacas. Estudiosos como Magnan o enquadraram na categoria das psicoses degenerativas. Westphal, psiquiatra alemão supunha nos sintomas do TOC um distúrbio primário da cognição, classificando-o como tiques mentais. Na escola inglesa o TOC recebeu a denominação de melancolia religiosa ou escrúpulos. No século XIX, Esquirol denominou o “*delire du toucher*”, *folie du doute*”, observando que nesses pacientes o senso crítico era preservado. Em 1875, Legrand Du Saulle reuniu os sintomas obsessivos-compulsivos, observando que havia um curso evolutivo que o enquadraria numa unidade nosológica. (Gentil, Lotufo-Neto, e Bernick, 1997).

O TOC se caracteriza por obsessões e/ou compulsões que causam intenso sofrimento psíquico, uma vez que há, nos casos graves, um dispêndio exagerado de tempo para os rituais obsessivos, prejudicando a rotina habitual familiar, ocupacional, as relações interpessoais, ou seja, afeta, de um modo geral, a vida social do sujeito portador desta patologia. A tensão psíquica advinda da tentativa de resistir às compulsões só encontra alívio momentâneo após a realização do ato compulsivo. Os rituais são recorrentes,

persistentes e incoerentes e o paciente tem consciência do caráter irracional dos sintomas. Nos casos graves, compromete a capacidade de relacionamento interpessoal e a capacidade laborativa, tendo como consequência, a improdutividade na vida profissional.

Epidemiologia

Só depois da década de 1980 foi que o TOC passou a ser visto como um dos transtornos mentais de alta prevalência social. Na adolescência a incidência é maior em meninos, porém na fase adulta a prevalência é igual entre os sexos. O transtorno obsessivo-compulsivo ocorre em crianças, jovens e adultos, porém a idade em que ele é diagnosticado com mais frequência é entre 20 a 25 anos.

Estudos mostram que o transtorno obsessivo compulsivo atinge em média 2,5% na população geral. (Miguel, 1996). Importante considerar que os pacientes geralmente só recorrem a tratamento em casos graves, o que pode ser uma variável nos achados epidemiológicos.

Etiologia

A etiologia ainda suscita muitos questionamentos, caracterizando-se o TOC como um transtorno de natureza multifatorial e desde a idade média já se buscava tentativas de explicação para a manifestação do variado conjunto de sintomas que o transtorno apresenta.

Pesquisadores observaram que doenças neurológicas como a Síndrome de Gilles Tourette, Parkinson pós-encefálico, Coreia de Sиденham e epilepsia do lobo temporal tinham em comum a manifestação de sintomas obsessivos-compulsivos. Observou-se também que antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina melhoravam o quadro clínico de muitos pacientes. Alguns casos crônicos e resistentes obtiveram melhora ao serem submetidos à psicocirurgia. Exames de avaliação neurofuncional detectaram regiões do cérebro afetadas nos transtornos obsessivos-compulsivos.

Essas evidências permitiram que os portadores de TOC fossem enquadrados no grupo de transtornos psiquiátricos com implicações neurológicas, estimulando cientistas a

enveredarem suas pesquisas buscando esclarecer a etiologia multifatorial da doença e simultaneamente descobrir meios de tratamento eficazes para o alívio dos sintomas e se possível a cura das doenças que implicaria melhora da qualidade de vida do sujeito portador do transtorno. Desde então, várias áreas do conhecimento científico se somaram na busca de explicação para os sintomas o que caracterizam.

A Genética e a História Familiar

Estudos genéticos mostram a incidência maior em gêmeos monozigotos, variando entre 53 e 87%, enquanto que, entre dizigotos, os índices de prevalência são em torno de 22 a 47%, mostrando que a hereditariedade deve ser considerada como um fator importante.

Em familiares de portadores de TOC a incidência é de 4 a 5 vezes mais elevada que na população geral, especialmente quando o início é precoce e associado a tiques. Os estudos mostram que os parentes em primeiro grau são acometidos em torno de 35%.

Isso caracteriza a predisposição genética, apoiando a hipótese de genes maiores com transmissão dominante ou co-dominante, porém ainda não foram detectados quais genes estariam envolvidos e quais sintomas seriam passíveis de transmissão. (Roncheth, Bohme e Fernão, 2004).

A Hipótese Imunológica: A Infecção por Estreptococos Beta-hemolítico como um Fator de Risco para o TOC

Cientistas constataram o desenvolvimento do TOC em pessoas que tiveram infecções estreptocócicas provocadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, responsável por amigdalites, febre reumática. 30% das crianças com febre reumática desenvolvem Coreia de Sydenham, também chamada de dança de São Vito, uma doença auto-imune. Nesta doença ocorrem alterações nos gânglios da base, estruturas relacionadas à coordenação dos movimentos. 70% dos pacientes portadores apresentam sintomas obsessivos compulsivos ou agravamento dos sintomas pré-existentes. (Asbahr et al., 1998)

Os estudos apontam uma hipótese imunológica para a Coreia de Sydenham e partindo do pressuposto de que 70% dos pacientes apresentam sintomas obsessivos

compulsivos, passou-se a buscar uma hipótese imunológica também para o TOC. A Coréia de Sydenham passou a servir de parâmetro para a busca de hipóteses imunológicas em outros transtornos psiquiátricos.

Na Coréia de Sydenham, anticorpos antiestreptocócicos realizam uma reação cruzada com proteínas dos gânglios da base causando uma resposta inflamatória. No TOC e na Coréia de Sydenham há um comprometimento e disfunção dos gânglios da base e a presença de anticorpos antineuronais.

Pacientes com história de infecção recente por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, apresentando manifestação atípica de sintomas obsessivos, são caracterizados num subgrupo, o qual os pesquisadores têm denominado de *Panda (pediatric autoimmune associated with streptococcal infections)*. Swedo et al., pioneiros nestes estudos, observaram que os pacientes apresentavam manifestações dos sintomas entre 3 anos e o início da puberdade. Os sintomas predominantes eram os de limpeza/contaminação. O modelo fisiopatológico inicialmente proposto seria: anticorpos antiestreptocócicos reagiriam de maneira cruzada com o tecido sadio do hospedeiro, no caso os gânglios da base, comprometendo o circuito neuronal cortico-estriado-tálamo-cortical, desequilibrando as neurotransmissões. (Roncheth et al., 2004)

Fatores Neurobiológicos

A redução dos sintomas obsessivo-compulsivos com uso de medicamentos e os estudos de neuroimagem funcionais do cérebro alteraram o estatuto do transtorno de uma patologia de natureza eminentemente psíquica para um transtorno neuropsiquiátrico, em que os fatores neurobiológicos passaram a ter um papel relevante. (Corcioli, 2007). No transtorno obsessivo-compulsivo são utilizados antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina, com remissão dos sintomas em inúmeros casos. Isso conduziu às pesquisas no sentido de se verificar a possibilidade de alterações neuroquímicas nas vias serotoninérgicas.

Técnicas de Neuroimagem e a Anatomia Funcional do Transtorno Obsessivo-compulsivo

Com o desenvolvimento significativo da tecnologia dos recursos de neuroimagens, está sendo possível avaliar as alterações que acontecem no cérebro durante o seu funcionamento. As técnicas avançadas como tomografia por emissão de pósitrons(PET), tomografia por emissão de fótons(SPECT) e ressonância magnética nuclear(RMN) emitem imagens que mostram com extrema nitidez os padrões de metabolismo e de neurotransmissão nas diversas regiões do cérebro vivo.

Ao se administrar moléculas marcadas com isótopos radioativos no cérebro, este emite energia radiotiva (emissão de raios gama) que é absorvida por detectores posicionados próximos ao cérebro, sendo captadas por computadores que no processo de transferência, convertem-na em imagens de alta resolução espacial, permitindo mostrar os padrões de atividade cerebral regional. A técnica de PET (tomografia por emissão de pósitons) é considerada a mais precisa, revelando maior nitidez na captação das imagens funcionais, porém a mais dispendiosa e mais cara, exigindo tecnologia e mão de obra altamente qualificada e especializada. Já a técnica de SPECT (tomografia por emissão de fótons) é mais simples, econômica e de mais fácil operacionalização, porém tem menor sensibilidade e resolutividade espacial, em contra partida por ter uma meia vida mais longa, tem maior estabilidade, permitindo um maior conforto ao paciente. Essa variável é importante nos pacientes com TOC, pois adaptações com relação à questão têmporo-espacial é fundamental devido a gama de sintomas que estão vinculados com a questão de tempo e espaço. A RMN (ressonância magnética funcional) é uma técnica também bastante sensível às mudanças de concentração de deoxihemoglobina que ficam reduzidas quando há um consumo maior de oxigênio pelo aumento do fluxo sanguíneo cerebral. (Lacerda, Paulo e Edwaldo, 2001).

Esses padrões referem-se ao fluxo sanguíneo, consumo de oxigênio, metabolismo de glicose ou densidade de receptores para neurotransmissores específicos.

Pesquisas revelam que no caso do TOC é possível detectar as áreas de maior atividade nos portadores da doença, especialmente quando os sintomas estão no período de agudização. Frequentemente ocorre um aumento do metabolismo cerebral na área pré-frontal, periorbital e gânglios basais (aumentos de metabolismo em cíngulo anterior, caudado-putâmen e tálamo). Os padrões são semelhantes aos encontrados em pacientes com lesões neurológicas estriatais ou em transtornos neurológicos que afetam essa região

como na Coreia de Sydenham e Doença de Huntington. Na tomografia computadorizada observa-se com frequência, aumento bilateral no volume do núcleo caudado.

Uma questão interessante é que os exames de neuroimagem funcional revelaram diminuição da atividade metabólica no núcleo caudado à esquerda e no córtex órbito-frontal à direita após tratamento com psicofármacos e/ou intervenção psicoterápica, ou seja, é possível reverter anormalidades de funcionamento cerebral neste transtorno tanto por intervenção com psicofármacos como por abordagens exclusivamente psicológicas em muitos casos. Também na ressonância magnética funcional observou-se, durante a intensificação dos sintomas obsessivos, uma ativação maior do fluxo sanguíneo, com respectivo maior consumo de oxigênio e maior concentração de deoxihemoglobina em determinadas áreas do cérebro como órbito-frontal média, frontal lateral, temporal anterior, anterior do cíngulo, córtex da ínsula, núcleo caudado, núcleo lenticulado e amígdala cerebral. (Breiter, Rauch, Kwong et al., 1996 ; Mari, Roberto e Kohn, 2007).

Essas descobertas neurocientíficas levaram à conclusão de que anormalidades de circuitos cortico-estriado-tálamo-corticais são relevantes para a fisiopatologia do TOC.

Ciências Psicossociais

Freud e a Psicanálise

Em 1913, Freud em sua clínica concluiu que na histeria, ocorre uma fixação à fase oral, enquanto que, na obsessão, ocorre uma fixação na fase sádico-anal, havendo um trabalho de recalque incompleto que se prolonga numa luta interminável, manifestando-se na característica dos sintomas que o obsessivo apresenta: pensamentos intrusos, invasivos, sofrimentos intermináveis, desejo submetido ao controle de *um outro* imperativo que também não tem controle sobre seu desejo. (Freud, 1986 e 1930)

Em *O Homem dos Ratos*, caso clínico clássico de Freud observamos uma idéia obsessiva característica :”*se eu vejo uma mulher nua, meu pai deve morrer*”.

Como comenta Quinet em seu livro *As 4+1 condições da Análise*:

O recalque da representação do desejo da morte do pai retorna no simbólico sob a forma de sintoma, ou seja, a proibição, conectada ao pai, de ver uma mulher nua. O sintoma fornece, assim, um acesso à organização simbólica que representa o sujeito... na

tentativa de dominar o gozo do Outro para que este não emerja, o obsessivo não só anula seu desejo como tenta preencher todas as lacunas com significantes para barrar esse gozo: ele não pára de pensar, de duvidar, de contar de calcular... (Quinet, 1991).

É ímpar a grande contribuição da psicanálise, a partir de Freud, para dissecarmos o mecanismo de funcionamento dos processos psíquicos, permitindo um acesso à gênese psíquica dos sintomas e uma direção no tratamento além dos processos biológicos.

Terapia Cognitivo-comportamental

A terapia comportamental parte do princípio de que os sintomas do TOC foram aprendidos e à medida que os rituais obsessivos e compulsivos reduzem a ansiedade, ocorre uma perpetuação dos mesmos, pois o alívio da ansiedade é temporário.

Com base nas formas de aprendizagem descritas, condicionamento clássico e condicionamento operante: tem sido proposta uma explicação (um modelo explicativo) para o surgimento e a manutenção dos sintomas obsessivos-compulsivos – o modelo comportamental do TOC. Esse modelo considera a ansiedade uma resposta que, em determinado momento, ficou condicionada (associada) a certos estímulos (objetos, lugares, pensamentos) e que, posteriormente, se generaliza para todos os objetos, situações ou pensamentos que os evocam, seja pela proximidade ou pela semelhança. (Corcioli, 2007).

Quadro Clínico e Diagnóstico

Pensamentos obsessivos e atos compulsivos caracterizam o transtorno obsessivo-compulsivo que costuma ter seu início na infância, adolescência ou princípio da vida adulta. Embora o início possa ser agudo, com frequência o caráter é de início insidioso. A dificuldade em se diagnosticar no começo da doença está no fato de que o paciente, mesmo a criança e o adolescente reconhece a irracionalidade dos seus pensamentos e atos repetitivos e procuram esconder dos familiares e demais pessoas com quem convive, com receio de ser ridicularizado.

Obsessões: Idéias, imagens ou impulsos que surgem repetidamente na consciência de forma estereotipada. Caracterizam-se por serem aparentemente irracionais (há uma lógica no mundo psíquico do sujeito), causam um intenso sofrimento, possuem conteúdos variados, padrões repetitivos e costumam causar repugnância no próprio sujeito afetado pelo transtorno.

Agrupam-se de acordo com a forma e o conteúdo.

Quanto à forma:

Dúvida: a pessoa duvida se já realizou determinado ato, muitas vezes atos que fazem parte do cotidiano da pessoa como fechar uma porta, desligar um fogão, conferência de saldos bancários, etc. A dúvida leva à necessidade de conferência compulsiva, pois uma vez que a pessoa duvida que fechou a porta ela volta várias vezes para checar. Repete o ato de fechar, porém volta a duvidar.

Impulso: obsessão em olhar para algo que lhe seja constrangedor, em ter que benzer-se repetidas vezes de forma esteotipada, etc.

Medo: medo de fazer algo que a faça sentir-se constrangida diante do olhar do outro, medo de se ferir, medo de ferir os outros, medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos, medo de furtar ou roubar, medo de ser responsável por tragédias sociais como um incêndio, medo de matar, medo de morrer. Encontramos na prática clínica, mães que evitavam o contato com os filhos pequenos porque acreditavam que poderiam matar a criança, pessoas que evitavam passar por determinado local porque se assim o fizessem uma pessoa importante da sua vida morreria.

Ruminação: a pessoa fica rememorando de forma repetida um mesmo acontecimento ou algo que imagina vai acontecer sem conseguir se libertar daquela cadeia de pensamentos.

Quanto ao conteúdo:

As mais frequentes referem-se à sujeira e contaminação: muito comum a pessoa evitar contatos para não se contaminar, usar produtos de limpeza em excesso, durar horas no banho, preocupação em ficar doente por contaminação, não entrar em hospital, achar que após uma relação de intimidade se contaminou com o vírus da AIDS, mesmo que o parceiro não esteja na população de riscos, preocupação ou nojo com excrementos ou secreções do corpo, preocupação excessiva com animais, preocupação excessiva em provocar doenças nos outros. Na prática clínica encontramos casos nos quais a pessoa faz um número infindável de exames, percorrendo todos os laboratórios e médicos que lhe for possível e mesmo com os resultados negativos, o paciente insiste que está sendo ou vai ser contaminado pela doença.

Encontramos também obsessões ligadas a outros diversos temas como sexualidade, caracterizando-se por pensamentos, imagens e/ou impulsos sexuais perversos ou proibidos,

fixação sexual em pessoas de uma determinada característica e que não tenham vínculo afetivo com o portador do transtorno; religiosidade, caracterizando-se por preocupação excessiva com moralidade, sacrilégios e blasfêmias; agressividade e, geralmente, estão associadas ao medo (medo de matar alguém, de ferir, de atropelar, de roubar); obsessão em usar determinada cor; obsessão em colecionar objetos inúteis; etc.

Compulsões:

Caracterizam-se por comportamento repetitivo e intencional executado numa ordem pré-estabelecida com o propósito de evitar uma situação constrangedora ou ameaçadora para o sujeito. Há com frequência, uma angústia intensa que implica a urgência do ato, possibilitando um alívio temporário após a sua realização.

Classificação:

Limpeza/ descontaminação: rituais de limpeza demorados como banhos de 3 horas, enxugar o rosto até ferir a pele, gastar um sabonete inteiro para lavar as mãos, não cumprimentar outra pessoa para não se contaminar; escovar os dentes horas e horas até sangrar a gengiva, limpeza excessiva dos móveis da casa, só frequentar o mesmo restaurante e só aceitar ser atendido por uma mesma pessoa para não correr o risco de ser contaminado, como o personagem protagonista do filme *Melhor Impossível*, etc.

Verificação: geralmente está associado à dúvida obsessiva. A pessoa duvida que fechou a porta e volta repetidas vezes para conferir e fechar, fazer exames repetidamente e perguntar ao médico compulsivamente se está doente de Aids, se ao levantar de um assento não se apoiou com o membro pré-estabelecido, volta para conferir e repetir o ato, pois caso contrário imagina que vai acontecer algo muito ruim, etc. São casos frequentes na nossa clínica. Contar lâmpadas ou cadeiras num auditório e repetir de forma incansável, verificar se não feriu ou vai ferir os outros, verificar se nada de terrível aconteceu, verificar através de inúmeros exames se estar doente, e etc.

Repetir ou tocar: geralmente são rituais repetitivos e com uma finalidade lógica no mundo do sujeito. Por exemplo: dar 03 batidinhas na porta antes de fechar e sair, tocar o assento com a mão direita antes de levantar, se ajoelhar diante de todas as mulheres que encontrar, tocar todas as plantas que encontrar, entrar em todas as igrejas que encontrar, reler ou reescrever várias vezes, entrar e sair de casa várias vezes e pelo mesmo lugar, sentar-se e levantar-se várias vezes de um assento de forma padronizada, como sentar e levantar sempre 04 vezes, efetuar listas excessivas etc.

Rituais de ordenação: caminhar com o cuidado de não pisar em determinados lugares, por exemplo, não pisar em linhas, caminhar apenas em um sentido, ou para a direita ou para a esquerda, mesmo que isso leve a um trajeto interminável e passe horas para chegar ao destino almejado, comportamento ritualizado ao comer, etc.

Simetria e ordem: arrumar objetos com precisão geométrica, tendo casos inclusive da pessoa usar régua para checar a precisão do alinhamento entre os mesmos, como por exemplo ao guardar roupas, objetos pessoais, papéis, ao colocar quadros na parede, etc.

Colecionismo: guardar objetos que deveriam ser jogados fora após o uso. Na nossa prática clínica encontramos casos de jovens e adultos que saíam recolhendo todos os lixos na rua e os trazia para dentro da própria casa.

Lentificação: o tempo normalmente gasto em uma ação chega a ser exageradamente mais longo do que num processo normal. Por exemplo, no ato de um banho a pessoa abrir a torneira tentando fazer com que haja uma simetria no ato de cair a água ou demorar horas para vestir uma roupa, demorar horas para levar uma escova aos dentes, sendo necessário, em alguns casos, que o familiar ajude o paciente a deslocar o objeto que está sendo manuseado muito lentamente.

Muitos atos compulsivos são para prevenir o surgimento de dúvidas ou são provocados pelas dúvidas. É comum num mesmo paciente haver vários tipos de obsessão associados a vários tipos de compulsão.

Diagnóstico Diferencial e Comorbidades

Muitos transtornos psiquiátricos apresentam sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e em várias situações ele vem em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Entre eles estão a anorexia nervosa, o transtorno de estresse pós-traumático, os transtornos depressivos e os distúrbios do controle dos impulsos como a tricotilomania, o jogo patológico, o comportamento incendiário patológico, as compras patológicas, a dismorfobia, a automutilação compulsiva, o distúrbio explosivo intermitente, a cleptomania e o diabetes insípido psicogênico. Na anorexia nervosa há a distorção da imagem corporal e uma busca incessante para o emagrecimento, chegando aos estados graves de desnutrição. Já o transtorno de estresse pós-traumático como o próprio nome implica, está ligado a um evento traumático de forte impacto físico e/ou emocional. O

transtorno depressivo sem comorbidade com o TOC não apresenta os pensamentos obsessivos e os rituais compulsivos característicos do TOC, o que poderemos encontrar nas comorbidades ou no TOC com transtornos depressivos secundários. Os distúrbios do controle dos impulsos são súbitos e explosivos, se vinculam a obtenção de prazer, são potencialmente perigosos, promíscuos e agressivos.

Necessário também fazer diagnóstico diferencial com doenças neurológicas que afetam os gânglios da base como a Encefalite Letárgica de Von Economo, a Síndrome de Gilles de La Tourette, neoplasias, seqüelas de traumatismos cranioencefálicos, etc. Como tecemos considerações anteriormente, foram as manifestações características do TOC nessas doenças que fundamentaram as pesquisas biológicas na etiologia do TOC. (Gentil, Lotufo-Neto e Bernik, 1997)

Perspectivas no Tratamento

O desenvolvimento da indústria farmacêutica possibilitou o avanço no tratamento dos diversos transtornos psiquiátricos e o transtorno obsessivo-compulsivo, antes considerado resistente ao tratamento, porém, atualmente tem tido êxito diante das inúmeras possibilidades que se descortinam no mundo científico.

Tratamento com psicofármacos: Os antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina têm sido as primeiras escolhas, sendo a clomipramina a primeira droga desse grupo onde se constatou sucesso terapêutico. A serotonina é um neurotransmissor importante para a transmissão dos impulsos interneuronais. Há evidências de que disfunções neuroquímicas nas vias cerebrais serotoninérgicas estariam vinculadas ao TOC. Os medicamentos inibidores da recaptção de serotonina pelas células nervosas disponibilizam serotonina nas sinapses, normalizando a transmissão dos impulsos interneuronais. Além da clomipramina temos os inibidores seletivos da recaptção de serotonina que são a fluoxetina, a sertralina, a fluvoxamina e o citalopran. Em casos resistentes têm sido associados neurolépticos.

Psicocirurgias também têm sido utilizadas em menor escala em casos refratários.

A psicanálise tem lugar de destaque especial como pioneira a desvendar o mecanismo de funcionamento dos processos psíquicos e estabelecer estratégias de tratamento fundamentando-se na causalidade psíquica dos sintomas.

A terapia cognitivo-comportamental tem sido colocada em evidência, a partir dos primeiros relatos de sucesso com as técnicas de exposição ao vivo e prevenção de resposta por Meyer em pacientes graves.

Terapias complementares como massagens terapêuticas, bioenergia, técnicas de acesso às memórias do inconsciente mais profundo têm sido integradas em alguns tratamentos, com repercussões significativas.

Considerações Finais

Uma avaliação diagnóstica e a conduta terapêutica a partir da perspectiva do transtorno obsessivo-compulsivo como uma doença clínica bastante heterogênea com uma riqueza de variedades na sintomatologia e os achados que vêm sendo descobertos nos exames da neuroanatomia funcional, e da neurobiologia, as pesquisas desenvolvidas pelos geneticistas e as teorias psicodinâmicas, corroboram para a necessidade de uma abordagem integrada desse transtorno e implica uma melhor compreensão dos fenômenos que ele manifesta e tratamentos específicos mais adequados a cada paciente, proporcionando alívio do sofrimento, expressão adequada das potencialidades inatas a cada ser humano e uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asbahr Fr, Negrao AB, gentil V, Zanetta DM, da Paz JA, Marques_Dias MJ, et al. Obsessive compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *Am J Psychiatry* 1998; 155(8): 1122-4.
2. Breiter HC, rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN, et al. Function magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 49:545-606.
3. Cordioli, Aristides V. TOC. Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. Artmed. São Paulo. 2007.
4. Filho, Geraldo Busatto, Zagmani, Denis Roberto, Buchpiguel, Carlos Alberto. Aplicação de técnicas de investigação da anatomia funcional do transtorno obsessivo-compulsivo. *Informação Psiquiátrica*. Vol. 16 Supl. I jun 1997.
5. Freud, Sigmund. "Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses. (1896) Obras Completas, vol III, Rio de Janeiro, Imago Editora.

6. Freud, Sigmund. A Disposição à Neurose Obsessiva (1930) Obras Completas, vol XII, Rio de Janeiro. Imago Editora.
7. Gentil, Valentim; Lotufo-Neto, Francisco; Bernick, Marco Antonini. Pânico, Fobias e Obsessões. A Experiência do Projeto AMBAN. Ed USP. 1997.
8. Grof, Stanislav. A Mente Holotrófica. Novos Conhecimentos sobre Psicologia e Pesquisa da Consciência. Rocco. 1994
9. Lacerda, Acioly Luiz T de; Dalgalarondo, Paulo; Camargo, Edwaldo Eduardo. Achados de neuro-imagem no transtorno obsessivo compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol 23 supl. 1 São Paulo May 2001.
10. Levive JB, Gruber SA, Baird AA, Yurgelun-Todd D. Obsessive compulsive disorder among schizophrenic patients; an exploratory study using functional magnetic resonance imaging data. Compr. Psychiatry 1998; 39(5):308-11
11. Mari, Jair de Jesus Jorge; Roberto, Miguel e Kohn, Robert. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Art Med. 2007.
12. Miguel, Eurípedes C. Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. Editora Guanabara Roogan S. A. 1996.
13. Pujol J; Torres L; Deus J; Cardoner N; Pifarre J; Capdevila A, et al. Functional magnetic resonance imaging study of frontal lobe activation during Word generation in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry 1999; 45(7): 891-7
14. Quinet, Antônio. As 4+1 Condições da Análise. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 1991.
15. Ronchetti, Ramiro; Bohme, Eduardo Saim; Fernão, Ygor Arzeno. Revista de Psiquiatria do RGS vol 26, número 01, jan/abr. 2004.
16. Samuels, Jack, Shugart, Yin, Grados, Marco et al. The American Journal of Psychiatry. Associação Significativa do Coletivismo Compulsivo no Cromossomo 14 em famílias com Transtorno Obsessivo-compulsivo: resultados do Estudo Colaborativo sobre a Genética. Art Med. Junho 2007.

PERFIL DO JOVEM ADULTO CONSUMIDOR COMPULSIVO

Giselle Alves Santos¹
Francilene Araújo de Morais²

RESUMO

A compra compulsiva passou a ser observada clinicamente nas últimas décadas, despertando assim o interesse sobre esse assunto. A eficiência do mercado em sempre ter algo novo para consumir, é um dos fatores contribuintes para o aparecimento do comportamento de compulsão ao comprar, em jovens adultos consumidores. Um dos objetivos desta pesquisa seria saber a diferença de gênero em relação ao comportamento de compra, ou seja, qual estaria mais propício a comprar exageradamente. Participaram 60 jovens adultos consumidores, sendo 30 homens e 30 mulheres, que estavam em um shopping center da cidade de Aracaju. Nos resultados, observou-se que diferentemente da teoria, na qual diz que o exagero de consumo acontece na grande maioria com o sexo feminino, na prática foi visto que ambos consomem de maneira semelhante ao exagero.

PALAVRAS-CHAVES: jovens adultos, consumidores, compulsão.

1 Introdução

Na fase adulta, segundo Ballone (2002), espera-se que haja maturidade no indivíduo, maturidade essa adquirida através de anos de experiência. O jovem adulto (sujeito com idade entre 20-45 anos) é um ser que apresenta diversos hábitos de consumo adquiridos desde a infância, sendo chamado de consumidor, que de acordo com Karsaklian, (2004) Consumidor é o sujeito que concretiza o ato da compra. Possui motivações e características distintas, vive numa sociedade na qual se submete a pressões e circunstâncias existentes no seu ambiente e que influenciam seu comportamento.

Importante destacar que existem diferentes tipos de consumidor e entre estes, passou a ser observado nas últimas décadas o consumidor compulsivo, que significa o fato do sujeito sentir necessidade urgente de comprar produtos ou objetos sem haver

¹ Aluna regularmente 5º período de Psicologia da Universidade Tiradentes, cursando a disciplina de Pesquisa III

² Orientadora de Pesquisa III do curso de Psicologia da mencionada Universidade.

necessidade real ou saber sua utilidade (DALGALORRONGO, 2000). Durante o ato da compra o sujeito sente um alívio que tem pouca duração e logo após vem o sentimento de culpa e arrependimento. Havendo diversos fatores que contribuem para a existência desse transtorno.

O presente artigo tem como objetivo principal averiguar quais são esses motivos que levam o jovem adulto a consumir, bem como os fatores que interferem nesse comportamento e também se há discrepância quanto ao gênero em relação ao perfil de consumidor. Acredita-se tratar de revelante investigação, pois trás conhecimento de um assunto abordado no mundo atual, onde muitos consumidores se enquadram no perfil de compulsionistas, trazendo assim para o leitor uma ampla visão deste comportamento. Além disso, para entender o transtorno compulsivo, do ponto de vista psicológico, é necessário que tenhamos uma visão reflexiva e crítica sobre as necessidades individuais e/ ou coletivas de consumo e os fatores que as influenciam.

Do ponto de vista formal, o artigo compõe-se de três partes: revisão bibliográfica, metodologia, resultados e discussão. Na primeira parte serão apresentados os capítulos sobre: Jovem adulto, Conceito de consumidor, Comportamento do consumidor, A situação de compra, O consumidor no processo de compra, Categorias de consumo, Comportamento compulsivo, Compra compulsiva. Na segunda parte referem-se aos métodos bem como a amostra, instrumentos e procedimentos usados. Já na terceira e última parte, além de apresentar os resultados também se faz à discussão.

2 O Jovem adulto

Segundo Papalia (2000), o desenvolvimento não acaba repentinamente após a adolescência. As mudanças durante a idade adulta podem ser mais rápidas e menos difíceis do que na infância. Não existe posição teórica singular no que diz respeito à idade, no entanto nesta pesquisa considerou-se jovem adulto o indivíduo cuja faixa etária está entre 20 e 45 anos de idade. A inserção no futuro torna-se mais enfática à medida que o jovem se aproxima da idade adulta. (PAPALIA, 2000) Nesta mesma época, a maioria das pessoas deixa a casa dos pais, assume seu primeiro emprego, casa-se ou estabelece outros relacionamentos importantes, tem e/ou cria filhos.

3 Conceito de consumidor

O consumidor é um indivíduo que compra bens para consumo, de acordo com suas preferências, possuindo motivações distintas para alcançar suas ambições. Ele é portador de personalidade, ou seja, características individuais, o que faz cada ser diferenciar-se de outro. (KARSAKLIAN, 2004) Devido a essa personalidade, certos tipos de objetos são dispensáveis para alguns e para outros são totalmente imprescindível.

Segundo Karsaklian (2004) o consumidor desenvolve atitudes positivas e negativas em relação a produtos, à propaganda, a lojas, a pessoas e a tudo que diz respeito a sua vida. Ele aprende normalmente como todas as pessoas, o nome do produto e como utilizá-lo, o nome das lojas e as localizações delas. Trazendo consigo elementos que vão se relacionar com estímulos exteriores (produtos, propagandas e marcas), que vão fazer com que ele até certo ponto tenha um comportamento previsível.

Sendo um ser sociável o consumidor vive numa sociedade na qual ele se submete a certas circunstâncias. “Grupos de referência são grupos nos quais o consumidor está inserido como indivíduo pertencente a uma sociedade, que de certa forma vão igualar o seu comportamento com relação aos demais integrantes dos mesmos grupos” (Karsaklian, 2004, p. 14). O consumidor tem a tendência a respeitar e seguir os líderes de opiniões cujo aval é grandiosamente superior, tratando-se da influência das propagandas.

3.1 O comportamento do consumidor

Para Karsaklian (2004), o estudo do comportamento do consumidor tem como objetivo a compreensão desse comportamento de consumo executado pelo consumidor, referindo-se à boa informação as razões que fazem com que o indivíduo compre e consuma um produto em vez de outro, em determinada quantidade, em um momento específico e em certo lugar. Existindo algumas variáveis que contribuem para a compreensão desse comportamento, motivação, necessidade, desejos, preferências, freios e personalidade, que discutiremos a seguir.

A *motivação* (KARSALIAN, 2004) é caracterizada pela forte energia gasta numa ação orientada para um objetivo específico é o ponto de partida do ato da compra, que conduz o sujeito a uma *necessidade* que seria o meio no qual o organismo torna-se

motivado internamente ou externamente, manifestando em nível fisiológico ou psicológico, que despertará um *desejo* que significa a motivação de buscar a satisfação da tal necessidade e que a partir daí surgem as *preferências* do sujeito. As preferências estão diretamente relacionadas ao autoconceito, que é a escolha do consumidor a um produto que corresponda ao conceito que ele tem ou gostaria de ter de si mesmo.

Os freios ou resistência da motivação são forças que vão as direções contrárias às motivações. Eles podem ser classificados em: Inibição e Medo. Inibição seria a força que faz com que o consumidor domine a motivação em relação ao ato da compra e o medo está relacionado aos pensamentos internos do sujeito. “A personalidade diz respeito à característica da pessoa que causa impressão nos outros e seria a variável mais importante para o estudo do comportamento do consumidor” (KARSAKLIAN, 2004 p. 34).

4 Situação de compra

Na vida tudo depende de determinadas situações, inclusive a situação de compra. (KARSAKLIAN, 2004) através do vasto crescimento do poder de compra, da explosão da oferta e da regressão gradual das regras da vida na sociedade, os consumidores divergem constantemente seu comportamento e revêm sempre seus propósitos. As empresas assumem ter dificuldades em compreender, utilizando métodos tradicionais, a um cliente avaliado volúvel e volátil.

A abordagem situacional faz do contexto de compra a variável indispensável, tem inspiração nas teorias psicológicas do campo e do meio ambiente, ela aborda a compra como a resultante de forças, das quais algumas escapam do determinismo individual. Karsaklian (2004), diz que a abordagem situacional é bastante minuciosa e prudente do que verdadeiramente explicativa. Procura covariação ao invés de casualidade. Para essa abordagem situações de compra e consumo são fenômenos que se vivencia e ao mesmo tempo observa-se.

4.1 Categorias de consumo

Segundo Karsaklian (2000), no mercado brasileiro a categoria de consumo com maior índice seria alimentos e bebidas, com 27,7%, logo após vem moradia com 17,6%,

vestuários e calçados com 10,1%, transporte 7,9%, recreação e cultura 6,3%; saúde e medicamentos 5,6%; fumo 1,9%, higiene pessoal, 1,8%, 1% na aquisição de livros e 1,5% viagens de lazer. “Esses resultados foram obtidos através de uma pesquisa realizada pela Target Pesquisas e Serviços de Marketing (Brasil em Foco 95- Índice de Potencial de Consumo) em 1.300 cidades e 27 estados do Brasil” (KARSAKLIAN, 2000, p.15). É notável a supervalorização que o brasileiro atribui aos seus vícios(1,9%) e a pouca dedicação em seu bem estar mental(1,5%).

5 Comportamento compulsivo

É um comportamento no qual é tido como indesejado e inadequado pelo indivíduo, havendo a tentativa de refreá-lo (DALGALARRONDO, 2000). A compulsão é uma ação motora complexa que pode envolver desde atos compulsivos relativamente simples até rituais compulsivos complexos. Para Dalgalarrondo (2000) os atos compulsivos são caracterizados por:

- Desconforto subjetivo vivido pelo sujeito que tem o ato compulsivo.
- Egodistônico, ou seja, experienciado como indesejável e contrários aos valores morais de quem os sofre.
- Resistência ou adiar a realização do ato compulsivo.
- Alívio ao concretizar o ato compulsivo, que logo é substituído pelo desconforto subjetivo e pela urgência em realizar novamente o ato.
- Idéias obsessivas que freqüentemente estão acompanhadas a execução do ato compulsivo, são bastante desagradáveis.

5.1 Compra compulsiva

“É um tipo de compulsão observado mais freqüentemente nas últimas décadas” (DALGALARRONDO, 2000, p.115).Onde o sujeito sente necessidade urgente de comprar objetos, de maneira compulsiva, sem observar a utilidade, sem ter necessidade ou poder utilizar adequadamente tais objetos. Durante a execução da compra, o indivíduo sente um alívio, que dura pouco tempo seguindo-se sentimentos de culpa e arrependimento (DALGALARRONDO, 2000).

A psiquiatra Silva (2006) diz que, para compreender o transtorno de compra compulsiva é fundamental que se tenha uma visão ponderada e crítica sobre si, tentando saber sua verdadeira necessidade de consumo e fatores que as influenciam. Existindo vários motivos que levam um indivíduo ao ato da compra, necessidade real, carência afetiva, manutenção do status, adquirir poder, apelo do marketing, preços baixos no momento da aquisição do produto entre outros são alguns dos motivos que levam consumidores ao consumo exagerado.

A eficiência do mercado em sempre ter algo novo para ser consumido, é um dos grandes fatores que contribuem para o desencadear desse transtorno. Antecede da compra um desejo incontável, no ato feito a enorme sensação de alívio e prazer é bastante intenso, seguido disso a culpa vem à tona, por mais uma vez não conseguir controlar esse comportamento.

A compulsão de compra é freqüentemente vista em grande parte no público feminino, ainda na juventude, com a independência dada pelos pais, posse de cartões de créditos entre outros. Compras, na grande maioria, jóias, roupas, bolsas, sapatos, perfumes são objetos mais comprados. Segundo Silva (2006), a cultura consumista exerce enorme influência sobre esse transtorno.

6 Método

6.1. Amostra

A amostra deste estudo foi composta por 60(100%) sujeitos, sendo que 30(50%) do sexo feminino e 30(50%) do sexo masculino.

A média geral dos sexos em relação à faixa de idade mostra que 35(59%) dos sujeitos estão na média de idade entre 20-25 anos, 10(16%) varia entre 25-30 anos, 6(10%) estão na faixa etária de 30-35 anos, 3(5%) de 35-40 anos e 6(10%) estão com idade média de 40-45 anos. De acordo com a pesquisa bibliográfica deste estudo Jovem adulto é o sujeito que varia entre 20 a 45 anos. Todos os participantes deste questionário estão entre essa média.

Quando nos referimos à escolaridade foi visto que em relação ao sexo feminino 9(32%) das participantes concluíram o ensino médio, 13(40%) tem o superior incompleto e 8(28%) possuem nível superior completo. No sexo masculino 13(44%)

tem o ensino médio completo, 16(53%) tem nível superior incompleto e 1(3%) concluíram o nível superior.

Em relação à renda salarial dos participantes, foi percebido que no sexo feminino 25(84%) das participantes tem rendas médias de 1-5 salários, 3(10%) possuem renda de 5-10 salários, 1(3%) recebe de 10-15 salários e apenas 1(3%) adquire de acima de 15 salários. O sexo masculino tem a mesma quantidade de sujeitos que recebem de 1-5 salários 25(84%), que possuam renda de 5-10 foram 5(16%) dos participantes, e de 10-15 e acima de 15 salários não constou nenhum dos participantes 0(0%).

6.2. Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário, contendo dez questões, tratando dos seguintes assuntos: idade do sujeito, renda, escolaridade, frequência, motivo e arrependimento da compra, produtos e serviços que mais consomem, maneira de adquirir a compra e sua percepção do perfil de consumidor.

6.3. Procedimento de coleta e análise dos dados

O questionário foi aplicado individualmente aos consumidores que estavam no shopping center de Aracaju e durou em média 5 minutos. Inicialmente foi apresentado ao sujeito participante um termo de consentimento a fim de esclarecer o objetivo da pesquisa e logo após seu consentimento ocorreu à aplicação do questionário.

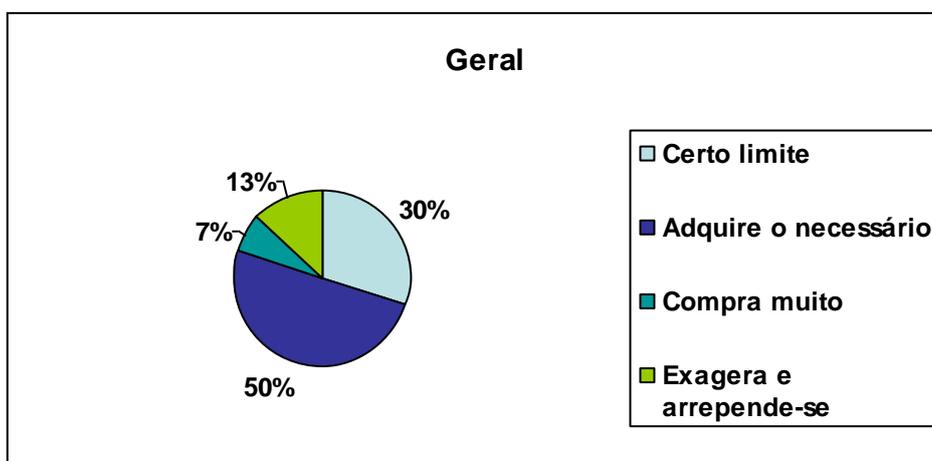
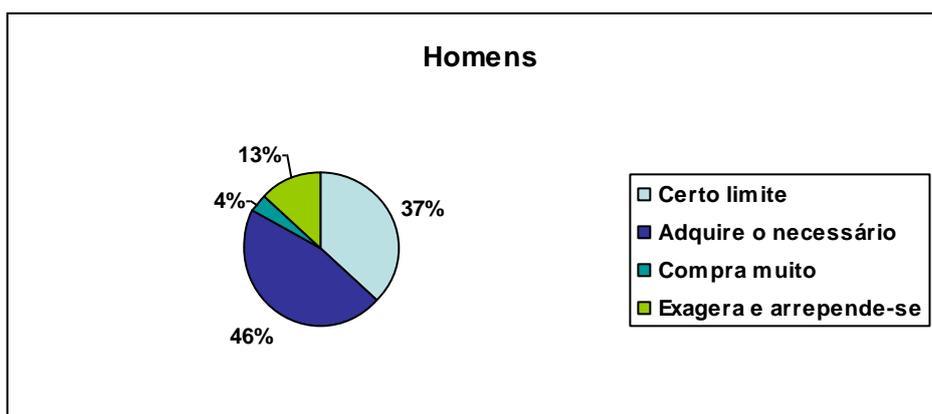
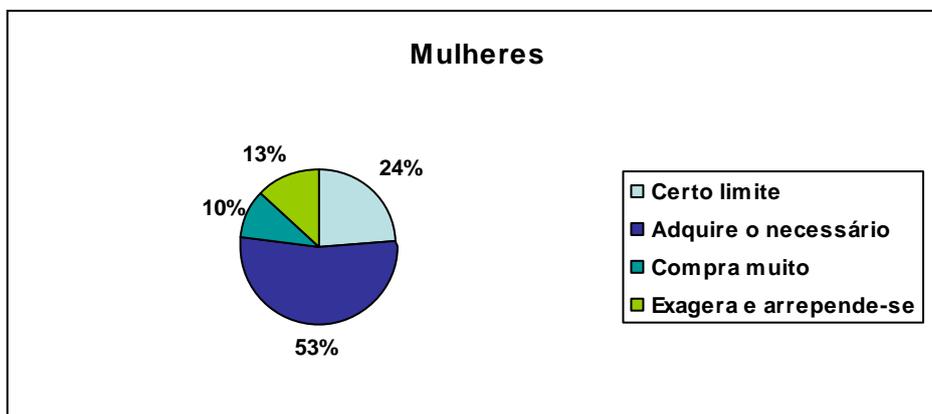
A análise dos dados foi realizado primeiramente através da separação dos sexos. Em seguida para cada sexo, levando em consideração a ordem das questões do instrumento buscou-se identificar e registrar as informações coletadas, conforme poderá ser observada no capítulo seguinte, através de gráficos, analisando e fazendo uma correlação com a pesquisa bibliográfica.

6.4. Tipos de pesquisa

Foi utilizado para a obtenção do conteúdo teórico o modelo de pesquisa exploratória com levantamentos bibliográficos e de campo, obtendo os resultados através de dados quantitativos.

7 Resultados e discussões

PERFIL DE CONSUMIDOR



Analisando o perfil de consumidor do sexo feminino vimos que 53% delas adquirem somente o necessário, 24% possui certo limite, 13% exagera e arrepende-se

posteriormente e 10% compram muito necessariamente. Já os homens 46% adquirem o necessário, 37% certo limite, 13% exagera e arrepende-se e 4% compra muito. Indo contra a teoria onde diz que o comportamento de exagerar e arrepende-se, nas quais são características da compra compulsiva é encontrado freqüentemente no sexo feminino (Silveira, 2007)

CONCLUSÃO

Após concluída, de acordo com a teoria percebe-se que o comprador patológico compra o que não precisa e em quantidades e valores que comprometem seu orçamento, normalmente sentem excitação ao pensar na compra, depois têm o impulso em gastar, que ocorre de modo exagerado, por fim sentem-se arrependidos. Geralmente esses consumistas adotam uma atitude de negação do problema, acham que vão se sair bem apesar de suas dívidas só aumentarem. Sendo que o consumismo é o hábito de consumir que se tornou uma compulsão. A busca de completude e o prazer individual podem levar os indivíduos ao consumismo.

Na conclusão desta pesquisa, deve ser levada em conta que esse assunto começou a ter destaque há pouco tempo, não tendo assim grandes números de literatura que aborde esse tema. Onde muitos indivíduos não sabem o limite e a diferença entre um consumidor saudável e patológico. Com o intuito de esclarecer patologicamente o consumo, este artigo pretende ajudar na descoberta do diagnóstico desse problema.

BIBLIOGRAFIA

- BALLONE (2000). Disponível em:
www.1uol.com.br/vyaestelar/compra_compulsiva.htm. Acessado em 20/09/2006.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. São Paulo: Artmed, 2000.
- KARSAKLIAN, E. **comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2004.
- PAPALIA, E. Diane, **Desenvolvimento humano**. Porto alegre: Artes médicas sul, 2000.
- PIKUNAS, J., **Desenvolvimento humano**. São Paulo: Mc GRAW-HILL, 1973.
- SILVA, B.A. Compulsão em comprar? Isso tem solução. **Compra compulsiva**. 2006
- SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Desejos que não se compram. **Psique Ciência & Vida**. São Paulo. Escala, p. 41-47, março, 2007.

REFERÊNCIAS

FREUD, Sigmund. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. III, p. 289 – 312.

LACAN, Jacques **O Seminário, livro 20 mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982. p.125.

LAURENT, E. Alienação e separação. In: PARA LER O SEMINÁRIO 11 DE LACAN. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, jan. 1997.

MILLER, Jacques-Alain. **Los signos del goce**. Buenos Aires: Paidós, 1998.

PLATÃO, Fedone. In: **Tutti gli scritti**. REALE, Giovanni (Orgs). Milano: Bompiani, 2000. p. 67-130.

VILLALBA, I. Cálculo do gozo. Seminário proferido em 2006, São Paulo.

ESTUDO DOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR DROGAS EXÓGENAS
NOTIFICADOS PELO CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE SERGIPE
(CIATOX/SE)

Kércia Alcântara Silva^a

Alex dos Santos Bina^b

Caroline Baptista da Silva^a

Alexandre Machado de Andrade^a

Júlia Márcia Ramos Oliveira Cardoso^c

Antônio Medeiros Venâncio^d

Cristianne Gois Ribeiro Porto^e

Antônio Souza Lima Júnior^e

Resumo

Objetivos: Analisar dados epidemiológicos dos casos de tentativa de suicídio por drogas exógenas atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) no período de 01 de abril de 2007 a 31 de março de 2008. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo baseado nos dados extraídos das fichas de notificação do CIATOX/SE. **Resultados:** Esse estudo detectou 145 tentativas de suicídio no período estudado, sendo 65,51% provenientes do interior de Sergipe. A maioria dos casos foi do sexo feminino (62,76%), porém com maior mortalidade no sexo masculino. A mortalidade global foi de 8,96%; destes 61,5% eram homens. A faixa etária mais prevalente foi a segunda década nas mulheres (41,75%) e a terceira nos homens (38,88%). Os métodos mais utilizados foram “chumbinho” – agrotóxico – (35,7%) e abuso de medicamentos (27,5%). Os psicofármacos foram os mais utilizados (48,78%) associados ou não a outras substâncias. O tempo de permanência na urgência foi de 01 dia em 53,79% dos casos. Houve apenas 04 pedidos de interconsulta psiquiátrica dentre os 145 casos avaliados.

Conclusão: Foi identificada uma população de maioria feminina, com idade entre 10 e 20 anos, proveniente do interior de Sergipe com tentativa por ingestão de “chumbinho” ou

^a Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

^b Acadêmico de Psicologia da Faculdade Pio Décimo (Aracaju-SE).

^c Médica Pediatra do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe.

^d Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe e Coordenador do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe.

^e Professor substituto da disciplina de Psiquiatria Clínica da Universidade Federal de Sergipe.

abuso de medicamentos. A maior parte dos casos permaneceu um dia no setor de urgência, 85,51% receberam alta e 97,25% ficaram sem interconsulta psiquiátrica.

Descritores: Tentativa de suicídio, Drogas exógenas, Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

Suicídio é a morte intencional auto-infligida, considerada como gesto de comunicação que excede o conteúdo de qualquer outro tipo de ação comunicativa expressiva. É tido como pecado em algumas religiões, problema de saúde pública em Estados e foi considerado até como “*uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros*” (Rousseau). Etimologicamente, quer dizer, *sui* = si mesmo e *ceades* = ação de matar, vocábulo que surgiu na Inglaterra, no século XVII. (MOREIRA *et al*, 2000 e VIANA *et al*,2008).

Tentativas de suicídio não-fatais e transtornos mentais são os preditores clínicos mais fortes para um evento de suicídio. Anualmente, em média, um milhão de pessoas cometem suicídio no mundo, e, aproximadamente 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio. O Brasil apresenta taxa média de suicídio de 4 a 6 óbitos por 100.000 habitantes. Cerca de 20% dos psicólogos e 50% dos psiquiatras perdem pacientes, em tratamento, por suicídio, o que mostra a importância da atualização dos profissionais da área de saúde mental nesse tema. (STEFANELLO *et al*, 2008)

Ainda segundo STEFANELLO (2008), existem algumas características distintas entre homens e mulheres que tentaram suicídios. Tais diferenças, que podem estar igualmente presente na população geral, sugerem novos estudos e a adoção de diferentes estratégias visando à prevenção do suicídio nos gêneros.

Nas últimas décadas, a produção científica acerca do suicídio revestiu-se de caráter predominantemente pragmático e técnico. Nessa linha predominam os estudos que buscam identificar fatores de risco, recortando o evento em múltiplas variáveis em nível biológico, psicológico e social. Aparentemente, essas pesquisas não têm sido capazes de reverter a tendência de aumento do suicídio observadas em vários países. (MENEGHEL, 2004)

O objetivo deste trabalho foi analisar dados epidemiológicos dos casos de tentativa de suicídio por drogas exógenas atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) e

notificados pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe (CIATOX/SE) no período de 01 de abril de 2007 a 31 de março de 2008. E visa contribuir para o aumento de estudos sobre o tema em nível local, devido à grande importância que já lhe é conferido no âmbito nacional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo retrospectivo e descritivo que se baseia em dados extraídos das fichas de notificação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe.

Estas fichas contêm notificações de atendimentos realizados no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). O período de abrangência do estudo foi de 01 de abril de 2007 a 31 de março de 2008.

3 RESULTADOS

Este estudo detectou um total de 145 casos de tentativa de suicídio com uso de drogas exógenas no período em análise, visualizando-se o predomínio do gênero feminino (62,76%). A idade média dos notificados foi de 28,93 anos, variando de 12 a 56 anos no gênero feminino e de 14 a 75 anos no masculino. Na tabela 1, em relação às faixas etárias dominantes, pode-se observar o predomínio da faixa entre 21-30 anos no gênero masculino, com 21 casos, e a faixa entre 10-20 anos no feminino, com 38 casos. Pode-se, também, perceber, que mais de 60% dos notificados possuía 30 anos de idade ou menos.

Em relação à procedência dos pacientes notificados, 12 eram provenientes do estado da Bahia e o restante do próprio estado, Sergipe. Dentre os sergipanos, a maioria era proveniente do interior do estado, perfazendo 65,5% do total de notificações (gráfico 1). Através da tabela 2, percebe-se a predominância de notificações da capital e de municípios próximos a esta, possuindo maior número de pacientes, em ordem decrescente, os municípios de Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão, Laranjeiras e Simão Dias.

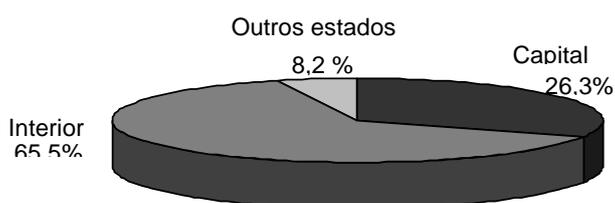


Gráfico 1. Distribuição dos casos de tentativa de suicídio por uso de drogas exógenas em relação à procedência. HUSE. Abril-2007 a maio-2008.

Tabela 1. Distribuição dos casos de tentativa de suicídio por uso de drogas exógenas quanto à idade e à faixa etária atendidos no HUSE. Abril de 2007 a maio de 2008.

Faixas de Idade	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	% Cumulativo
	Frequência	%	Frequência	%		
10-20	8	14,8	38	41,8	46 (31,7%)	31,7
21-30	21	38,8	24	26,4	45 (31,0%)	62,7
31-40	13	24,1	18	19,8	31 (21,4%)	84,1
41-50	6	11,1	9	9,8	15 (10,3%)	94,4
51-60	2	3,7	2	2,2	4 (2,8%)	97,2
61-70	1	1,9	-	-	1 (0,7%)	97,9
71-80	3	5,6	-	-	3 (2,1%)	100
Total	54	100	91	100	145	-

Tabela 2. Distribuição da procedência de pacientes abusadores crônicos de drogas segundo os municípios de Sergipe. HUSE. Abril de 2007 a maio de 2008.

Município	Frequência
Aracaju	37
Nossa Senhora do Socorro	28
São Cristóvão	13
Laranjeiras	7
Simão Dias	4
Outros (Grupo A)*	30
Outros (Grupo B)**	14
Total	133

* Grupo A: Cada um dos municípios citados contribuiu com 3 casos. São eles: Aquidabã, Barra dos coqueiros, Estância, Itabaiana, Itaporanga, Japaratuba, Pacatuba, Propriá, Rosário do catete, Santo amaro.

** Grupo B: Cada um dos municípios citados contribuiu com uma caso. São eles: Capela, Carmópolis, Cedro de São João, Cristinápolis, Divina Pastora, Ilha das flores, Indiaroba, Lagarto, Macambira, Maruim, Neópolis, Riachuelo, Salgado, Tobias Barreto.

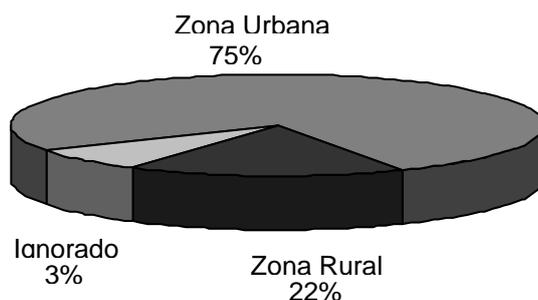


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes abusadores de drogas quanto à zona de procedência. HUSE - abril de 2007 a março de 2008.

Neste estudo, evidenciou-se que os agentes tóxicos mais utilizados para a tentativa de suicídio foram os agrotóxicos. Entre eles, destaca-se o Aldicarb, um carbamato, utilizado ilegalmente como raticida, conhecido popularmente como “chumbinho”, que esteve presente em 52 casos (35,86%). Outros tipos venenos contra insetos foram utilizados por 21 pacientes (14,48%). Outros 36 pacientes (24,82%) fizeram uso abusivo de medicamentos. A água sanitária esteve presente em 13 casos (8,96%) e o álcool foi associado a outro agente em 12 casos (8,27%). Foram registrados também o uso de fosfeto de alumínio (fumigante de feijão) por 4 pacientes, sendo que todos evoluíram para óbito em menos de 24 horas. Houve ainda 6 casos de uso de organofosforados, 2 casos de uso de soda cáustica e 1 caso de uso de sulfato ferroso. Em 11 casos, o agente utilizado foi desconhecido.

O tempo médio de permanência dos pacientes no HUSE foi de 2,2 dias, com variação de 01 a 30 dias. dia em 53,79% dos casos. Mais de 95% dos pacientes permaneceram hospitalizados por cinco dias ou menos.

Com auxílio da tabela 3, observa-se que no período estudado houve uma taxa de mortalidade global de 9%, salientando-se que 66,6% destes que evoluíram a óbito eram do gênero masculino. Especificamente, a mortalidade no sexo masculino foi de 15 % e no feminino, de 5%.

Dentre os 145 casos estudados, há registro de apenas quatro solicitações de interconsulta psiquiátrica dentre os 145 casos avaliados, o que corresponde a menos de 3% dos pacientes.

Tabela 3. Distribuição dos casos de tentativa de suicídio por uso de drogas exógenas em relação à evolução hospitalar e ao gênero. HUSE. Abril de 2007 a maio de 2008.

Evolução	Gênero Masculino		Gênero Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alta	42	77,8	82	90,1	124	85,5
Óbito	8	14,8	5	5,5	13	9,0
Transferência	4	7,4	4	4,4	8	5,5
Total	54	100	91	100	145	100

f: frequência; %: porcentagem.

4 CONCLUSÃO

Identificou-se uma população de maioria feminina, com idade entre 10 e 20 anos, proveniente do interior de Sergipe. Foi verificado que a maioria dos pacientes tentou suicídio por ingestão de “chumbinho” ou por abuso de medicamentos. A maior parte dos casos permaneceu um dia no setor de urgência, e cerca de 85,5% receberam alta. Por fim, evidenciou-se que não foi realizada interconsultada psiquiátrica em 97,25% dos casos estudados.

5 CONSIDERAÇÃO FINAL

É importante salientar que apesar do Hospital de Urgência de Sergipe atender à comunidade do município de Aracaju, do interior de Sergipe e de outros estados, este estudo ainda se restringe à demanda de apenas uma instituição. Dessa forma, mesmo que forneça dados epidemiológicos de uma parcela importante da população, é necessário

correlacionar com outros estudos para se obter uma caracterização mais ampla do perfil de toda a população do estado.

REFERÊNCIAS

MELEIRO AMAS, TENG CT, WANG YP. **Suicídio: Estudos Fundamentais**. São Paulo, Segmento Farma, 2004.

MENEGHEL SN et al . Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, 2004 .

MOREIRA AC, VILAMAIOR CML, SIMÃO CDSR, RIBEIRO RCH. **Incidência da tentativa de suicídio em pacientes psiquiátricos: principais diagnósticos**. Acta Paul Enf v. 13 Número Especial, Parte II, 2000.

NATRIELLI FILHO DG. Suicídio: estudos fundamentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, 2005.

STEFANELLO S, CAIS CFS, MAURO MLF, FREITAS GVS, BOTEGA NJ. **Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil**. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(2):139-43

VIANA GN, ZENKNER FM, SAKAE TM, ESCOBAR BT. **Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005**. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(1):38-43.

AS PULSÕES DE MORTE E O SEGUNDO PRINCÍPIO DA TERMODINÂMICA

HÉLTON ALVES LIMA¹

RESUMO: Em *A guisa de introdução ao narcisismo*, Freud admitiu que, para analisar as pulsões de morte, teve que se apoiar na ciência biológica da época. Além disso, em extensa nota ao final do capítulo VI de *Além do Princípio do Prazer*, explicitou as oscilações da sua abordagem. Esse percurso é bem descrito pelo Editor Inglês em *Pulsões e destinos da pulsão*. A tendência à morte do Universo é tratada na Física pelo segundo princípio da Termodinâmica, o da entropia - troca (energética) interior - crescente em um sistema isolado. O enfoque biológico - mas não só - permite a percepção e análise da tendência contrária, ordenadora, responsável pela existência da vida - mas não só por essa forma de estruturação. Consideram-se importantes a ampliação e o aprofundamento feitos no manejo dessas tendências nos estudos econômicos, sociais e ambientais. O objetivo deste trabalho é explorar a trajetória conceitual do Mestre e os pontos de encontro de suas reflexões sobre as pulsões com o segundo princípio da Termodinâmica, cujas conseqüências para outros campos do saber eram pouco difundidas - ou evitadas - na época. Tratando-se de um grande desafio epistemológico, tornaram-se necessários alguns elementos da discussão filosófica, seu embasamento científico e suas repercussões na psicanálise, acerca da repetição e da diferença. O trabalho deverá refletir esse esforço indicando caminhos já percorridos, mas extraindo também um resto para novas pesquisas em psicanálise.

1. Introdução

1.1. Pulsões e Biologia

A primeira questão proposta para discussão é a do positivismo, via reducionismo biológico atribuídos a Freud¹ em função da sua metapsicologia. Essa parte da teoria convive com a outra dita interpretativa, diretamente derivada das observações clínicas, pautadas na

¹ Helton Alves Lima, engenheiro, terapeuta comunitário, participante do CBP-RJ.
limahelton@hotmail.com

busca incessante de sentido trabalhada pelo método psicanalítico. Muitas vezes em uma mesma obra, tal como acontece no *À guisa de introdução ao narcisismo (1914)*², no *Interpretação dos sonhos (1900)*³ (ver especialmente o capítulo 7 em relação ao restante de seu conteúdo). Se é possível estabelecer um paralelo entre o marxismo e a psicanálise, o materialismo dialético (que se funda nos conhecimentos científicos da época focados na explicação das leis gerais da natureza das quais derivariam, mediante o crivo de suas convicções filosóficas, as verdades históricas) corresponderia à metapsicologia. Por outro lado, o materialismo histórico (com o exame dos fatos presentes ou históricos para os quais, por teorias complementares, seriam elaboradas explicações de caráter político, econômico e cultural) teria um paralelismo com a teoria dita interpretativa. Um intelectual marxista, fuzilado pelos nazistas em 1942, famoso também por suas obras sobre o materialismo dialético e suas repercussões sobre o materialismo histórico, Georges Politzer [(1928)1998]ⁱⁱ, reconheceu a importância de Freud para a psicologia concreta (a qual, conforme Roudinesco (1993)ⁱⁱⁱ, muito inspirou Lacan), mas criticou a noção de inconsciente, privilegiando a atuação (o que corresponde à sua noção de drama) e estabelecendo três condições para constituição de uma psicologia objetiva:

- “1) a psicologia deve ser uma ciência a posteriori, quer dizer, o estudo adequado de um grupo de fatos;
- 2) deve ser original, isto é, estudar, fatos irredutíveis aos objetos das outras ciências;
- 3) deve ser objetiva, em outros termos, deve definir o fato e o método psicológicos, de tal forma que sejam, de direito, universalmente acessíveis e verificáveis.”⁴

Vê-se aí uma tentativa de normatização que exclui a reunião de outros conhecimentos científicos como objeto de estudo da Psicologia.

Outra questão derivada e muito atual é a duplicidade do conceito de pulsão. De acordo com Octavio Souza (2001)^{iv}, na medida em que Freud definiu pulsão como “limite entre o psíquico e o somático” ou “medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corpo” mas também a considerou como “representante

² EPI, vol 1, pág 101. As obras de Freud referidas em neste texto são, na maioria dos casos, as da mais recente tradução para o português diretamente do idioma alemão. Para essa nova tradução será usada a notação **EPI** para indicar as Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente – **EPI**, volumes 1 a 3, IMAGO Editora, Rio de Janeiro, 2004-2007.

Quando se tratar da tradução antiga (do inglês), será usada a notação ESB designando a Edição Standard Brasileira Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, IMAGO Editora, Rio de Janeiro, 1974- 1987.

³ ESB, vol. IV

⁴ Politzer [(1928)1998],pág 182.

psíquico das excitações vindas do interior do corpo”, pelo menos dois caminhos tornaram-se possíveis. Na primeira posição, estão muitos analistas (destacam-se, pelo autor citado, Joel Birman, Jean Laplanche e André Green) “que a entendem como um pólo de intensidade expressiva que se contrapõe, em uma dialética produtiva, ao aparelho psíquico, concebido fundamentalmente como organização representacional”. Uma extensão da segunda conceituação é a de Lacan, para quem, segundo Souza, “não há lugar para nenhum conceito limítrofe entre o somático e o psíquico” e que a pulsão “é o efeito da incidência da linguagem (ou da representação, se for buscada uma equivalência no vocabulário freudiano) sobre o corpo, sobre ‘o corpo vivo’, como preferem dizer”. Souza arremata: “para analistas da pulsão como limite do psíquico, os afetos são *causa*. Para lacanianos, analistas da pulsão como representante psíquico, são *sentido dado, determinado*.”⁵ Deve-se acrescentar, embora seja muito pouco, que Lacan (1964) [1998]^v, afirma que, para Freud, das quatro manifestações das pulsões, a sublimação era a mais importante⁶.

1.2 A Trajetória de Freud na Teoria das Pulsões

Embora essa trajetória também seja explicada pelo próprio Freud em nota ao final do capítulo IV do *Além do Princípio do Prazer* (1920)⁷, e pelo Editor Inglês em *Pulsões e destinos da pulsão* (1915)⁸, para introduzir um vocabulário que ajude o prosseguimento desta leitura, foi privilegiada a versão de Lagache^{vi} (1955) Segundo ele existe⁹:

Primeira teoria das pulsões (até 1920): sua característica principal é o antagonismo das pulsões sexuais –cujas manifestações dinâmicas são designadas “libido” – e pulsões do eu – forças de preservação do eu. Do embate surge o conflito neurótico e o recalque como resultado da predominância das pulsões do eu;

O narcisismo (1911-1914): introduz-se ainda na primeira teoria a descoberta da natureza libidinosa e sexual de certas tendências atribuídas às pulsões do eu, do que resulta uma mesma natureza e uma mesma origem da energia que é investida tanto no eu como nos objetos externos, devendo a soma dos investimentos ser constante;

⁵ Pág 285 e seguintes.

⁶ Pág 157. Ver também **nota 11**.

⁷ EPI, vol 2, pág 198, Nota F.134

⁸ EPI, vol 1, pág 135, 136 e 137

⁹ Pág 29 a 31.

Segunda teoria das pulsões: a distinção repousa entre as pulsões de vida e de morte, sendo a primeira associada tanto à conservação da espécie quanto à autoconservação (conservação do indivíduo), sendo seu objetivo o estabelecimento de unidades cada vez maiores (leia-se organizadas, estruturadas), ao contrário das pulsões de morte cujo objetivo é a dissolução (leia-se desestruturação) dos conjuntos maiores, isto é, o retorno ao inorgânico.

Lagache acrescenta:

“A hipótese dos impulsos¹⁰ de morte encontrou uma atitude de reserva da parte de numerosos psicanalistas. **Suas bases Físicas e biológicas foram ultrapassadas**¹¹. As tendências destrutivas podem ser explicadas de outra maneira; a agressão¹² é o modo segundo o qual certos fins são perseguidos num nível primitivo em resposta à frustração ou espontaneamente, pela não-diferenciação da agressão e da libido. O princípio da constância fornece um princípio de explicação única, seja procurando o organismo a redução das tensões, seja conseguindo-o pelo desvio das tensões mais altas (desejo de estímulo, procura dos objetos, formação de unidades mais vastas).”

É nesse ponto é possível exercitar-se algum tipo de investigação. Corrobora essa proposta o descontentamento de Lagache com a superação (em 1955) das bases científicas do conceito de pulsão.

2. Atualização das Bases Científicas

2.1 A Entropia, a Biologia e a Teoria Geral dos Sistemas

¹⁰ Note-se também que na transcrição do trecho anterior e ao longo de todo texto de Lagache é empregado o termo **impulso** em vez de **pulsão**. Vale, a propósito, aqui transcrever um trecho da pág 154 de Lacan [(1964)1998]; “A pulsão não é impulso. O *trieb* não é *drang*, ainda que só pela razão seguinte. Num artigo escrito em 1915 – quer dizer, um ano depois de *Einführung zum Narzissmus*, vocês já verão a importância desse lembrete – que se intitula *Trieb und Triebchicksale* – é preciso evitar traduzir por *avatar*, se fosse *Triebwundlungen* seria avatar, *Schicksal* é aventura, vicissitude – nesse artigo então, Freud diz que é importante distinguir quatro termos da pulsão. Ponhamos o *Drang* primeiro, o impulso. A *Quelle*, a fonte. O Objekt, o objeto. O *Ziel*, o alvo. Certo que podemos, lendo essa enumeração achá-la natural. Meu propósito é lhes provar que todo o texto é feito para nos mostrar que não é tão natural assim.”

¹¹ Destaque feito por Helton com a finalidade de enfatizar o atendimento dessa demanda no título do item seguinte. justificar

¹² Julga-se que o termo **agressão**, nesta linha e no restante do texto compilado de Lagache, poderia ser substituído por pró-atividade, ousadia, investimento, ou até mesmo criatividade. Decidiu-se aqui conservá-lo justamente para evidenciar os equívocos que ainda se fazem no tratamento (ou, pelo menos, nas traduções) no estudo das pulsões.

Uma breve ilustração relacionando entropia, desorganização, envelhecimento e sua compatibilidade com a evolução dada pelo astrofísico Marcelo Gleiser^{vii}:

“[...] A quantidade de desordem de um sistema é representada pela sua entropia: quanto mais organizado o sistema, menor é a sua entropia. [...] Não existe escapatória: um sistema deixado aos seus afazeres irá sempre ficar mais desorganizado (e, conseqüentemente, mais 'velho'). [...] Conforme expliquei acima, ela diz respeito a sistemas isolados, que não trocam energia e informação com o exterior. E esse não é, certamente, o caso dos seres vivos. Qualquer animal depende de um influxo constante de energia e de alimentação para viver. A vida não é possível para um ser que exista completamente isolado dos outros animais e do mundo.”¹³

Vê-se nesse texto a importância atribuída à Biologia no estudo das forças opostas à degradação. Essas forças são exercitadas em um sistema aberto, trocando matéria, energias ou informação com o ambiente, ao mesmo tempo em que suas partes – subsistemas – são interdependentes entre si e com o todo. Segundo esse modelo criado nos últimos anos vinte por um biólogo, Ludwig Von Bertalanffy, com sua Teoria Geral dos Sistemas, noções da Biologia passaram a ser aplicadas às outras disciplinas. Expressões como riqueza da diversidade (e do encontro delas) e decadência ou degenerescência pelo isolamento, tem aplicações na Economia, Sociologia, Educação, Terapia Familiar etc.

2.2. Novas Contribuições da Física, da Química e da Cosmologia

Apesar da prolífica aplicabilidade originada da Biologia, é possível acrescentar aspectos esclarecedores dessas forças ditas reativas: Ilya Prigogine (1988) [2008]^{viii}, prêmio Nobel de Química, notabilizado também pelos seus trabalhos em Física e em Cosmologia, chama a atenção para o seguinte:

“Todas as reações químicas são irreversíveis; todos os fenômenos biológicos são irreversíveis. Mas o que é a irreversibilidade? Para muitos homens de ciência (e para a maioria dos divulgadores) a irreversibilidade corresponde à dissipação, à desordem: Toda a estrutura seria conquistada por uma forte luta contra o segundo princípio; assim para a vida como para o universo. Quero imediatamente insistir já – a isto voltarei no contexto cosmológico – no facto de a produção de entropia conter sempre dois elementos

¹³ Fonte: Folha de S. Paulo, dia 20/05/02..

“dialéticos”: um elemento criador de desordem, mas também um elemento de criação de ordem. E os dois estão sempre ligados.”¹⁴.

Isso, ressaltando sempre a condição do não-equilíbrio, é exemplificado, ao longo da obra em pauta, tanto no plano macroscópico, como microscópico e cosmológico. No desenvolvimento de um sistema caótico a partir de uma situação de não-equilíbrio existe uma certa ordem. No encontro de dois sistemas dissipadores que tenham orientações (spins, quiralidades) diferentes pode haver a criação de um terceiro sistema dotado de uma capacidade de reestruturação das partículas em decomposição ou energia em dissipação. A irreversibilidade em cada dos seus processos é uma sucessão de antes e depois e por isso constitui um tempo que lhe é próprio, diferente da partição criada pela razão humana (aliás, várias partições, de acordo com a necessidade de observação - desde os nano-segundos aos anos-luz).

Outro aspecto inerente à irreversibilidade é o registro desse tempo em estruturas mais complexas, a sua memória: explicando a diferença entre a química orgânica e a química biológica, Prigogine esclarece que moléculas complexas, como a do DNA, têm uma história, falam do seu passado, de como foram constituídas. Uma molécula orgânica hoje criada é uma testemunha só do presente pois não teve uma evolução histórica. Menciona também como exemplo de registro de processos complexos as mudanças climáticas que esculpem a sua história sobre as diversas camadas da crosta terrestre que a geomorfologia procura desvendar.

Nos modelos em que se estudam os processos complexos da natureza, não existe univocidade de resultados obtidos em função de variável testada já que aqueles são extremamente sensíveis a variações infinitesimais, o que pode acarretar, de uma experiência para outra, resultados diametralmente opostos. Essa questão deverá ser incluída na discussão, a ser feita mais adiante sobre a aplicação dos critérios de *testabilidade*, *refutabilidade* ou *falseabilidade*, conforme teorizados por Popper [(1963) 1994]^{ix}.

Por enquanto, cabe acrescentar a importância dada por Prigogine ao estudo das forças gravitacionais conjuntamente com os aspectos termodinâmicos e a informação da existência de duas classes de partículas elementares em todo o Universo, os bárions (verdadeiros portadores da ordem, sobreviventes dos primeiros momentos do Universo, embriões das galáxias, dos planetas, da vida) e os fótons (mil milhões de vezes mais

¹⁴ Prigogine [(1988)2008], pág 35.

numerosos, resultantes da decomposição da matéria, portadores da energia dissipada mas, também, potencialmente facilitadores da complexidade). A vocação de cada partícula é reproduzir-se.

3. Trajetória das Pulsões de Morte e da Compulsão à Repetição

O evolucionismo e, principalmente, a publicação de *A origem das espécies* (1859), de Darwin (1809-1882), criou uma perplexidade no mundo intelectual a partir de então: Prigogine [(1988)2008]¹⁵ lembra o exemplo de Charles S. Peirce (1839-1904), que se perguntava como podia conceber-se um reino evolutivo vivo no mundo estático e determinista. Ludwig Boltzmann (1844-1906), que em 1877 publicou seu método probabilístico de cálculo da entropia, tentou mostrar a irreversibilidade como característica intrínseca do crescimento entrópico, mas foi muito mal recebido. Até hoje a associação da “flecha do tempo” à entropia crescente não tem unanimidade no mundo científico. Ocorre ainda, conforme Prigogine [(1993)2002]^x que: “Depois de Darwin, a biologia é a expressão de um paradigma evolucionista, mas o darwinismo insistia no surgimento de novidades, novas espécies, novos modos de adaptação e novos nichos ecológicos, enquanto a visão termodinâmica (*tradicional*¹⁶) só falava de nivelamento e de morte térmica do universo.”¹⁷

3.1. A Última Palavra de Freud

Esse estado da arte da Termodinâmica, embora pudesse dar a Freud, as intuições básicas da existência de forças elementares de agregação e desagregação – e vejam-se todas as suas oscilações – preferiu finalmente trabalhar com a polaridade pulsões de vida x pulsões de morte – associando estas a destrutividade. A posição final de Freud sobre o assunto consta de *A teoria das pulsões*¹⁸ que constitui o capítulo II, da parte I, de *Esboço de Psicanálise* (1938)¹⁹ da coleção ESB.

¹⁵ Pág 32.

¹⁶ Inserção dos parênteses por Helton, de conformidade com Prigogine que discorda que o único fator previsível é a morte do universo.

¹⁷ Prigogine [(1993)2000], pág 16.

¹⁸ Na ESB, consta a tradução *instintos*. Nas transcrições da ESB, será sempre feita, quando for o caso, essa substituição.

¹⁹ Cabe, aqui comentar alguns aspectos da captados do texto *Reflexões para tempos de guerra e morte* (ESB, vol. XIV): O círculo estruturado que contém um clã, uma tribo, fora dele, sanciona a morte de inimigos e, no seu espaço interior, e institui o respeito à vida. Cada um dos seus guerreiros expõe toda a sua combatividade, toda a sua agressividade, toda a sua destrutividade contra o inimigo em prol da própria sobrevivência e da sua

Convém notar que a polaridade formada por processos organizativos e desorganizativos, presente também em Freud²⁰, dá lugar, nos seus últimos escritos, embora num esquema bastante flexível, ao papel destrutivo da pulsão de morte. Ela existe quando o sujeito inflige danos aos outros ou a si mesmo: graças a intercambialidade da libido, esta tanto é responsável pelo Eros como pela pulsão de morte, sendo que a diferença é uma função da intensidade de investimento tanto no eu (do egocentrismo – pulsão de vida – á timidez exagerada – pulsão de morte) como nos objetos (do amor – pulsão de vida – ao assassinio sexual). As pulsões objetais (sejam elas libidinais – de agregação, de vida – ou destrutivas – de desagregação, de morte), são sempre projeções das pulsões narcísicas, ou seja, estas são primárias e as objetais são derivadas. Essa concepção parece comportar alternativas na articulação dos conceitos basilares do narcisismo e da segunda teoria das pulsões. Tais noções são as de forças antagônicas de agregação e desagregação e a de intercambialidade da energia libidinal (de uma mesma natureza) de um para noutro pólo das pulsões (do eu para o objeto e vice-versa). Essa mescla de pulsões, para Freud, decorre de duas forças opostas – atração e repulsão – presentes tanto nas coisas vivas como nas inorgânicas. Opostamente a Eros, a pulsão de morte, com suas conseqüências destrutivas, é responsável pelo retorno das coisas vivas ao inorgânico, pela “volta ao pó, daquilo que veio do pó”.

Reafirma-se aqui, acompanhando Prigogine, que o aumento de entropia não é necessariamente desorganizador, isto é, não conduz necessariamente à morte: o que determina a estruturação ou desagregação é o modo como se dá o **encontro** de diversidades. Se a gravitação induz a molécula a ser atraída por outras permitindo a junção, a estruturação, pode também promover **encontros** destrutivos, com grande dissipação de energia. Por outro lado, os processos dissipativos podem se combinar no sentido produzir uma resultante estruturante.

comunidade (da espécie, poder-se-ia dizer se o inimigo fosse dessemelhante). Mesmo considerando a divisão na mente do guerreiro ao penetrar no círculo, revelada pelos rituais protetores de limpeza e canibalismo, quer-se aqui comentar que, a menos que ele fique menos combativo ou, opostamente, passe a matar dentro do círculo, nada indica que o círculo ou o guerreiro esteja se decompondo, mas apenas seus inimigos. Mas quando há baixas de guerreiros, pode-se fazer sim essa afirmação, calcando-a, porém, no fato de que o modo como o círculo e seus inimigos operam o encontro de diversidades não é agregador, não produz uma nova estrutura. O encontro de círculos diferentes tanto pode ser destrutivo (para um deles ou para ambos) como criativo. Um encontro criativo, por exemplo, é a adoção por bárbaros vencedores de costumes e instituições romanas. Tudo depende de que estrutura está sendo considerada no enunciado.

²⁰ ESB, vol. 23, pág 168 a 246

3.3. O psiquismo como um modelo complexo temporal

Prigogine realça o papel da irreversibilidade nos processos de auto-organização espontânea nas situações de não-equilíbrio para campos diferentes do das físico-químicas e sugere a possibilidade de uma analogia com os sistemas sociais e com a História. Afinal, em todos eles está presente a não-univocidade, já referida anteriormente. Explicita o caso de uma cidade, que, com o intercâmbio de matérias-primas ou de energia com o campo que a circunda, forma uma estrutura, que evidentemente decorre e alimenta uma situação de não-equilíbrio que os fluxos de troca proporcionam. O fluxo de informações entre as diversas partes de uma estrutura complexa pode ser considerado de forma independente de suas bases materiais. Poderia assim ser chamado de um processo temporal. Tangenciando esse assunto Alba Guerra e Glória Carvalho (2002)^{xi} afirmam: “Estudando os fenômenos irreversíveis, Prigogine conclui que a estrutura do espaço-tempo estaria ligada à irreversibilidade e, do mesmo modo, a irreversibilidade (impossibilidade de repetição sem diferença) exprimiria também uma estrutura de espaço-tempo. Por essa óptica, podemos pensar que não se poderia também falar em estrutura e função separadamente, uma vez que a estrutura somente poderia ser apreendida numa função ou funcionamento.”²¹ Tal seria o caso da psicanálise desvinculada da metapsicologia. Mas prosseguem Guerra e Carvalho: Este funcionamento, por sua vez, mostraria a imbricação entre função e estrutura. Tal suposição nada mais significaria que admitir uma noção de estrutura radicalmente fundada no tempo, quer dizer, uma *estrutura temporal*.” Sobre essa questão haverá ainda um retorno. Por enquanto, será admitido que os modelos do psiquismo, podem ser intuídos a partir dos novos aportes científicos e que estruturas complexas podem ser estudadas independentemente de suas bases materiais. Assim, entre outros, processos do psiquismo, podem ser chamados de temporais. Tem-se, portanto, aqui, mais um avanço que poderia se inserir na polêmica já destacada no item 1.1 deste trabalho.

3.4. A Proposta de Mudança de Ênfase

Tudo de realizado até agora neste trabalho correu no sentido de minimizar o poder explicativo do antagonismo das pulsões e buscar uma outra concepção que fosse mais

²¹ Guerra e Carvalho (2002), pág 71 e 72.

abrangente, já que, na concepção de Freud, as pulsões, para a sua classificação, de vida ou de morte, vão depender apenas da intensidade da energia libidinosa com que estarão investidos o eu ou o objeto.

O desafio desse trabalho não é o de propor alternativas à explicação freudiana, pois elas já existem, mas sim verificar a presença das noções apresentadas nessas alternativas. Um deles seria, por, exemplo, explicar como em Lacan, particularmente em seu Seminário 5, estão presentes noções como encontro de diversidades, repetições com diferenças, memória do psiquismo e outras aqui delineadas. Para começar, porém, uma pequena história introdutória adaptada da realidade do reino animal: os destinos do muco e da madrepérola.

Imagine-se, de início, uma ostra nascente e suas possibilidades de crescimento: uma ostra adulta ou uma concha contendo uma pérola. A adaptação consiste em não se atrelar ao rigor das explicações científicas desse processo biológico para contar a história de um ser híbrido. Deve-se, entretanto, minimamente informar que, não houvesse impurezas no “corpo” nascente, no muco, este se desenvolveria “normalmente” de modo a ter-se, ao final, aquela coisa mole, mucosa – para alguns, apenas ótimo petisco. Ao contrário, quando alguma impureza se internaliza, há a formação da pérola pela reação natural do animal. Desviando consideravelmente da idéia original de um processo repetitivo, suponha-se também que o ambiente esteja sujeito a correntes de água ora com o teor predominantemente calcário ora silicoso ora sulfuroso, ou seja, um ambiente, respectivamente ora compatível ora estranho ora verdadeiramente agressivo. A reação às impurezas consiste na secreção, pela ostra, de uma substância – a mesma com que já constitui a sua concha protetora: a madrepérola, de composição predominantemente calcária, que incorpora o muco nascente dissolvendo-o ou com ele se mesclando. Em qualquer hipótese, há uma reação contínua ambígua de proteção e agressão ao seu próprio ser que o impede de crescer conforme seus desígnios. Isso, pelo fato de ter sido já atingido internamente pelas impurezas ou mesclado com elas. As defesas impedem o organismo mole, mucoso, original, genuíno, de “desenvolver-se”, e criam um outro ser, fruto do dinamismo entre o molusco e o meio externo. A consequência dessas hipóteses é que se pode ter uma ostra, talvez atípica, disfarçada, mascarada (que protestem os especialistas) com camadas ou escamas de madrepérola, ora estacionárias (ou – tripudiando mais uma vez – moles), ora finas, ora muito espessas, em função da agressividade do meio circundante condicionando a secreção de madrepérola. Essa ostra ou pérola atípica com camadas de

impurezas e também de muco mescladas com a madrepérola ou nela dissolvidas serve melhor aos propósitos da ilustração.

A formação de camadas nessa ostra/pérola atípica deixa de ser um processo repetitivo apenas e pode ser chamado de cíclico com substituição. Embora os processos sejam irreversíveis, pode-se falar em um pulsar que é a maior expressão de um ser, ainda que modificado, dividido, que insiste na sua vocação de originalidade, genuinidade, de querer reproduzir-se (seu princípio de prazer), e simultaneamente – para seu transtorno – de defender essa vocação, por meio da madrepérola (seu princípio de realidade). Esse pulsar, ou essas pulsões de simultaneamente vida ou de morte, protetoras e destrutivas, constituem pois uma causa da formação das diferentes camadas que se repetem, a cada encontro com a diversidade (com o meio externo) assumindo em cada um deles novas características, mas tendo uma vinculação com seu substrato, que revela um similar processo estruturante, que amadurece a cada encontro, desde o primeiro momento mas com expressões diferentes até a sua última atualidade.

A comparação dessa pérola ou ostra atípica com o psiquismo poderia parar por aqui, já que, por mais que se torça a história biológica, não se consegue chegar à complexidade humana. Mas insista-se que a memória no processo biológico dos encontros com a diversidade, pode ser aproximada com os encontros do sujeito com o real – simultâneo a outro real, o pulsar. Acrescente-se que esse encontro é mediado sempre pelo outro e sua fala: com suas atitudes, prosódias, crenças, valores, instituições e tudo o mais que faz a diferença de cada encontro. Cabe ainda dizer que cada encontro tem como conseqüência a criação de um novo sujeito, formado pelo sujeito anterior e um outro que se apresenta com sua fala. O outro ainda tem outro desígnio: com todo o seu aparato nomeador, é também objeto mas também mutável, mercê de todo o deslocamento e toda a substituição que envolve os participantes do encontro. Tem-se aí um sujeito dividido, em mutação, continuamente dividido pela introdução da fala do outro. Esses encontros constituem o real que não deixa de repercutir e a atuar ao longo da vida até a sua atualidade – eis o sintoma. Mas essa memória tem mais dois registros: um deles se dá pelo testemunho da cena do encontro – o imaginário; o segundo se dá por vias da mediação da linguagem, com todas as suas conseqüências – o simbólico. A pesquisa do sintoma, do encontro com o real que se faz por meio da representação imaginária é orientada pelo princípio do prazer e escamoteia o trauma. O registro simbólico, por outro lado tem sua

forma própria de escamotear o real: é por meio do disfarce, do deslocamento, da substituição na cadeia significante que bordejando um real num movimento criativo e oscilatório, que às vezes dá um tropeção e se revela, trazendo a cena atual o que o que estava a mascarar: eis a compulsão à repetição e sua utilidade.

O que se fez aqui, com a ajuda de Bruce Fink (1995)^{xii} e Deleuze (1968)^{xiii}, foi uma leitura própria do *Tiquê e autômaton* que constitui o capítulo 5 do Seminário 11 de Lacan, onde especialmente trata da compulsão à repetição. Assim, em havendo concordância com a leitura, é possível afirmar-se de alguma utilidade as noções da ciência atual aqui destacadas.

4. Autocrítica, Crítica e o Resto

Difícil é imaginar o que seriam dos avanços da psicanálise com Freud sem a metapsicologia. Que graus de liberdade teriam os modelos lingüísticos e do psiquismo em relação à antropologia e as neurociências? Em que medida seus estudiosos precisam justificá-los a partir de suas bases materiais?

Este trabalho inconcluso pretendeu verificar na teoria psicanalítica de hoje alguns elementos da ciência não ainda revelados na época de Freud e que escaparam a sua prodigiosa intuição. Assim a posição que se apresenta aqui é, aparentemente, a de defesa da metapsicologia. Por outro lado, a introdução do conceito de estrutura temporal, com sua independência da estrutura material, permite um desenvolvimento autônomo quer da psicanálise quer da lingüística, das suas bases biológicas e neurocientíficas e antropológicas. A biologia aqui se prestou apenas a uma introdução alegórica. Mas foi apenas uma corrente, a lacaniana, que foi utilizada para testar a mudança de ênfase do antagonismo das pulsões para as de ciclos de substituição e encontros de diversidades. Essas novas noções, parece, não são incompatíveis com os conceitos de real, simbólico e imaginário, por meio dos quais Lacan lança um novo modo de encarar a compulsão à repetição. Assim sendo, se possível, apoiar-se na autoridade de Lacan – e provavelmente apenas na dele – este trabalho poderia considerar-se encerrado.

Ocorre, porém, que ao longo da elaboração, travou-se conhecimento com as principais críticas à teoria psicanalítica, não só no seu aspecto metapsicológico, como na sua parte dita interpretativa e do seu conjunto. Um interessante apanhado foi encontrado no

artigo já citado de Luiz Roberto Monzani^{xiv} que comenta vários outros autores e suas posições:

Alguns consideram Freud “o biólogo da mente”, e nessa vertente se desenvolve uma integração entre a psicanálise e as neurociências e até a fundação de uma disciplina híbrida batizada como neuropsicanálise.

Entre os que valorizam mais o lado da pesquisa de sentido, da busca constante de significado e criticam o positivismo (pelo qual os valores ditos superiores seriam explicados pelos fatores inferiores), o mecanicismo, o naturalismo, o materialismo da energia está Jean Hyppolite, filósofo hegeliano francês. A posição de Hyppolite parece ser a de desvencilhar-se da metapsicologia quando, segundo Monzani, quer que haja dois Freuds: um deles realizaria a teoria analítica e outro que procuraria traduzir seus resultados, para não fugir ao paradigma positivista, nos trabalhos da metapsicologia.

Um terceiro grupo de posições é representado, no artigo de Monzani, por Paul Ricoeur, conhecido por suas posições estruturalistas, que enfatiza a trajetória de Freud com seus avanços no sentido integrativo, o que vem a ocorrer nos escritos metapsicológicos de 1915. Vale a pena transcrever Monzani: “Segundo essa leitura, a originalidade de Freud estaria justamente em fazer do inconsciente o ponto de junção do sentido e das forças psíquicas. Isso explica a formulação fundamental da psicanálise, segundo a pulsão – ponto de articulação entre o psíquico e o somático – é sempre uma exigência do trabalho, uma pressão, ou uma urgência. Mas pelo fato mesmo da pulsão exprimir-se por representações, todas essas pressões serão agora transferidas para os destinos desses representantes psíquicos. [...] De fato, o restante das considerações de Ricoeur em sua análise de Freud consiste apenas na reiteração de seus dois pressupostos principais: a energia é a inimiga mortal do sentido e o afeto é impensável sem uma representação. Quer dizer, exatamente o contrário do que Freud afirmava.”

Vê-se aí novamente a polêmica já anunciada no item 1.1. Vê-se também que o resultado que se logrou alcançar com esse trabalho é compatível com a posição de Ricoeur, que, para as questões em pauta, está próximo de Lacan.

Um outro aspecto crítico diz respeito à cientificidade da psicanálise. A posição neopositivista representada por Popper pode ser captada no seu conceito de testabilidade, refutabilidade, ou falseabilidade. Sobre a psicanálise afirma: [...] as ‘observações clínicas’,

da mesma maneira que as confirmações diárias encontradas pelos astrólogos, não podem mais ser consideradas confirmações da teoria, como acreditam ingenuamente os analistas”

Não se pretende transcrever a infinidade de argumentos - principalmente aqueles calcados na diferença entre ciências naturais e ciências humanas - que se insurgem contra essa afirmação²². Genericamente, há de se repetir que em processos complexos do mundo físico-químico e orgânico em situação de não-equilíbrio, em função da não-univocidade dos resultados perante as variações testadas, seria necessário melhor definir critérios de refutabilidade. O mundo da natureza, neste caso se aproxima do mundo da humanidade. Ainda é preciso destacar a provisoriedade da verdade, o que tende a invalidar tanto as teorias testáveis quanto as não-testáveis.

Mas não há como negar a carência prognósticos na psicanálise. A verdade da psicanálise só é vista a posteriori. Mas isso não é pouco se for considerado em seu conjunto, desde seus primórdios, todo o progresso no diagnóstico e tratamento das doenças mentais. Esses macro-resultados não atenderiam a um critério de verdade para uma teoria específica como a psicanálise? O desafio que se coloca é que não é só a psicanálise que diagnostica e trata. O que existe é, portanto, encontros de diversidades. Nas instituições não há de se ter múltiplas versões para um mesmo acontecimento. Como tratar esse imaginário e confrontar hipóteses? Onde poderá aí surgir a compulsão à repetição? Como podem ser trabalhadas essas interfaces? Aliás, como melhor atender ao apelo do tema deste XVII Congresso do Círculo Brasileiro de Psicanálise?

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

i Freud, S: Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente – **EPI**, volumes 1 a 3, IMAGO Editora, Rio de Janeiro, 2004-2007. Edição Standard Brasileira Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud -**ESB**, IMAGO Editora, Rio de Janeiro, 1974- 1987.

ii Politzer, Georges: Crítica dos fundamentos da psicologia – a psicologia e a psicanálise (1964) ; trad. Marcos Marcionílio e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva - Piracicaba, SP; Editora UNIMEP, 1998.

iii Roudinesco, Elisabeth: Jacques Lacan, esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento; Trad. Paulo Neves – São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

iv Souza, Octavio: Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias analíticas, in Corpo, afeto e linguagem (a questão do sentido hoje) de Benilton Bezerra Jr. e Carlos Alberto Plastino (orgs), Editora Rios Ambiciosos e ContraCapa Livraria

²² Há também, sobre a questão da cientificidade da psicanálise, interessante discussão no artigo de Monzani, já mencionado.

^v Lacan, Jacques: O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964); texto estabelecido por Jacques Alain-Miller; tradução de MD Magno -2.ªed-Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

^{vi} Lagache, Daniel; *A psicanálise* (1955); coleção Saber Atual, 3ª ed – S. Paulo: Difusão Européia do Livro, 1966.

^{vii} . Gleiser, Marcelo: *Tempo, Vida e Entropia*; Folha de SP, 19/5/2002.

^{viii} Prigogine, Ilya; *O nascimento do tempo* (1988); tradução de Marcelina Amaral – 2.ª ed- Lisboa: Edições 70, 2008.

^{ix} Popper, Karl R.; *Conjecturas e Refutações* (1963); tradução de Sérgio Bath – 3ª ed- Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.

^x Prigogine, Ilya; *As leis do caos* (1993); tradução de Roberto Leal Ferreira. – S.Paulo: Editora UNESP, 2002.

^{xi} Guerra, Alba Gomes e Carvalho, Glória; *Interpretação e método: repetição com diferença*. Rio de Janeiro:Garamond, 2002.

^{xii} Fink, Bruce; A causa real da repetição in Para ler o Seminário 11 de Lacan, 1995; orgs: Richard Feldstein, Bruce Fink e Maire Jeanus; tradução de Dulce Duque Estrada e revisão de Sandra Grostein – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1997.

^{xiii} Deleuze, Giles; *Diferença e Repetição* (1968); Tradução de Luiz Orlandi, Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

^{xiv} Monzani, Luiz Roberto (jmonzani@uol.com.br); Farol nas Trevas in revista Ciência e Vida-Filosofia Especial, Ano I, Nº 6; São Paulo: Editora Escala, 2008.

Outras referências: http://www.geocities.com/gilson_medufpr/termo.html ;

http://pt.wikipedia.org/wiki/Segunda_Lei_da_Termodin%C3%A2mica ;

<http://www.hottopos.com/vdlettras2/mario.htm> ; <http://pt.wikipedia.org/wiki/Entropia> ;

http://www.fisicabrasil.hpg.ig.com.br/tempo_entropia.html .

A REPERCUSSÃO DO DIAGNÓSTICO DE PSICOSE NA ESCOLA: AUXÍLIO OU SENTENÇA DIAGNÓSTICA?

Denise Quaresma da Silva¹

Beatriz Junqueira Pereira Paim²

Eliana Muller de Mello³

RESUMO: Neste trabalho, relatamos nossa experiência, tanto clínica quanto de trabalho como professoras e orientadoras de estagiários(as) nas escolas, onde constatamos as dificuldades geradas pela (im)possibilidade de lidar-se com o diagnóstico de psicose no universo escolar. Percebemos que estas também ocorrem com os profissionais que se relacionam com estas crianças e adolescentes no âmbito escolar: professores, orientadores, supervisores, coordenadores. Enfim, tais dificuldades atingem a todos os atores da “vida” escolar e exigem destes uma posição que ultrapassa o conhecimento científico: acreditamos que encontramos aí, nesta posição assumida frente à diferença do outro, a *ethica* do sujeito humano. Emerge destas posições [assumidas ou não, ditas ou não ditas], a conduta humana no seu sentido mais verdadeiro: o respeito ao desejo do outro e a constituição subjetiva de cada sujeito, ou seu contrário, o que nos abre a possibilidade de pensar na problemática proposta neste texto, também sobre o ponto de vista da inclusão ou exclusão, da aceitação ou não da diferença estrutural e suas implicações.

Palavras-chave: diagnóstico, loucura, veredicto.

INTRODUÇÃO

A partir da escuta e atendimento de crianças e adolescentes dados como sendo “portadoras” de Distúrbios Globais do Desenvolvimento ou de Psicose, constatamos as dificuldades e (im) possibilidades da escola, do grupo familiar e de alguns profissionais da área “psi” de lidar com tais diagnósticos e muitas vezes estes ecoam, como sendo um veredicto: “decisão dum júri, sentença” (FERREIRA, 2004, p. 813).

¹ Psicóloga, Psicanalista Membro do Instituto de Psicanálise do Círculo Psicanalítico do RGS, Professora Doutora do Centro Universitário Feevale (NH/RS) e das Faculdades São Judas Tadeu (POA/RS).

² Doutora em Educação, professora da ULBRA/Canoas-RS.

³ Mestre em Educação, Professora do Centro Universitário Feevale.

Percebemos que as mesmas dificuldades também ocorrem aos demais profissionais que se relacionam com estas crianças no âmbito escolar: professores, orientadores, supervisores, coordenadores. Enfim, atingem a todos os atores da “vida” escolar, familiar e social destas crianças e adolescentes que nos exigem uma posição que ultrapassa o conhecimento científico: acredito que encontramos aí, nesta posição assumida frente à diferença do outro, a *ethica* do sujeito humano.

Emergem destas posições [assumidas ou não, ditas ou não ditas], a conduta humana no seu sentido mais verdadeiro: o respeito ao desejo do outro e a constituição subjetiva de cada sujeito, ou seu contrário, o que nos abre a possibilidade de pensar na problemática proposta neste texto, também sob o ponto de vista da ética de cada um e suas implicações, do mundo interno, de nossas crenças.

A loucura ao longo da história, vem sendo vista de diferentes formas e ocupando diferentes posições na sociedade. Descrevemos algumas maneiras de se agir com os loucos, procurando olhar e mostrar traços de sua constituição como doente mental relacionada com as diferentes posições que a loucura ocupou em um dado momento da história, conforme nos relata Foucault, ao descrever a história da loucura.

Idade Média: nas cidades européias, a existência dos loucos era admitida (FOUCAULT, 1984) sendo possível para os “diferentes” vagar de um canto para o outro. No entanto, os “mais excitados”, eram colocados em pequenas casas; anunciavam-se, assim, os primeiros sinais da vindoura política de exclusão relegada à loucura ao longo dos séculos. Ainda no século XVIII, a justificativa para o confinamento estava sustentada na inserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

Aos poucos, esses indesejáveis, porém capazes de produção, vão sendo devolvidos à sociedade, permanecendo reclusos somente “os loucos”, que passam a ocupar uma outra posição.

Revolução Francesa: diante da diversidade de reformas de cunho econômico, político e administrativo nas relações sociais, a loucura deixa de ser um objeto exclusivo do poder jurídico, passando essa tarefa a ser dividida com a medicina.

O conceito de “periculosidade” do louco nasce do intercruzamento surgido a partir do diálogo entre o direito penal e a necessidade de respaldo da medicina higienista para sua afirmação enquanto ciência médica, sendo que assim se fundou a psiquiatria.

No entanto, Foucault chama nossa atenção para o fato de que essa noção de não está centrada somente na medicina ou no direito, mas são todas as “disciplinazinhas” da escola, da caserna, do reformatório, da usina, que tomam cada vez mais espaço, sendo que essas instituições proliferam-se, estendem-se e ramificam, segundo o autor, suas redes em toda a sociedade, ou seja, a escola, a família, a sociedade também passam a temer tal periculosidade.(FOUCAULT,1999)

A partir desses entrelaçamentos, a loucura vai adquirindo um outro lugar no século XIX, o lugar de atravessamento do saber médico.

Apesar da diversidade de conceitos, lugares, explicações que tentam, ao longo da história, dar conta desse “fenômeno”, no cotidiano do trabalho desenvolvido com as crianças e adolescentes com possibilidades de virem a ser psicóticos, no contato com a loucura, percebemos a fragilidade da condição humana de quem a contempla e a sensação de que nada sabemos sobre ela. Nas sociedades ocidentais, a loucura, é apontada por Foucault como estando sempre em falso: ao mesmo tempo objetivada e objetivante, oferecida e recuada, conteúdo e condição, sendo que ela tem a condição de uma coisa enigmática; inacessível (FOUCAULT,1995).

Mesmo com o Movimento de Reforma Psiquiátrica desencadeado a partir da década de setenta na Europa e no Brasil, que propõe a inclusão do portador de sofrimento psíquico na sociedade, essa inacessibilidade vem delimitando, como *lócus* do “louco”, a sua exclusão do cenário das cidades desde o século XVII até os dias de hoje, ou seja, a exclusão do diferente ainda ocorre.

Ao olharmos de frente para estas pessoas, passamos para o outro lado, o lado dos excluídos, e isto pode nos possibilitar ver a nossa loucura, o que evoca em nós o indizível, o fascínio e o temor por reportar aquilo que resguardamos e escondemos no subterrâneo mais escuro e profundo: o inconsciente. Como se ela não nos pertencesse, estando somente do outro lado, o de dentro dos muros do manicômio ou do corpo de um louco.

Certa vez, há muitos anos, um anônimo escreveu com grafite uma frase nas paredes do fórum da cidade onde Denise vive, diz ela que a frase ficou tatuada (e inscrita) na sua memória. Dizia a frase: “Toda cidade tem um louco para mostrar ao povo onde está a razão”. Por muito tempo ela pensou sobre a importância desta frase, do quanto ela dizia algo que era impossível de ser dito de outra forma, que não daquela. E do quanto esta verdade que ali, naquele espaço de lei, era proferida, somente encontrava espaço de ser dita

na ilegalidade. Relata que a frase foi, no mesmo dia, apagada. E não houve comentários sobre a mesma, tanto que agora ressuscita neste escrito e talvez surpreenda muitos que aqui a leiam, como se novidade fosse!

Uma das leituras que fazemos sobre o fato, é que as palavras desta grafite geraram angústia ao apontar a razão como fazendo parte da loucura (e agora, que fazemos com nossas certezas?) e uma possível resposta para a angústia, ao olhamos de frente para a loucura, é do quanto ela nos diz de nós mesmos, seres humanos.

Admitir este insuportável lugar em que a loucura nos coloca talvez nos possibilite re(olhar) e vir a entender o processo que articula uma infinidade de explicações e subterfúgios construídos na sociedade, ao longo dos tempos, com o objetivo de manter essas pessoas de alguma forma afastadas do convívio da cidade, da escola, da família.

Será que a noção de perigo suscitado diante da possibilidade de convívio com os “loucos” está justamente no horror de olharmos a nossa loucura, de perdermos a razão e sabe-se lá o quê mais, que nos sustenta enquanto sujeitos?

O encontro do louco com a cidade, com a família, com a escola, mostra-se difícil e quase impossível, pelos sentimentos que tal aproximação suscita. Diz Zillmer que aprender a lidar com esta angústia é difícil, pois se faz necessário lidar com a angústia do outro e a própria, e por isto, sugere que é melhor, no ato pedagógico com crianças psicóticas e autistas, procurar as perguntas do que as respostas. (ZILLMER, 2008, p. 59).

Esta autora narra também que é impossível o professor que trabalhar com crianças psicóticas e autistas sair da experiência da mesma forma que entrou, seja pelas experiências positivas ou pelas frustrantes. Ao se referir à escola onde atua atendendo tal clientela aponta: “Porque aqui temos uma escola, não somente para alunos, mas também para professores” (ZILLMER, 2008, p. 60).

Romper com esse modelo requer, então, percorrer um caminho de dúvidas e incertezas, caminhos labirínticos em que se entrecruzam modelos questionados de tratamento e a necessidade de correr riscos diante do desejo de propor outras formas de lidar com a loucura: modelos novos de sermos profissionais, pais, professores...

Requer o abandono de nossos olhares cristalizados e já codificados perante o portador de sofrimento psíquico. Uma forma de olhar que traz marcas construídas desde a grande internação, no século XVII, quando a loucura passou a ser vista como ociosidade e objeto de exclusão.

Citamos como exemplo de descristalização o trabalho desenvolvido com crianças psicóticas e autistas, em uma escola municipal de Porto Alegre/RS, Escola “Parque do Sol”, pioneira no acolhimento destas crianças que ninguém quer receber na escola, pois desde 1990 atende estas crianças. Citamos Folberg (2008):

“Finalmente, as crianças tradicionalmente “rejeitadas” veriam respeitadas seu direito a ter um lugar no qual eram aceitas sem discriminação, onde seria acompanhada sua evolução e estudado seu desenvolvimento individual com a preocupação de não deixá-las marginalizadas, mas dar-lhes condições de reinserção no contexto sociocultural como sujeitos/cidadãos detentores de uma relativa autonomia. Assim, começamos. Confiantes de que através do estudo, baseados na observação permanente, e recorrendo às estruturas epistemológicas da psicanálise, poder-se-ia resgatar a palavra plena dos sujeitos em questão, desenvolvemos um trabalho intenso de investigação e reflexão sobre o ato pedagógico, que ultrapassasse os sintomas emergentes e atingisse prospectivamente um devir futuro, bem como as circunstâncias familiares concomitantes.”(FOLBERG, 2008, p.12)

Percebemos claramente que uma vez dado o diagnóstico de psicose, autismo ou de algum transtorno global do desenvolvimento, facilmente a família e a escola param de investir no sujeito. Além disto, quando se conclui o diagnóstico, corremos o risco de produzir-se, desde o lugar do saber científico, um efeito de nomeação, atribuindo ao sujeito um traço identificatório ao qual ele possa agarrar-se, pois este lhe é dado de maneira imperativa: é um psicótico! Isto pode produzir no sujeito um efeito iatrogênico, na medida em que o sujeito sofre justamente da ausência de significantes familiares que possam atribuir-lhe um lugar na filiação e respostas para sua sexuação e identificação.

Apontamos também para o cuidado que se deve ter ao dar o diagnóstico para a família, pois efeitos semelhantes ao que ocorrem com o sujeito em questão, ocorrem com a família. Os pais pressionam para obterem um diagnóstico, para situar e interpretar seu filho, mas podem, a partir deste momento, o tornar um “pinico do puro Real”, como proferiu Marie Christine Lasznik em uma conferência sobre o autismo (Congresso Internacional de Curitiba, 2001), não investindo mais libido alguma nele.

Mannoni claramente enuncia estes riscos ao afirmar que este paciente “espreita o perigo de desaparecer como indivíduo sob as vestes da loucura, a fim de transformar-se para sempre no objeto de que se fala, que se manipula e que se dispõe”. (MANNONI, 1981, p.58)

Pesquisando nos referenciais da psicanálise encontramos algumas possibilidades de problematizar a loucura e ver diferentemente estas crianças e adolescentes, possibilitando uma aposta necessária para a melhora da criança ou do adolescente em questão.

Encontramos citações em diversos autores, referindo-se a diferentes “estados transitórios”, que fazem parte da organização e da estrutura psíquica do sujeito: eu ideal e ideal do eu; psicose e neurose; narcisismo primário e secundário; posição esquizoparanóide e depressiva. Os estados transitórios estão vinculados a necessidade, pulsão, desejo, identificação, fantasia, clivagem, trauma, defesa, sonho, conflito edípico, castração, recalque, sublimação, foraclusão entre outros.

Nasio(2001) descreve casos de psicose com falhas na inscrição simbólica. Entre os casos cita Dick, uma menina de 4 anos de idade, que Melanie Klein, em janeiro de 1929, diagnostica como sendo uma criança psicótica. Seu desenvolvimento intelectual situa-se entre 15/18 meses e seu vocabulário é restrito e incorreto, também apresenta insensibilidade à dor ou ao toque. Dick não simboliza, mostra-se paralisada e detida. Para Klein, o objetivo desta análise é construir o processo de simbolização e tal trabalho continuou até 1946, quando Dick passa a ser caracterizada como uma “tagarela”.

Outro caso citado por este autor é do jovem Dominique Bel, que aos 14 anos de idade, manifesta uma fobia generalizada. Dolto, em 1964 o diagnostica como esquizofrênico, sendo que ele aos 7 anos de idade apresentava atraso escolar, bem como enurese e encopresia, resultantes do nascimento da irmã que é três anos mais nova que ele. Esta autora ocupa-se em reconstruir a história edipiana dos pais e o progressivo distanciamento de Dominique de um clima familiar incestuoso. Na clínica e nas escolas, com frequência percebemos crianças com “falhas” no processo de simbolização, sendo-nos dirigida com frequência uma pergunta: “Afinal, ela é psicótica?”

Ela foi dirigida por uma psicóloga, que atende as crianças da rede municipal de ensino de certa cidade, cuja maioria de seus habitantes tem origem alemã. Relata a profissional que diversas vezes foi procurada por uma professora, com a queixa de ter como aluna uma menina de nove anos, demandando que a psicóloga pudesse “dar um jeito” no que ocorria: a menina comumente defecava em sala de aula, proliferando o ambiente com mau cheiro, e por vezes gostava de passar fezes nas paredes, “desenhando-as”.

Questionada a profissional sobre porque a pergunta que fizera, responde: “só pode ser psicótica, meu Deus, o que eu faço, não sei nada de psicose nem como agir. Também não sei como atender a guria e não sei o que a professora deve fazer e nem o que fazer com a professora”.

Informa que a menina é a última filha, numa prole de nove irmãos, sendo muito mais nova dos demais, ficando em casa sozinha com os pais, já velhos, sendo que estes falam apenas o idioma alemão, não falando com ela em casa o idioma utilizado na escola, o português. Relata que a menina vem ao atendimento clínico, na maior parte das vezes fedendo, diz que a menina joga jogos com ela no tempo que dura a sessão. Questionada se a menina brinca, se fantasia, diz que não sabe, diz que a menina adora jogar dominó, cartas, jogos diversos, que na verdade também não suporta o cheiro que ela exala...

É feita uma visita na escola para a profissional que orienta a psicóloga conhecer a menina. Observa-se que a turma foi dividida em grupos e teriam uma apresentação de um teatro. Iniciam a apresentação e ela prontamente participa, sendo a oradora do texto da introdução. Lê perfeitamente, vibra com as falas dos colegas. Terminada a apresentação, pede-se que troquem os papéis, um passando a interpretar o papel do outro. Aceitam prontamente, acham graça, conversam entre eles, definem papéis. A menina aceita facilmente o novo personagem e o interpreta, sem contestação e rindo da nova situação.

Em outro momento, os alunos estão ensaiando no pátio uma apresentação que farão num evento público, dançando uma coreografia de música alemã. Trata-se de uma dança divertida, onde meninos e meninas formam pares e dançam ordenadamente, ao ritmo da música. A menina fica à vontade, participa alegremente. Findo o ensaio, novamente me é dito que gostaríamos de ver como a dança funcionaria com meninos trocando de lugar com as meninas, ou seja, o movimento de um sendo feito por outro. Riem muito, topam na hora, e realmente o resultado é meio esquisito, pois antes os meninos comandavam o passo da dança, sendo que agora as meninas tomam a frente. A menina participa da mesma forma que as demais crianças, rindo muito da brincadeira proposta, dando-se conta da troca, simbolizando seu lugar na dança estando presente na ausência.

Do que se segue, ao longo do tempo que acompanhamos o atendimento da menina, neste momento relatamos o que me faz questão para este escrito: a significação da possibilidade dela ser ou não psicótica, para a psicóloga e para a professora. Enfatizamos a importância do olhar da psicóloga e da professora sobre a menina, pois como nos colocam

Berges e Balbo (2002), a criança é marcada por movimentos que a remetem à letra e ao discurso, instâncias simbólicas que o transitivismo aponta em seu horizonte e neste, a mãe transativista é aquela que atribui a seu filho a hipótese de um saber e ao mesmo tempo lhe outorga a possibilidade de construí-lo a partir de uma posição marcada pelo desconhecimento.

Quanto a menina, a partir do “veredicto” construído pelas observações: não é psicótica, pois brinca, simboliza, “desliza” nos papéis propostos nos jogos; houve toda uma circulação, uma aceitação de que algo poderia ser feito e este fato, a meu ver, auxiliou a menina a reorganizar-se.

A psicóloga que a atendia, fazendo a função materna, “transitivando” (como apontam BERGES e BALBO, 2002), passou a fazer brincadeiras visando demarcar o corpo da menina, quer seja brincando com ela, ou pintando e delimitando com marcas o corpo dela, permitiu desta forma que ela, a partir desta posição transativista, pudesse apropriar-se do seu saber sobre si, seu corpo e seus desejos. Ensinou-lhe também que deveria diariamente, num mesmo horário, ir ao banheiro e permanecer por um tempo sentada sobre o vaso sanitário, lendo uma historinha. Esta tática, depois de um tempo, passou a funcionar, colocando no corpo da menina uma marcação, advindo desta uma função e incorporando no seu dia-a-dia um hábito, uma disciplina necessária para o funcionamento de seu corpo e para a convivência social, mas sob a tutela e autocontrole dela própria.

Houve mudanças marcantes também em relação à psicóloga, que passou do desespero de ter que lidar com uma criança psicótica, a poder assumir o tratamento desta menina. E assim, o corpo dela foi demarcando-se, ocorrendo a ela uma apropriação do mesmo, sexualizado, libidinizado. Penso que demarcou também outros territórios além do seu corpo, o território invisível das almas que a cercam: da professora, da psicóloga, a nossa, tanto que escrevemos sobre o fato...

Advertem Bergès e Balbo: “ a psicose infantil é um campo enorme e ao mesmo tempo não se diz muito sobre ele.” (BERGES E BALBO, 2003, p. 33). Concordamos com eles e levantamos a hipótese que haveria toda uma possibilidade de ocorrer um agravamento nos sintomas deste caso, possivelmente eclodindo numa psicose.

O que ressaltamos nestes escritos, é o quanto a (im)possibilidade de lidar com a psicose gera um horror na psicóloga e por extensão na escola, impossibilitando-as de

efetivamente auxiliarem a aluna e no quanto o “veredicto”, estrategicamente anunciado, deu vida nova ao investimento necessário para esta criança.

Finalizamos deixando questões em aberto para nossa reflexão, entre elas uma que apontamos: como lidariam com esta menina os profissionais (e os outros da “vida” escolar) se o “veredicto” colocado no diagnóstico fosse de psicose? Nosso desejo é que esta questão faça eco no íntimo de cada um de nós.

Salienta-se, neste sentido, a questão imperativa e os efeitos iatrogênicos que atravessam este dito: é psicótico!

REFERENCIAS

BERGÈS, Jean e BALBO, Gabriel. *Há um infantil da Psicose?* Porto Alegre: CMC, 2003.

_____. *Jogo de Posições da mãe e da criança - Ensaio sobre o Transativismo*. CMC Editora, Porto Alegre, 2002.

APPOA. *Agressividade em psicanálise*. Cadernos Lacan I, Porto Alegre, 1996.

FIGUEIRA, A. *Contratransferência. De Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1994.

FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade 1 : a vontade de saber*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. *História da Sexualidade II: O uso dos prazeres*. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal ed., 1985.

_____. *A ordem do discurso: aula inaugural do collège de France*. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. *Ética, sexualidade, política*. Dito e Escrito. Volume V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1999.

FOLBERG, Maria Nestrovsky. In: : Charczuk, Maria S. e Folberg, Maria N. *Crianças Psicóticas e Autistas: a construção de uma escola*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Mediação, 2008.

FREUD, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1996

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

MANNONI, Maud. *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

NASIO, J.D. *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999

_____. *Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ROUDINESCO E. & PLON. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ZILLMER, Patrícia. Reflexões sobre a prática: escola ou clínica? In: Charczuk, Maria S. e Folberg, Maria N. *Crianças Psicóticas e Autistas: a construção de uma escola*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Mediação, 2008.

APLICABILIDADE DO MÉTODO DE RORSCHACH NA AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE DE CRIANÇAS PORTADORAS DO AUTISMO: UMA CONTRIBUIÇÃO.

Maria Helena de Oliveira¹

João Carlos Alchieri²

Resumo: Este artigo apresenta uma pesquisa acerca da aplicabilidade do uso do teste de Rorschach na avaliação de características da personalidade de crianças com autismo, num caráter preliminar. A relevância do estudo justifica-se devido à necessidade do desenvolvimento de pesquisas, na área de avaliação psicológica de crianças portadoras de autismo, mediante a utilização de instrumentos apropriados para tal finalidade diferenciando a produção individualizada da criança. Destaca-se especial interesse e atenção aos itens referentes aos prejuízos na comunicação, tendo em vista que a ferramenta utilizada para avaliação da personalidade dessas crianças no presente estudo, o método de Rorschach, pressupõe uma elaboração estruturada da linguagem. Em face do exposto algumas questões emergem de forma a nortear a investigação: Qual a contribuição que pode a Psicologia, oferecer aos demais campos do saber humano, ao realizar um processo avaliativo com vistas ao tratamento terapêutico? Não seria o processo avaliativo uma importante maneira de oferecer encaminhamentos efetivos e eficazes na direção de um tratamento clínico?

Palavras - chave: Autismo, Avaliação Psicológica, Método de Rorschach.

1 – Introdução

Embora a expressão fosse descrita por Eugene Bleuler, em 1911, para caracterizar um sintoma da esquizofrenia, definido como sendo uma "fuga da realidade", as primeiras caracterizações quanto ao autismo são encontradas em 1943, pelo médico austríaco Leo Kanner, trabalhando no Johns Hopkins Hospital, no artigo "Autistic disturbance of affective contact", na revista "Nervous Child", vol. 2, p. 217-250, e no mesmo ano, pelo austríaco Hans

¹ Psicóloga, mestranda em Avaliação Psicológica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

² Orientador PPG Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Asperger em sua tese de doutorado sobre, a psicopatia autista da infância. Kanner e Asperger usaram a palavra para dar nome aos sintomas que observavam em seus pacientes. Tal conceito tem sofrido uma série de mudanças ao longo do tempo, seja por evoluções em pesquisas científicas, seja por desdobramentos clínicos. Para Winnicott (1968,1994), o sofrimento do autista origina-se “ nas falhas fundamentais de adaptação”³. Para este autor, a relação mãe-bebê é fundamental para a formação do psiquismo, pois é neste primeiro estágio de comunicação entre mãe-bebê que está assentado as bases da futura saúde mental do bebê.

Segundo Schwartzman (2003), a concepção que se pode ter atualmente acerca de autismo infantil é de que *“se trata de uma condição inespecífica, caracterizada pela presença de alterações nas áreas da interação social recíproca, comunicação e comportamento, e originada por disfunção neurobiológica presente desde os primórdios do desenvolvimento”*⁴ Na classificação do DSM.IV, o Transtorno Autista está localizado dentro dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, portanto, essencialmente, o autismo infantil é um transtorno do desenvolvimento, em outras palavras, é um transtornos constitucional. A classificação CID.10, da mesma forma, fala do Transtorno Autista como um transtorno global do desenvolvimento, caracterizado assim um desenvolvimento anormal ou alterado, o qual deve se manifestar antes da idade de três anos e apresentar uma perturbação característica das interações sociais, comunicação e comportamento.

O autismo é um transtorno invasivo do desenvolvimento, isto é, algo que faz parte da constituição do indivíduo e afeta a sua evolução, e caracteriza-se por alterações na interação social, na comunicação e no comportamento da criança. Manifesta-se antes dos 3 anos e persiste durante a vida adulta. Há ainda outros distúrbios do desenvolvimento que se enquadram no perfil de problemas autísticos, mas que não incluem todas as características da doença. Basicamente, quatro fatores indicam a presença do autismo infantil: os problemas de relacionamento social, dificuldade de comunicação, atividades e interesses restritos e repetitivos e início precoce. A criança autista tem dificuldade em se relacionar com outros indivíduos e mantém-se distante, evita o contato visual, demonstra ausência de interesse pelas pessoas e não procura por conforto e contato quando se machuca. Sabe-se que em 50% dos casos, o interesse social se desenvolve com o tempo, mas a reatividade, a reciprocidade e a capacidade de empatia permanecem prejudicadas. Desta forma, o autista tem dificuldade em

³ - Winnicott, *Os Bebês e suas mães*. (Pg 87)

⁴ Schwartzman, S. **Autismo Infantil**. (Pg 130)

ajustar seu comportamento ao contexto social e não consegue reconhecer ou responder adequadamente às emoções dos demais. É comum, porém, que a criança tenha proximidade com os pais, desenvolvendo inclusive a afeição, mas é mais propensa a abraçar do que a aceitar ser abraçada. As interações sociais com os pares são restritas e mesmo autistas adultos têm habilidade limitada de fazer amizades íntimas.

Os principais sinais clínicos evidenciados nos critérios diagnósticos são fundamentados nos seguintes aspectos: Interação social, Comunicação e comportamentos estereotipados, com as seguintes dificuldades respectivamente: 1) Dificuldade na interação social: Dificuldade acentuada no uso de comportamentos não-verbais (contato visual, expressão facial, gestos); Dificuldade em fazer amigos; Dificuldade em compartilhar suas emoções; Dificuldade em demonstrar reciprocidade social ou emocional. 2) Prejuízos na comunicação: Atraso ou falta de linguagem verbal;

Para aqueles onde a fala é presente, verifica-se uma grande dificuldade em iniciar ou manter uma conversa; Uso estereotipado e repetitivo da linguagem; Falta ou dificuldade em brincadeiras de "faz de conta". 3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades: Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados; Assumir de forma inflexível rotinas ou rituais (ter "manias" ou focalizar-se em um único assunto de interesse); Maneirismos motores estereotipados; Preocupação insistente com partes de objetos, em vez do todo. Como é possível verificar, trata-se de uma alteração capital na vinculação indivíduo-coletividade e que trará seqüelas sérias e permanentes ao processo de socialização e reprodução cultural da sociedade. Mesmo na dependência de orientações teóricas e da formação profissional, o autismo é atualmente visto como uma desordem de causas ou neurológicas, ou psicológicas, ou ainda, em uma ordem do desenvolvimento global, com a presença de sinais bem definidos, podendo ser considerado uma síndrome.

Estima-se que duas em cada mil crianças têm algum distúrbio autístico, e dessas, 10% a 50% são portadoras do autismo infantil (a variação percentual decorre das diferentes formas de classificação da doença). A doença atinge aproximadamente 0,05% da população, e a ocorrência de novos casos é mais comum no sexo masculino, na razão de três homens para cada mulher afetada. Não há uma clara relação entre o autismo e a classe sócio-econômica, apesar de estudos mais antigos apoiarem a expressão dessa teoria. Verifica-se ainda que o retardo mental afeta a maioria dos autistas, com cerca de 50% dos

portadores apresentando quociente de inteligência (QI) inferior a 50; 70%, menor que 70; e 95%, abaixo de 100. Como a fala nesses indivíduos é normalmente prejudicada, a avaliação do QI é feita com testes não-verbais.

Em relação à terapêutica, preconiza-se um tratamento mais adequado para crianças autistas que possa incluir escolas especializadas e apoio aos pais, uma vez que se verificam que se desenvolvem melhor em instituições educacionais bem estruturadas, em que professores têm experiência com autismo. Programas comportamentais podem reduzir a irritabilidade, os acessos de agressividade, os medos e os rituais, assim como promover um desenvolvimento mais apropriado. Estimulantes são capazes de reduzir a hiperatividade, mas geralmente aumentam de forma intolerável os atos repetitivos. Doses baixas de medicamentos neurolépticos costumam reduzir a agitação e as repetições e em dosagens mais altas podem reduzir a hiperatividade, a retração e a instabilidade emocional. No entanto, é preciso verificar se o benefício é superior aos problemas causados pelos efeitos colaterais dessas drogas. Contudo, seja como for à gênese e as abordagens terapêuticas é mister que se possa ampliar a cooperação e relação epistemológica nas atividades profissionais para ultrapassar as barreiras da incompreensão atual.

O presente trabalho busca investigar a aplicabilidade do uso do teste de Rorschach na avaliação de características da personalidade de crianças com autismo, num caráter preliminar quanto aos resultados e discussão, tendo em vista que a pesquisa encontra-se em fase inicial. A relevância do estudo justifica-se devido à necessidade do desenvolvimento de pesquisas, na área de avaliação psicológica de crianças portadoras de autismo, mediante a utilização de instrumentos apropriados para tal finalidade diferenciando a produção individualizada da criança.

Importante ainda destacar especial interesse e atenção aos itens referentes aos prejuízos na comunicação, tendo em vista que a ferramenta utilizada para avaliação da personalidade dessas crianças no presente estudo, o método de Rorschach, pressupõe uma elaboração estruturada da linguagem. As crianças com autismo se situam geralmente à margem de uma expressão fluente no campo das palavras, isto pode ser devido a: das mais severas da patologia, que se manifestam por um mutismo total e por uma incompreensão do que circula à sua volta, em termos simbólicos; até as possibilidades da fala pela emissão de sons, como a ecolalia, ou mesmo as formas mais amenas, que pressupõe uma

possibilidade de compreensão da fala e de uso da mesma (estes em particular, sujeitos do estudo).

Em face do exposto algumas questões emergem de forma a nortear a investigação: Qual a contribuição que pode a Psicologia, oferecer aos demais campos do saber humano, ao realizar um processo avaliativo com vistas ao tratamento terapêutico? Não seria o processo avaliativo uma importante maneira de oferecer encaminhamentos efetivos e eficazes na direção de um tratamento clínico? A escolha da temática justifica-se devido a inquietações profissionais acerca do tema, dada a escassez de pesquisas no âmbito do estudo das características de personalidade dessas crianças. O autismo tornou-se um dos distúrbios comportamentais mais investigados e o interesse pela área é amplamente justificado, tendo em vista a gravidade deste transtorno e o impacto que produz.

A escolha pelo método de Rorschach justifica-se devido ao fato deste ser uma técnica que revela a organização básica da estrutura da personalidade, incluindo características da afetividade, sensualidade, vida interior, recursos mentais, energia psíquica e traços gerais e particulares do estado intelectual do sujeito. Além disso, tal técnica, como prova perceptiva, apresenta padrões de sistematização e verificação, tornando-o apto para um estudo objetivo em pesquisa. Pode-se definir a percepção, segundo Rorschach, como *“a integração associativa de engramas com atuais complexos de sensações; assim, na percepção das manchas existe um esforço de integração consciente”*⁵ (1). Tal aspecto tem, portanto, uma relevância e abrangência no estudo do autismo considerando que em sua etiologia, o aspecto comunicativo das percepções encontra-se prejudicado.

2 – Objetivos

Objetivo Geral

Verificar a expressão comportamental e as características de personalidade de crianças portadoras de autismo.

⁵ Rorschach, H. *Psicodiagnóstico* (pg 17).

Objetivos Específicos:

Identificar os fatores perceptivos da estrutura de personalidade de crianças portadoras de autismo;

Contribuir através da avaliação diagnóstica, para o entendimento de tal síndrome, visando o estabelecimento de possíveis intervenções terapêuticas, e

Verificar a adequação do teste de Rorschach como instrumento de avaliação de personalidade de crianças portadoras de autismo e possíveis uso no Brasil.

3 – Método

População/Amostra

A população se constitui de crianças do sexo masculino e feminino, situadas na faixa de 4 a 12 anos, usuárias de uma instituição pública que atende Portadores de Necessidades Especiais e de uma entidade não governamental que atende sujeitos portadores de autismo, ambas as instituições situadas na cidade de Natal-RN.

A amostra, definida por conveniência, constitui-se de três grupos de sujeitos:

Grupo 1

Composto por 20 crianças do sexo masculino e feminino, com idade entre 4 e 12 anos, com alguma capacidade de verbalização, com diagnóstico clínico de autismo, de acordo com critérios do DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) efetuado por profissionais médicos.

Grupo 2

Composto por 20 crianças do sexo masculino e feminino, com idade entre 4 e 12 anos, estudantes de uma escola pública da região metropolitana de Natal-RN, sem dificuldades quanto a comunicação, a interação social e imaginação.

Grupo 3

Composto por 20 crianças do sexo masculino e feminino, com idade entre 4 e 12 anos, portadores de outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e com

características em comum com o autismo: (TDAH) Transtornos de Atenção e Hiperatividade, Síndrome de Rett e Síndrome de Asperger.

Instrumentos

Método de Rorschach em aplicações individuais conduzidas pela autora; dados sócio- demográficos obtidos nas instituições e ou com os responsáveis.

Procedimentos

Os responsáveis pelos participantes da pesquisa dos três grupos, serão contatados e convidados a autorizar a participação das crianças, mediante assinatura de um termo de Compromisso Livre e Esclarecido sobre a pesquisa, elaborado pela pesquisadora à ser autorizado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Para avaliar as características de personalidade será utilizada a técnica projetiva de Rorschach; a condução do inquérito, a classificação dos determinantes e conteúdos assim como a interpretação serão realizados segundo o sistema de classificação proposto por Klopfer e adaptado ao Brasil por Vaz (2008). As verbalizações das crianças ante as pranchas do Rorschach serão digitadas e os resultados obtidos após os procedimentos de classificação serão transcritos em planilhas eletrônicas visando à análise estatística.

4 – Discussão:

Os resultados ainda incipientes não permitem uma apresentação específica. Entende-se que a Psicologia deve estar inserida nesse contexto avaliativo de crianças com autismo, oferecendo condições de detectar as áreas de desenvolvimento comprometidas visando a melhoria da qualidade de vida dessas crianças. Nesse contexto, segundo Amiralian (1978), o psicólogo também poderá fazer esclarecimentos a outros profissionais sobre as formas e condição de aprendizagem do sujeito. É parte fundamental do processo de reabilitação a avaliação diagnóstica; é o ponto de partida para o estabelecimento dos programas de intervenção. A ênfase na avaliação aqui é mais que somente uma classificação quanto aos resultados apresentados, mas centrada nas possibilidades comportamentais verificadas pelas crianças, e suas ações adaptativas no cotidiano.

Referências

ABERASTURY, A. *Psicanálise da Criança – Teoria e Técnica*. Artes médicas, Porto Alegre:1987.

ADRADOS, I. *Teoria e Prática do Teste de Rorschach*. Petrópolis, Vozes, 1975.

AMIRALIAN, M.L.T.M., *Psicologia do Excepcional*. Vol.8 São Paulo: EPU, 1978

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION _ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.

BARBIERI, C. P. *Autismo – O desamparo original do ser*. In Estudos de Psicanálise, Revista do Circulo Brasileiro de Psicanálise, Ed. 23. Recife. 2000.

BEIZMANN, c. *El Rorschach em El niño e três a diez años*; Madrid: Aguillar, 1968.

GREENSPAN, s. & Wilder, S. *Autism Spectrum disorders – A transactional developmental perspective*. Baltimore: Paul H, Brookes, 2000.

HENRIQUES, S. **Autismo**. Acessado em 27/09/2008
<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Autismo>

KANNER, L. *Os distúrbios autísticos do contato afetivo*. In ROCHA, Paulina S. (org). *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997.

KLOPFER, B.& DAVIDSON, H. H. *Manual Introductorio a la Técnica del Rorschach*. Buenos Aires, Paidós, 1977.

LAMPREIA, C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 17 (1). 2004.

RORSCHACH, H. *Psicodiagnóstico*.São Paulo: Mestre Jou, 1967.

SCHARTZMAN, J. S. *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon, 2003.

VAZ, C.E. *O Rorschach: Teoria e desempenho*; 3 ed. São Paulo: Manole,2008.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Karla Maria Nunes Ribeiro¹

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é o transtorno neurocomportamental mais comum em crianças em idade escolar. Estima-se que 3% a 6% das crianças nessa faixa etária apresentem TDAH¹.

Na década de 40, esse quadro surgiu com a denominação de "lesão cerebral mínima", sendo modificado, em 1962, para "disfunção cerebral mínima", reconhecendo-se que as alterações se relacionavam mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas². Nas classificações mais utilizadas atualmente, CID-10³ e DSM-IV⁴, as diretrizes diagnósticas são bastante similares, diferindo, entretanto, com relação à nomenclatura: transtornos hipercinéticos e TDAH, respectivamente.

As características principais do transtorno na infância são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, que podem levar a prejuízos significativos, tais como comprometimento no desempenho acadêmico, dificuldades no relacionamento interpessoal com familiares e outras crianças, assim como baixa auto-estima.

Os sintomas de TDAH começam na infância e podem persistir durante a adolescência e idade adulta.

Além dos sintomas nucleares do transtorno, em mais de 50% dos casos, existe comorbidade com transtornos do aprendizado, transtornos do humor e de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do abuso de substâncias psicoativas⁵. Estudos têm demonstrado que crianças com esse quadro apresentam risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta⁶.

A proporção de acometimento, segundo o sexo, mostra uma predominância no sexo masculino, na razão de 3:1.

As causas do TDAH não são bem conhecidas. Vários fatores já foram implicados, como exposição fetal ao álcool e questões pré e perinatais, como tabagismo materno, complicações neonatais e baixo peso ao nascimento⁷. Estudos apontam forte

¹ Psiquiatra da Infância e da Adolescência pela USP; Título de Especialista em Psiquiatria Infantil pela AMB; Mestra em Ciências da Saúde pela UFS

participação genética na determinação do transtorno^{8,9} e a associação com polimorfismo nos genes do sistema dopaminérgico reforça isto¹⁰.

Estudos morfológicos e funcionais sugerem um comprometimento do lobo frontal¹¹ e dos gânglios da base (núcleo caudado)¹² na etiologia do TDAH.

Existem também algumas evidências experimentais e clínicas de uma deficiência do sistema dopaminérgico relacionada à hiperatividade¹³.

O quadro clínico do TDAH é caracterizado pela tríade sintomatológica da desatenção, hiperatividade e impulsividade. Entretanto, é importante ressaltar que sintomas isolados podem ser resultantes de sistemas educacionais inadequados, de problemas na vida de relação das crianças ou mesmo de outros transtornos psiquiátricos comumente encontrados na infância e na adolescência.

A desatenção pode ser identificada por: dificuldade em prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e profissionais; dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares e domésticas; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas e atividades; ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; apresentar esquecimentos em atividades diárias.

Já a hiperatividade é manifestada por: agitar as mãos, os pés ou se mexer na cadeira; abandonar a cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia em situações nas quais isto é inapropriado; dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividade de lazer; estar frequentemente "a mil" ou mais vezes agir como se estivesse "a todo vapor"; falar em demasia.

A impulsividade caracteriza-se pela presença dos seguintes sintomas: frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; apresentar constante dificuldade em esperar sua vez; frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros⁴.

A sintomatologia é constituída por graus variados de déficit de atenção, hipertividade e impulsividade que são inadequados do ponto de vista do desenvolvimento da criança e que interferem com o seu desempenho social e acadêmico.

Para o diagnóstico de TDAH é necessário, portanto, contextualizar os sintomas na história de vida do paciente, devendo-se levar em conta a duração, a frequência e a intensidade dos mesmos e o grau de comprometimento no funcionamento da criança.

A presença de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade por curtos períodos, que se iniciam claramente após um estressor psicossocial, deve alertar para a possibilidade de se tratar apenas de sintomas e não de um quadro de TDAH propriamente dito. Estes sintomas podem acontecer mesmo em crianças normais, ocasionalmente ou até frequentemente, mas em menor intensidade.

Portanto, para o diagnóstico, é fundamental a presença de pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, com aparecimento antes dos sete anos de idade, em vários locais (casa, escola) e ao longo do tempo, trazendo prejuízo clinicamente significativo.

O DSM-IV subdivide o TDAH em três tipos: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de hiperatividade/impulsividade; TDAH combinado⁴. O tipo com predomínio da desatenção é mais frequente em meninas e, junto com o tipo combinado, apresenta maiores taxas de prejuízo acadêmico. As crianças com o tipo com predomínio da hiperatividade/impulsividade são mais agressivas e impulsivas. Os meninos apresentam mais o tipo combinado, que é o que mais gera comprometimento global, com problemas de conduta, de oposição e desafio.

A avaliação diagnóstica deve envolver necessariamente a coleta de dados com os pais, com a criança e com a escola.

A história revela que algumas dessas crianças foram bebês que apresentaram distúrbios do sono e irritabilidade sem causas definidas. São crianças que tiveram um desenvolvimento normal, mas que podem ter tido discreto atraso no desenvolvimento da linguagem.

A entrevista com os pais deve abordar a história do desenvolvimento, médica, escolar, familiar, social e psiquiátrica da criança. Com esta, a avaliação deve ser adequada ao seu nível de desenvolvimento cognitivo e afetivo. É importante lembrar que a ausência de sintomas no consultório não exclui o diagnóstico, já que essas crianças são frequentemente capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário, ou em atividades de grande interesse, como jogos de computador.

O exame neurológico e a testagem psicológica também fazem parte da avaliação. A investigação neurológica é fundamental para a exclusão de patologias que possam

mimetizar o TDAH. Frequentemente podem ser observados sinais neurológicos "menores", principalmente nos testes de persistência motora, equilíbrio estático e coordenação motora fina¹⁴.

No que tange a testagem psicológica, o teste que fornece mais informações relevantes é a *Wechsler Intelligence Scale for Children*¹⁵. A sua terceira edição (WISC-III) tem tradução validada para o português¹⁶, sendo que os subtestes que compõem o fator de resistência à distraibilidade (números e aritmética) podem ser importantes para reforçar a hipótese diagnóstica de TDAH.

Entre as escalas disponíveis para preenchimento por professores, apenas a escala de Conners tem adequada avaliação em amostra brasileira¹⁷.

Exames laboratoriais, como o eletroencefalograma, potenciais evocados, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, de forma geral, não contribuem para o diagnóstico, que é essencialmente clínico.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com deficiência mental leve, distúrbios específicos da linguagem, epilepsia, movimentos involuntários como síndromes coreiformes e síndrome de Tourette, distúrbios metabólicos, intoxicações, distúrbios sensoriais da visão e da audição e outros transtornos psiquiátricos. Dentre estes, devemos destacar a depressão infantil, transtorno afetivo bipolar e autismo. Não menos importantes, os fatores ambientais inadequados de âmbito familiar-educacional, escolar ou até socioeconômico-cultural devem ser levados em consideração.

Pesquisas mostram alta taxa de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno oppositor desafiante), situada em torno de 30% a 50%⁶. A taxa de comorbidade também é significativa com as seguintes doenças: depressão (15% a 20%); transtornos de ansiedade (em torno de 25%)⁶ e transtorno de aprendizagem (10% a 25%)¹⁸.

Há também uma alta taxa de associação do TDAH com o abuso e dependência de drogas na adolescência e, principalmente, na idade adulta (9% a 40%)⁶.

As principais consequências do TDAH são o baixo desempenho escolar, as dificuldades de relacionamento, a interferência no desenvolvimento educacional e social, o comprometimento na auto-estima e predisposição a outros distúrbios psiquiátricos.

Estima-se que 60% a 80% dos pacientes com TDAH na infância permanecem com o transtorno na fase adulta¹⁹ e que 11% das crianças hiperativas têm um dos pais com tal diagnóstico²⁰.

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas²¹.

O primeiro passo deve ser educacional, através de informações claras e precisas à família a respeito do transtorno. É importante que os pais conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades e que aprendam a manejar os sintomas dos mesmos.

Os professores devem ser orientados quanto à necessidade de uma sala de aula bem estruturada, de preferência com poucos alunos, com rotinas diárias consistentes e ambiente previsível. As tarefas propostas não devem ser muito longas.

Algumas vezes, torna-se necessário um acompanhamento psicopedagógico, especialmente centrado na forma do aprendizado, como, por exemplo, nos aspectos ligados à organização e ao planejamento do tempo e de atividades.

A psicoterapia individual de apoio ou de orientação analítica pode ser indicada para abordagem das comorbidades, principalmente dos transtornos depressivos e de ansiedade, e de sintomas que acompanham o TDAH, como baixa auto-estima, dificuldade de controle de impulsos e capacidades sociais pobres.

A modalidade psicoterápica com maior evidência científica e eficácia para os sintomas centrais do transtorno é a cognitivo-comportamental¹⁸.

A indicação dos psicofármacos para o TDAH depende das comorbidades existentes²². A literatura apresenta os estimulantes como medicação de primeira escolha²³. No Brasil, o único estimulante encontrado no mercado é o metilfenidato e a dose recomendada é de 0,3 mg/kg/dia a 1 mg/kg/dia. Cerca de 70% dos pacientes respondem adequadamente aos estimulantes e os toleram bem²¹.

Os antidepressivos tricíclicos são indicados nos casos em que não há resposta aos estimulantes e na presença de comorbidade com transtorno de tique ou enurese²². Outro antidepressivo utilizado é a bupropiona.

É importante que os profissionais da área de saúde mental que lidam com crianças e adolescentes estejam familiarizados com o tema, já que o reconhecimento precoce e o manejo adequado dessa condição podem modificar o prognóstico pedagógico e psicossocial da maioria dos casos.

REFERÊNCIAS

- 1- FARAONE, S.V.; SERGEANT, J.; GILLBERG, C.; BIEDERMAN, J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an american condition? *World Psychiatry*, 2003, v. 2, p.104-13.
- 2- BARBOSA, G.A. Transtornos hipercinéticos. *Infanto*, 1995, v.3, p.12-9.
- 3- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.
- 4- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.
- 5- JENSEN, P.S.; MARTIN, D.; CANTWELL, D.P. Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, v.36, p.1065-79.
- 6- BIEDERMAN, J.; NEWCORN, J.; SPRICH, S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*, 1991, v.148, n.5, p.564-77.
- 7- BEN AMOR, L.; GRIZENCO, N.; SCHWARTZ, G.; LAGEIX, P.; BARON, C.; TER-STEPANIAN, M. et al. Perinatal complications in children with attention deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *J Psychiatry Neurosci*, 2005, v.30, p.120-6.
- 8- FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 1994, v.3, p.285-301.
- 9- FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J.; MILBERGER, S. An exploratory study of ADDH among second-degree relatives of ADDH children. *Biol Psychiatry*, 1994, v.35, p.398-402.
- 10- MAHER, B.S.; MARAZITA, M.L.; FERREL, R.E.; VANYUKOV, M.M. Dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Psychiatr Genet*, 2002, v.12, p.207-15.
- 11- GIEDD, J.N.; CASTELLANOS, F.X.; CASEY, B.J.; KOZUCH, P.; HAMBURGER, S.D.; RAPOPORT, J.L. Quantitative morphology of the corpus callosum in a attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 1994, v.151, p.665-9.
- 12- CASTELLANOS, F.X.; GIEDD, J.N.; ECKBURG, P.; MARSH, W.L.; VAITUZIS, A.C.; KAYSEN, D.; HAMBURGER, S.D.; RAPOPORT, J.L. Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *Am Psychiatry*, 1994, v.151, p.1791-6.

- 13- ROSENBERG, P.B. Attention deficit. *Pediatr Neurol*, 1991, v.7, p.397-405.
- 14- GUARDIOLA, A. Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção: um estudo de prevalência e fatores associados em escolares de 1ª série de Porto Alegre (tese), Porto Alegre, UFRGS, 1994.
- 15- WECHSLER, D. WISC-III/Manual. New York, NY, The Psychological Corporation, 1991.
- 16- FIGUEIREDO, V.L.M. Influências socioculturais na inteligência verbal: uma análise fundamentada no teste WISC-III (dissertação). Porto Alegre: Instituto de Psicologia da PUCRS, 1994.
- 17- BARBOSA, G.A.; DIAS, M.R.; GAIÃO, A.A. Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Conners en escolares de João Pessoa- Brasil, *Infanto*, 1997, v.5, p.118-25.
- 18- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 1997, v.36 (10 Suppl): 85S-121S.
- 19- RAPPLEY, M.D. Clinical practice. Attention deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med*, 2005, v.352, p.165-73.
- 20- MORRISON, J. Adult psychiatric disorders in parents of hyperactive children. *Am J Psychiatry*, 1980, v.137, n.7, p.825-27.
- 21- SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; HARDING, M.; O'DONNELL, D.; GRIFFIN, S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, v.35, n.4, p.409-28.
- 22- CORREA FILHO, A.G.; ROHDE, L.A. Árvore de decisão terapêutica do uso de psicofármacos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e comorbidades em crianças. *Infanto*, 1998, v.6, n.2, p.83-91.
- 23- GREENHILL, L.L.; HALPERIN, J.M.; ABIKOFF, H. Stimulant medications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999, v.38, n.5, p.503-12.

SUICÍDIO ASSISTIDO

Marli Piva Monteiro.

Resumo – A morte, única certeza da humanidade é também causa de perplexidade, angústia e evoca os sentimentos mais contraditórios. O suicídio que muitas sociedades e religiões rejeitaram, é agora debatido como possibilidade e o suicídio assistido como forma aceitável de eutanásia.

Palavras chave: morte; luto; melancolia; suicídio; eutanásia; suicídio assistido.

Abstract – Death – the only certainty of mankind is also the reason for perplexity, anxiety and contradictory feelings. Suicide always rejected by many societies and religions is now debated as a possibility and assisted suicide an allowed form of euthanasia.

Key words: death; mourning; melancholia; suicide; euthanasia; assisted suicide.

Presas servil da angústia existencial, o homem vive negando a morte, mas ainda se inquieta e confunde ante a sua evidência inexorável. Queda-se perplexo e atordoado em situações críticas como o suicídio.

Interromper o fluxo da vida é um ato de coragem ou a expressão maior da covardia? É uma atitude de obediência extrema ao pai ou a insurreição suprema?

A psicanálise como a filosofia, a sociologia, as religiões, busca respostas e esbarra em impasses.

Hoje, mais do que nunca somos todos instigados a refletir sobre a questão que ganhou contornos mais amplos e abrangentes. Atualmente discutir os aspectos da eutanásia e do suicídio assistido é tema inevitável.

Ao falar da teoria dos instintos, Freud refere-se a “forças do Id como exigências somáticas que são feitas à mente” e promove como suprema causa de toda atividade as conservadoras tendências a voltar ao estado abandonado.

Admite, contudo, que os instintos podem substituir-se mutuamente ou transferir a energia de um para o outro ou mudar de objetivo.

Freud até aqui considera dois instintos como básicos, Eros e Tanatos, ou seja, os instintos de autopreservação e preservação da espécie representariam as forças de Eros e aqueles destrutivos que se propõem a desfazer conexões, destruir coisas e têm como objetivo final levar o que é vivo a um estado inorgânico.

Nas funções biológicas os dois instintos básicos operariam um contra o outro ou se combinariam mutuamente. A ação concorrente e mutuamente oposta dos dois instintos fundamentais dá origem a toda a variedade dos fenômenos da vida. São forças opostas da atração versus repulsão.

A energia de Eros denomina-se libido e serve para neutralizar as tendências destrutivas simultaneamente presentes.

O instinto destrutivo funcionando como instinto de morte, permanece silencioso – só quando é desviado para fora é que nos chama a atenção como instinto de destruição.

Ao estabelecer-se o Supereu, quantidades consideráveis do instinto agressivo fixam-se no interior do Eu e lá operam auto destrutivamente. Finalmente conclui, asseverando que o indivíduo morre de seus conflitos internos, mas a espécie morre de sua luta mal sucedida contra o mundo externo.

Em “Uma Introdução ao Narcisismo”, texto de 1914, Sigmund Freud, considera dois tipos de amor, o *narcisista* quando o indivíduo ama a si mesmo de uma das três maneiras, ou ama o que ele próprio *é*, ou o que *foi* ou o que *gostaria de ser* e o anaclítico, quando o indivíduo ama *a mulher que o alimenta ou o homem que o protege*.

Por isso considera o *Eu Ideal* como o substituto do narcisismo perdido da infância na qual era o seu próprio ideal. A auto-estima expressa o tamanho do Eu. Sentimentos primitivos de onipotência da própria experiência servem para elevar a auto-estima enquanto a dependência do objeto amado não eleva a auto estima, mas o apaixonado se torna submisso e humilde. Quem ama se priva do narcisismo que só pode ser substituído pelo amor de outrem.

Há, portanto, evidente relação entre a auto-estima e o erotismo. Ao envolver medo e privação o amor reduz a auto-estima, mas o ser amado, ser correspondido no amor, possuir o objeto amado, a eleva.

Em 1915 Freud retoma a questão do instinto de morte em “Nossa atitude para com a morte” no artigo “Reflexões para os tempos de guerra e morte” onde assevera que costumamos eliminar a morte das nossas vidas, pois é inimaginável para o ser humano

pensar a própria morte a não ser como espectador. Para o nosso inconsciente somos todos imortais. Assim também procuramos evitar falar da morte dos outros na sua presença para não parecermos insensíveis ou maus. Mas, nenhum desses artifícios nos consegue livrar da morte e em vista disso procuramos encontrar sempre causas acidentais, doenças ou descuidos na observação de tratamentos e cuidados que justifiquem a morte. Nos obituários ou nas referências em conversas exaltamos as qualidades dos mortos e lhes omitimos os defeitos e perdoamos as ofensas. Porém quando a morte nos atinge através dos que nos são caros ficamos desesperados e nada é capaz de apaziguar-nos nem de substituir o objeto perdido no estado do luto. A única solução parece ser ir junto com o nosso ente querido que partiu para nunca mais voltar. O ser humano é o único dos seres vivos que sabe que vai morrer, mas a morte lhe surge como algo evitável. Foi tentando entender o estranho comportamento do homem moderno frente à morte que Freud se deteve sobre o comportamento do homem primitivo em tal situação. O homem primitivo, mesmo considerando a morte o fim da vida, a negava e reduzia a nada. A confusão ficava clara quando se percebia a diferença de atitude ao se tratar da morte de estranhos ou da sua própria. A morte dos outros podia ser aceita sem escrúpulos e matava o inimigo como se fosse coisa natural, livrar-se do que o importunava. Haja vista, a grande coleção de assassinatos de que se constitui a história de todos os povos. O sentimento de culpa a que está sujeita a humanidade e que as religiões consideram no pecado original é provável que seja o resultado da culpa de um homicídio. O crime primordial da humanidade é um parricídio.

Mas para o homem primitivo sua morte era inimaginável, foi a dor da perda dos entes queridos que o fez aprender que cada um de nós pode morrer e isso o fez revoltar-se – cair no desespero quando morriam as pessoas queridas, era com se perdesse parte do seu próprio eu. Porém percebeu que havia algo que o agradava nestas mortes, pois havia alguma coisa de estranho nessas pessoas e lhe despertava hostilidade.

Foram esses sentimentos confusos e ambivalentes que o fizeram experimentar a angústia e ter que admitir a sua própria morte.

Ao lado dos cadáveres amados criou fantasmas terríveis e cruéis que lhe carregavam os entes queridos e as modificações físicas que a morte ocasiona lhe sugeriram a divisão do corpo e da alma. Bem assim, a persistente lembrança dos mortos foi a base para supor outras vidas.

As religiões se incumbiram de tornar outras vidas ideais.

São os mais recônditos desejos assassinos os responsáveis pelo mandamento “Não matarás”.

Podemos concluir, portanto, que admitimos a idéia do assassinato / da morte do outro e nos sentimos pesarosos e culpados pela morte dos nossos mais próximos, mas no nosso inconsciente continuamos todos imortais.

Freud percebe, em “Luto e Melancolia” (Freud:1917) que as mesmas reações à perda de alguém que se ama são as que se observam na melancolia; a mesma perda de interesse pelo mundo externo e capacidade de adotar outro objeto de amor, além do mesmo afastamento de qualquer atividade que não esteja ligada a ele. No entanto é o conflito, a ambivalência, o principal móvel do aprofundamento e persistência do luto, bem como, a impossibilidade de sua elaboração. É o imenso amor ligado ao ódio imenso que promove a permanência do luto e instalação da melancolia. Assim, é também o mesmo sadismo que pode explicar as tendências suicidas. Na paixão intensa, como no suicídio, ensinou-nos Freud, o Eu é dominado pelo objeto, mas acrescentou: “Nenhum neurótico abriga pensamentos de suicídio que não consistam em impulsos assassinos contra outros, que se voltam contra si mesmo” (Freud:1917)

Esse processo de coexistência entre o amor e o ódio foi denominado por Lacan de “enamorado”, ilustrado no relato que fez o escritor Stefan Zweig no seu romance “Vinte e quatro horas na vida de uma mulher” que (Eliane Schermann:2002) analisa com detalhes. Após a morte do marido, a Sra. C, principal personagem do livro, procura em vão repetir a experiência da perda, capturada pelo gozo na tentativa de recuperar o objeto perdido, com o qual se identifica em alguns momentos e em outros se afasta. Esse objeto de luto passa então a procurá-lo entre as mãos perdidas nas salas de jogo dos cassinos que seu marido costumava freqüentar e que passam a exercer sobre ela uma atração irresistível. É como se buscasse comprovar as afirmações do marido de que os movimentos das mãos dos jogadores, nestas circunstâncias, eram capazes de revelar o mais íntimo do seu ser. Ao evocar a morte do marido, a Sra. C reveste o objeto perdido com essa atração pelas mãos, que como manoplas terminam por retê-la, enquanto ela busca desesperadamente o reencontro com o objeto de sua perda.

Na busca deste significante, a Sra. C tenta encontrar algo que apesar de desconhecer, a fixava cada vez mais no luto, a emaranhava nos meandros de um desejo que

acalmaria sua dor. A Sra. C prossegue na sua peregrinação pelos cassinos, à procura de mãos... até que um par delas a atrai de maneira irresistível – as de um jovem que perde tudo no jogo. Através delas percebe o seu sofrimento e decide acompanhá-lo quando ele deixa o local desarvorado. Empenha-se em ajudá-lo e lhe oferece dinheiro, chega ao ponto de se deixar arrebatar pela emoção e viver com o moço, tresloucada paixão, num sórdido quarto de hotel. O despertar do dia seguinte a surpreende numa sensação de estranheza, ao reconhecer-se no insólito ambiente, mas envaidecida com a convicção de tê-lo salvo duplamente, salvando-lhe a vida e afastando-o do vício, mas sobretudo por ter recuperado também o objeto do seu amor. Qual não é sua dor, no entanto, quando ao pensar que ele tivesse partido, volta à sala de jogo para surpreendê-lo na mesma mesa. As mãos eram então mãos vibrantes, agora que ganhava no jogo. Sua reação desesperada foi arrancá-lo de lá. Não o logrou, contudo, e num grito desesperado o acusou de mentiroso. Repetiam assim um e outro, seus sofrimentos compulsivamente. As mesmas mãos que a ajudaram a construir uma ilusão reparadora, incumbiam-se agora de desfazê-la de maneira atroz.

No suicídio, o sujeito se reduz à condição de objeto da pulsão de morte. A paixão da Sra. C é uma paixão suicida.

“Nesse ato extremo de renúncia da subjetividade ela denuncia que consente em ser apenas a escória do Outro” (Schermann:2002).

Zweig, fugindo da II Guerra Mundial refugiou-se no Brasil onde escreveu um livro entusiasmado “O país do futuro”, para logo depois suicidar-se em companhia da mulher. Em seu artigo (Schermann:2002) evidenciou que nem o saber sobre o luto e sua elaboração, como bem demonstrado no romance nem a compreensão da elaboração das próprias perdas foram suficientes para evitar que o escritor cometesse o único ato bem sucedido, aquele que não tem volta, no dizer de Lacan.

Para os lacanianos a vida é um valor paterno e é a instância paterna que a torna um valor. Fazer a escolha da continuação para evitar o suicídio pode parecer uma escolha paterna o que seria incompatível com a ética do analista, mas quando algo do real invade a cena, nenhum analista pode ser um analista. O suicídio de acordo com Lacan é o único ato que pode ser logrado por ser o único que consegue sair do semblante que promete o encontro com o Real. Por outro lado, o ato suicida é um ato que sempre tem sentido de referência à instância paterna como instância que concede à vida um valor. É por causa disso que dizem os lacanianos que o suicídio é um ato de obediência paterna, mesmo

quando parece um abandono sacrificial à Demanda do Outro, já que só há uma possibilidade de erotização da morte em referência à vida como valor – querer a vida como posse, ser seu dono. O suicídio só interessa a quem lida com a instância paterna – neuróticos, perversos ou psicóticos após injunção e crise. Do ponto de vista laciano nem a vida nem a morte são valores como tais, mas têm apenas valor fálico. Ao contrário do que pensa Freud, a preservação da vida nada tem a ver com a ética da psicanálise nem com a idéia de “pulsão de vida”. A erotização da vida e da morte é relacionada à castração e a confrontação com a instância paterna. A vontade de querer viver significa manter a filiação. A erotização da morte seria uma determinação do supereu que abriria espaço para o Gozo Proibido.

Os progressos da tecnociência facilitaram o envelhecimento prolongado e conseqüentemente doenças degenerativas, com suas complicações, além disso, criaram mais recursos para a sobrevida nos centros de tratamento intensivo, o que vai implicar em dois grandes problemas, primeiro que esta questão se tornou uma questão de saúde pública e segundo que não se pode mais evitar a discussão sobre a eutanásia e suas variáveis, inclusive o suicídio assistido.

Na legislação brasileira, a eutanásia ainda é vista como homicídio. A definição do conceito de morte então se torna um complicador para as questões de transplantes e de pacientes terminais.

Mas existira um conceito de morte fidedigno e consensual que permitisse estribar a eutanásia?

A morte, a grande inimiga da maioria dos homens, é seguramente a sua única certeza e razão da sua angústia mais definitiva – angústia existencial. De todos os seres vivos, o homem é o único que sabe que vai morrer, só não tem certeza de quando nem como.

Encaramos a morte como um fenômeno estranho e incompreensível, principalmente porque a solução da morte é o desconhecido que nos atemoriza. Olhar a morte como parte da própria vida, como fazem alguns povos orientais, é uma difícil arte que possibilita reduzir o sofrimento humano frente à morte.

O cinema vem há muito tempo se preocupando com essas questões e tem produzindo filmes interessantes como “O direito de morrer” dirigido por George

Schaeffer, “De quem é a vida afinal?” cujo diretor não recordo no momento e o atualíssimo e bastante premiado “Mar Adentro” de Alejandro Almendábar.

A questão presente nestes filmes está mais ligada ao morrer e ao suicídio assistido.

A situação de morrer inquieta e perturba médicos, enfermeiros e todo o staff num hospital, bem como familiares e amigos porque expressa o medo de cada um ante a morte.

O estudante de medicina é preparado para ver a morte como o seu maior adversário e por ele empenha-se a lutar como se por vezes a vida fosse o bem maior não importa a que preço.

A mitologia já caracterizava o médico como “aquele que vence a morte”. Asclépio, deus grego que era filho de Apolo aprendeu a arte de curar com o centauro Quiron e adquiriu a habilidade de ressuscitar os mortos. Na verdade o que Asclépio recebeu de Atena foi o sangue das veias de Górgona, sendo que o sangue das veias do lado direito tinha propriedades benéficas, mas era preciso saber utilizá-lo, enquanto que as do lado esquerdo traziam um líquido venenoso.

Uma das grandes angústias para a maioria dos médicos ao constatar a morte do seu paciente é a vivência da culpa por terem falhado, culpa por não terem sido capazes de vencer a morte, não serem onipotentes como lhes cobram e eles próprios se exigem.

Se a morte ocupa tantos estudiosos da medicina, antropologia, filosofia, psicologia e todas as religiões, na tentativa de encontrar explicações para um além da vida, o morrer continua sendo o momento doloroso e único para cada um, ante o qual não se encontram formulas nem respostas.

Todas as vezes que há dificuldades para definir alguma coisa criam-se muitas classificações ou definições sobre o tema. A morte não foge à regra.

Eutanásia é um termo grego que significa “*boa morte ou morte digna*” e foi usado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio no século II D.C. ao descrever a morte suave do imperador Augusto. Séculos depois, Francis Bacon em 1623 utilizou o termo em sua “*Historia vitae et mortis*” como sendo o “tratamento adequado para as doenças incuráveis”.

A expressão *suicídio assistido* é bem posterior e acontece quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para morrer, caso não seja capaz de perpetrar o ato.

Nesse caso é preciso que o doente esteja consciente e manifeste explicitamente sua opção pela morte.

É diferente da eutanásia, situação em que um paciente terminal e em coma esteja sendo mantido vivo por um ventilador mecânico que poderá ser desligado para ocasionar a morte.

No particular da eutanásia atualmente uma série de termos está sendo utilizada como a *Ortotanásia* que seria *a morte no tempo certo sem tratamentos desproporcionais e sem abreviação do tempo de morrer*. Por outro lado, a *Distanasia* seria o *excesso de tratamento para prolongar o sofrimento do paciente evitando sua morte que será inevitável*.

Em 1999. Lepargneur definiu *Eutanásia* como “O emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam”.

A quase totalidade dos países proíbe a prática que está legalizada na Holanda, Suíça, Bélgica e nos Estados Unidos apenas no estado de Oregon, a partir de 2003. Inclusive nos USA o Dr. Jack Kevorkian já realizou vários procedimentos do gênero. Além disso, aquele país fundou uma sociedade chamada de “Hemlock Society” ou “Sociedade da Cicuta” numa referência a Sócrates que foi obrigado a beber cicuta para morrer em Atenas. Em 1991 foi também lançado nos USA o livro “A Solução Final” que até hoje é best seller. Em 08 de Janeiro de 1997 a Suprema Corte dos EEUU declarou não haver diferenças morais ou legais entre não implantar ou retirar tratamento e auxiliar pacientes a suicidar-se, mas depois retirou a declaração.

Na Suíça o Hospital Universitário de Vaud é o único a admitir o suicídio assistido. Os pacientes, no entanto, não podem ser retirados do hospital e são avaliados por uma comissão de ética. Nenhum médico do hospital pode oferecer esta assistência a não ser fora do exercício de suas funções em dias livres. Em muitos casos prefere-se aceitar médicos externos.

Há algumas classificações de Eutanásia:

a) eutanásia ativa – que é o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento por fins humanitários (ex. injeção letal).

b) eutanásia passiva – a morte ocorre por omissão em iniciar ação médica que garante a sobrevivência (ex. deixar de acoplar a respiração artificial).

c) eutanásia de duplo efeito – quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando o êxito letal, mas alívio do sofrimento (ex. emprego de altas

doses de benzodiazepínicos para aliviar a ansiedade, causando secundariamente, parada respiratória).

A defesa do suicídio assistido pauta-se na liberdade de escolha do homem, do paciente, que autônomo e competente decide interromper seu prolongado sofrimento irreversível em condições em que a qualidade de vida é a pior possível.

O filme “Mar Adentro” retrata exatamente uma questão desse porte. Ramón Sampedro defende seu direito à morte alegando que a vida não pode ser imposição de ninguém e nenhum outro tem mais motivos para considerar o que mais convém a ele.

Em defesa da vida estão os religiosos que admitem a sacralidade da vida como dom do criador e, portanto, jamais podendo ser interrompida sob qualquer pretexto a não ser por decisão divina. Quanto a estas questões dogmáticas nada se pode objetar e nenhuma discussão pode ser encaminhada.

A pressuposição de que o homem não é o dono da sua própria vida, nega-lhe até o direito de questionar, mas muito mais que isso, iguala todos os que vivem em condições de sofrimento e não consegue sequer admitir que nem todos preferem a morte.

A lei pondera a discussão sobre a autonomia pela possibilidade da desconfiança e o desgaste na relação médico-paciente, possíveis atos por motivos usurários como recebimento de heranças, seguros, pensões, ou ainda pressões psíquicas com a condição de evitar “estorvo” para os familiares.

Do ponto de vista jurídico, a escola positivista diz que cada um é dono de si mesmo e o suicídio é um direito do titular da vida não se podendo impedir-lhe esse direito quando já não lhe convém viver. A lei não pune o suicídio, pois seria inócua a pena aplicada a quem não sente o instintivo medo da morte.

Por outro lado, há quem considere a premissa falsa porque o homem, vivendo na sociedade, sua vida não lhe pertence, mas aos que por ela têm algum interesse. A vida é um bem inalienável que não pertence ao indivíduo e a ninguém é dado o direito de prover ou antecipar a morte de outrem. O direito à vida continua inviolável.

Havendo sugestão de suicídio deve haver o consentimento do paciente, reconhecido como excludente de ilicitude.

A participação de terceiros incluiria médico, enfermeira ou farmacêutico de quem seriam exigidos juízos técnicos.

O suicídio assistido só pode ser concebido por manifestação expressa do paciente em virtude de enfermidade física ou mental comprovada por médico. A morte deve ser iminente, a orientação ou auxílio dado por profissional da área médica e haver total ausência de interesse por parte do médico. Todos os casos devem ser analisados nas suas particularidades, de acordo com a relevância das questões, aplicando-se o princípio que melhor convenha à situação no caso.

De todo modo, resta decidir se cabe a alguém cognitiva e eticamente competente, submetido a sofrimento atroz por longo tempo e consciente do seu direito de escolher o fim de sua dor interrompendo seu trajeto no mundo, ou se o mais indicado para tomar qualquer decisão nesta situação seria outrem por se julgar que possa ser mais competente e capaz de avaliar se há interesses escusos em jogo a respeito desta morte.

É importante lembrar que mesmo sendo causa da nossa angústia maior, a morte é nossa companheira no dia a dia como bem frisou Heidegger. A morte, queiramos ou não, é uma etapa da vida e é no momento em que nascemos que começamos a morrer. Ainda assim, em nosso inconsciente não há registro da morte, para o nosso inconsciente somos todos imortais. Vemos a morte como coisa do outro. Os desejos de morte dos entes queridos ainda que com a morte próxima costumam incomodar os familiares extremamente, sobretudo quando a doença causa inequívocos incômodos e prejuízos.

O interesse de um indivíduo em morrer deve-se a uma razão aparentemente simples, ninguém a não ser o próprio indivíduo é mais capaz para decidir sobre a sua qualidade de vida e é isto que vai determinar o seu desejo de interrompê-la.

Do ponto de vista psicanalítico Ramón Sampedro é Édipo ou Antígona na sua relação com o desejo?

É Antígona quando se opõe com intransigência às leis terrestres, à justiça e à religião. Situa-se frente à morte sem recuos ou temores. Já se considera morta-vivo e escolhe a morte para cumprir seu desejo. Mas é Édipo quando escolhe a morte da qual risca seu ser, ao invés da morte acidental, prefere a subtração de si mesmo para não arriscar a outra morte.

Na ambivalência do amor-ódio avança para o ser-para-a-morte até alcançar o aniquilamento.

A sua escolha é uma escolha sem opção. Despojado de tudo pela vida – decide abdicar do seu próprio ser.

Para Lacan, o único ato bem sucedido é o suicídio uma vez que o sujeito inicialmente nascido objeto, quando passa a sujeito, sofrendo o corte é sujeitoado indefinidamente à linguagem.

REFERÊNCIAS

CALIGARI, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.* Porto Alegre: Artes Médicas.1989.

FREUD, Sigmund. Introdução ao Narcisismo. 1914. *ESB. Vol. XIV* p.108. Rio de Janeiro: Imago.1969.

FREUD, Sigmund. Reflexões para os tempos de guerra e morte. 1915. *ESB Vol. XIV.* Rio de Janeiro: Imago.1969.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. 1917. *ESB. Vol. XIV.* Rio de Janeiro: Imago. 1969.

GUYOMARD, Patrick. *O gozo do Trágico Antígona Lacan e o desejo do analisa.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1996.

LACAN, Jacques. O desejo a vida e a morte. In: *O Seminário livro 4 - o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1978

SCHERMANN, Elaine. Zweig entre a obra do luto e o suicídio in: *Extravios do Desejo.* Quinet,A. Org. p. 305 a 311. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda. 2002.

SIQUEIRA,B. Rodrigo; SCHRAMM, R. Fermin. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1):31-41- 2004.

MAR ADENTRO (DVD) – Direção: Alejandro Amendábar. Espanha. Itália. França. 2004/cor/125min.

SUICÍDIO

Miriam Elza Gorender¹

Resumo: o trabalho aborda o suicídio por três diferentes vertentes: como problema de saúde pública, como tabu e como possibilidade de prevenção. O objetivo final é chamar a atenção para a dimensão de gozo e prazer envolvida, inclusive nas fantasias de morte grandiosas encontradas na clínica, e que é necessário ter em conta para uma melhor elaboração de estratégias de prevenção, assim como na lida diária com nossos pacientes.

Palavras-chave: suicídio; tabu; prevenção; gozo

Abstract: the paper broches the suicide theme in three different ways: as a public health problem, as a taboo and as possibility of prevention. The final aim is to draw attention to the dimension of pleasure and enjoyment involved, including in the grandiose fantasies found in clinic, and that one has to take into account for better development of prevention strategies, as well as in the daily work with our patients.

Key words: suicide; taboo; prevention; enjoyment.

Senhoras e senhores, gostaria de começar minha fala com duas citações. A primeira é de Albert Camus, em O Mito de Sísifo: “Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois”.

A segunda é a mais antiga referência ao suicídio conhecida, um fragmento de Poema egípcio, circa 3.000 A.C., *Homem lutando contra o suicídio com sua alma*.

“A morte está diante de mim hoje: como a recuperação de um doente, como sair após uma prisão.

¹ Psicanalista, membro do Círculo Psicanalítico da Bahia, professora adjunta do departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, doutora em psicanálise pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

A morte está diante de mim hoje:
como o odor de mirra,
como sentar-se sob uma vela num bom vento

A morte está diante de mim hoje:
Como o odor da lótus,
Como sentar-se nas praias da embriaguês

A morte está diante de mim hoje:
como um caminho bem trilhado,
como a volta de um homem da galera para a sua casa

A morte está diante de mim hoje:
Como o céu clareando
Como quando um homem descobre o que ignorava.

A morte está diante de mim hoje:
como o lar que um homem anseia ver,
após anos passados como um cativo”

Pretendo falar aqui do suicídio em três vertentes: como problema de saúde pública, como tabu e como possibilidade de prevenção.

O suicídio começou a ser visto como pertencente ao âmbito da saúde pública com Émile

Durkheim, em *O Suicídio*, de 1897. Até aí, era visto como problema moral, filosófico ou religioso. Durkheim muda o ângulo do indivíduo para a sociedade ao afirmar que as taxas de suicídio aumentariam de forma proporcional à modernização, estando esta para ele implicada na redução da regulação e normas sociais, denominada por ele de *anomia*. Até hoje sua teoria sobre o tema é uma das mais discutidas. A avalanche de números compilada desde então trouxe novas e valiosas informações, mas está tão longe de elucidar completamente o assunto como os estudiosos de qualquer outra época. Mas dois fatos, creio, se destacam na miríade de estudos dedicados ao tema: um, o suicídio vem

umentando, ao menos nos países ocidentais e em vários outros, e esta é uma tendência que vem se mantendo desde o século XIX, especialmente na população de adultos jovens, do sexo masculino (300% de 1950 a 1980). A incidência muito maior de mortes por homicídio e no trânsito obscurece as ocorridas por suicídio, mas ao longo dos anos a distância vem diminuindo. Segundo, há uma correlação muito estreita entre suicídio e doença mental. Segundo Botega, “Apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios na população geral, demonstrou que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal” (1). Os esforços para a prevenção do suicídio passam, a partir daí, a tomar a forma de tratamento, freqüentemente tratamento médico. Mas alguns pensadores acham que a apropriação do suicídio pela ciência acarretou também perdas. O trecho abaixo, de Al Alvarez, do belo livro *O Deus Selvagem*, faz esse alerta:

“Grande parte da moderna tolerância científica parece fundar-se na indiferença humana. O ato suicida foi eximido de seu sentido de danação sob o custo de ter se transformado em um problema. Este, porém, de caráter puramente intelectual [...] Há, notavelmente, pouca distância entre a idéia de morte como algo fascinante, um acontecimento ligeiramente erótico, como é veiculado na tela da televisão, e a idéia que vinculada o suicídio a um problema sociológico abstrato [...] Talvez a maior contribuição dos tempos modernos para o tratamento racional dessa matéria foi considerar que muitos suicídios não se ligam a questões morais, e que são ocupações do especialista em doenças mentais. A implicação é clara: na modernidade, o suicídio foi removido do mundo vulnerável e volátil dos seres humanos e mantido, a salvo e isolado, sob tutela da Ciência” (Citado por Botega)

Apesar da força deste argumento, creio não ser este totalmente verdadeiro. A boa clínica, fundamentada no humano, continua sua prática. E o impacto do suicídio, assim como o tabu que este envolve, nada perdeu de sua força. Diz Grollman: “Suicídio é uma palavra sussurrada, inapropriada para companhias educadas. A família e os amigos muitas vezes pretendem não ouvir o som pavoroso da palavra mesmo quando é pronunciada. Pois o suicídio é um tema tabu que estigmatiza não apenas a vítima mas também os sobreviventes. (Earl A. Grollman, *Suicide*). Mais ainda, “Ainda que pareça ter havido

alguma redução na estigmatização dos doentes mentais nas últimas décadas, parece haver menor diminuição do stigma associado ao suicídio e à sobrevivência do suicídio.” (6)

Vejamos alguns dos efeitos deste tabu. Por exemplo, a imagem passada pela mídia sobre o suicídio é a mais das vezes enganosa. Este trecho é de um estudo que compara dados estatísticos de suicídio em Israel com o que foi noticiado, no período, nos dois principais jornais do país: “Isto não é para dizer que cada item no jornal era inaccurada, mas a agregação de todos os itens pode ter criado uma imagem de realidade que estava longe do que os dados oficiais sugeriam. A imprensa é uma instituição que transmite normas, reflete crenças sociais e reforça percepções comuns. O que é alarmante é que a imprensa é nossa fonte primária para monitorar a realidade, e se a realidade midiaticizada é significativamente diferente dos fatos aos quais supostamente se refere, então a ‘realidade’ na qual vivemos é baseada em mitos, estereótipos e falácias. Quando examinamos os arquivos sobre motivos de suicídio, a mídia tendia a informar a mais sobre aqueles que realçavam uma crença comum de que suicídio é freqüentemente causado por um caso de amor fracassado ou fracasso nos negócios. Estes respondiam por 25,6 por cento dos suicídios informados pela mídia, quando em realidade compreendem apenas 2.8 por cento dos suicídios”. (2) Os suicídios de jovens também aparecem mais, refletindo talvez a maior valorização da morte de um jovem do que a de um idoso.

Outro mito: falar com uma pessoa deprimida sobre suicídio irá provavelmente fazê-la cometer suicídio. Isto é comum mesmo entre profissionais de saúde, a ponto de tomar a dimensão de um não-dito. Não é por se tratar de suicídio que o não-dito deixa de ser fonte de angústia. Neste caso, o não-dizer implica com freqüência não apenas o suicida mas família, amigos e profissionais de saúde, como uma capa de silêncio. E também não é por se tratar de suicídio que o não-dito leva menos ao ato.

Um tabu, segundo Freud, implica um desejo e sua proibição expressa como medo e repulsa, mas se refere especialmente à tentação. O tabu sobre o suicídio envolve certamente a pulsão de morte comum a todos, o próprio suicídio como um canto de sereia ensaiado no outro.

A morte e o prazer, ou ao menos o gozo, estão indissolúvelmente ligados. O orgasmo em francês é chamado ‘pequena morte’, e a prática erótica de prazer via sufocamento surgiu pela constatação de que os enforcados apresentavam, em sua maioria, uma ereção. Talvez por necessidade de negação o suicídio seja consistentemente

representado como vinculado apenas à dor e ao sofrimento. Sabemos, no entanto, que estes não são os únicos afetos relacionados à busca da morte. Maltzberger, por exemplo, fala do suicídio extático, e se admira que não haja citações em trabalhos sobre o tema, embora sejam encontrados na clínica, e sugere que a tendência contemporânea de tratar o suicídio como um epifenômeno estritamente ligado à depressão maior é um erro. Por exemplo, “muitos pacientes suicidas são levados por fantasias de morte metamórficas. Seu objetivo é a auto-transformação, para escapar de um presente insuportável em um futuro melhor para além da morte. Livrar-se do próprio corpo como um inseto se liberta de sua casca, ou casulo, depois de amadurecer até a forma adulta, é o desejo central.” (5). Outros elementos que podem estar envolvidos são fantasias de uma morte grandiosa, do controle sobre a morte na realização de condutas de risco, de purificação e renascimento. Seriam psicologicamente semelhantes às mortes de certos mártires cristãos do século três, que provocavam as autoridades imperiais para que os matassem, no que é algumas vezes chamado homicídio provocado pela vítima. “Muitos destes fanáticos eram possuídos pelo horror à vida, e o desejo do martírio; e consideravam de pouca importância por quais meios, ou quais mãos pereciam, se sua conduta fosse santificada pela intenção de se devotarem à glória da fé verdadeira, e a esperança de felicidade eterna. ... Eles freqüentemente paravam viajantes nas estradas públicas, e os obrigavam a infligir o golpe do martírio, pela promessa de recompensa se consentiam, ou pela ameaça de morte instantânea se recusavam-se a conceder um favor tão singular. Quando eram desapontados por qualquer outro recurso, anunciavam o dia no qual, na presença de seus amigos e familiares, deveriam lançar-se de algum rochedo, e muitos precipícios eram mostrados, os quais haviam adquirido fama pelo número de suicídios religiosos”. (Gibbon, 1993, Vol. 2, p. 361, *in* Maltzberger). Exemplos modernos de fantasias grandiosas de morte são encontrados em Yukio Mishima e Sylvia Plath. Em 25 de Novembro de 1970, Yukio Mishima, acompanhado de 4 membros do *Tatenokai*, renderam o comandante do quartel general das Forças de Auto-Defesa japonesas em Tóquio. Ele realizou um discurso patriótico na tentativa de persuadir os soldados do quartel a restituírem ao Imperador os seus poderes. Notando a indiferença dos soldados, Yukio Mishima cometeu seppuku, sendo assistido por Hiroyasu Koga, uma vez que Masakatsu Morita, seu suposto amante, teria falhado no momento final.

Acredita-se que Mishima tenha preparado seu suicídio por um ano. Segundo John Nathan, seu biógrafo, tradutor e amigo, ele teria criado este cenário apenas como pretexto para o suicídio ritual com o qual sempre sonhou.

Já a segunda, portadora de depressão crônica, antes de matar-se escreveu também sobre suas fantasias, como se vê no poema Lady Lazarus(23-29 de outubro de 1962)::

Tentei outra vez.

A cada dez anos

Eu tramo tudo

.....

Morrer

É uma arte, como tudo o mais.

Nisso sou excepcional.

Além disto, há elementos grandiosos encontrados com bastante frequência nos chamados estados mistos, com elementos conjuntos de depressão e mania, e nos chamados transtornos de personalidade borderline e narcísica, onde o risco de suicídio é especialmente notável. Creio que a ciência tem agido beneficentemente e com bom efeito na prevenção de suicídios. As taxas, que como já disse vem há séculos aumentando, parecem ter se reduzido na última década, o que é por alguns atribuído à maior eficácia dos métodos de tratamento da depressão, especialmente. Mas creio também que, assim como com a drogadição, as estratégias de prevenção do suicídio podem ser mais abrangentes e melhores se levarem em conta a dimensão de gozo e prazer que este pode implicar. Não podemos também esquecer ou deixar de levar em consideração estas questões em nossa clínica, especialmente com pacientes com o perfil já citado.

Finalmente, deixo vocês com um poema final, este de uma paciente em um livro chamado, algo ironicamente, A Arte de Viver:

SUICIDIO

Aqui do alto,

Tudo parece diferente.

A lentidão dos movimentos

Me faz acalmar.

Não é o suficiente.

Nunca será suficiente.

Eis uma falha divina:

Onde estão minhas asas?

Andréa Siciliano Orlando

REFERÊNCIAS

1. BOTEGA, Neury. Suicídio no Brasil: Uma visão de Saúde Pública. *Psiquiatria Hoje Ano XXX - Número 3 – 2008 p. 4-5*
2. FISHMAN, Gideon; WEIMANN, Gabriel. Motives to commit suicide: Statistical versus mass-mediated reality *Archives of Suicide Research* **3**: 199–212, 1997.
3. GIBBON, E *The decline and fall of the Roman empire.* . 1993. New York: Alfred A. Knopf.
4. KUTCHER, Stan; CHEHIL, Sonia. *Manejo do risco de suicídio. Um manual para profissionais de saúde.* 2007, Editorial Med Line Editora Ltda
5. MALTSBERGER, John T. Ecstatic suicide *Archives of Suicide Research* **3**: 283–301, 1997.
6. SUDAK, Howard, MAXIM, Karen, CARPENTER, Maryellen. Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections. *Academic Psychiatry.* *32(2):136-142, March/April 2008.*

**DESCRIÇÃO DE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES
ABUSADORES CRÔNICOS DE DROGAS QUE DERAM ENTRADA NO
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE) NOTIFICADOS PELO
CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE SERGIPE
(CIATOX/SE).**

Caroline Baptista da Silva^a

Alexandre Machado de Andrade^a

Kércia Alcântara Silva^a

Alex dos Santos Bina^b

Júlia Márcia Ramos Oliveira Cardoso^c

Antônio Medeiros Venâncio^d

Antônio Souza Lima Júnior^e

Cristianne Gois Ribeiro Porto^e.

Resumo

Objetivos: Descrever as características epidemiológicas dos pacientes abusadores crônicos de drogas que deram entrada no HUSE notificados pelo CIATOX/SE no período de 01 de abril de 2007 a 31 de março de 2008.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo baseado na análise dos dados extraídos das fichas de notificação do CIATOX/SE.

Resultados: Esse estudo detectou 226 notificações de pacientes abusadores crônicos de drogas no período estudado, sendo 63,27% provenientes do interior de Sergipe e 5,30%, de outros Estados. 75,66% residiam em zona urbana. O tempo médio de permanência no HUSE foi de 3,9 dias.

Apenas 4,42% das notificações eram do sexo feminino e nenhuma evoluiu a óbito. A mortalidade no sexo masculino foi de 11,57%. A idade média dos pacientes foi de 43, 16 anos. A droga de abuso mais freqüente foi a bebida alcoólica, estando presente em 98,67% dos casos, sendo que 97,34% relataram uso exclusivo de derivados etílicos. Houve apenas

^a Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

^b Acadêmico de Psicologia da Faculdade Pio Décimo (Aracaju – Se)

^c Médica Pediatra do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe.

^d Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe e Coordenador do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe.

^e Professor substituto da disciplina de Psiquiatria Clínica da Universidade Federal de Sergipe.

dois pedidos de interconsulta psiquiátrica dentre os 226 pacientes que receberam atendimento.

Conclusão: Foi identificada uma população prevalentemente masculina na quinta década de vida, proveniente de áreas urbanas do interior de Sergipe. Verificou-se que os médicos que atenderam tais pacientes na urgência não solicitaram a interconsulta da Psiquiatria em 99,11% dos casos.

Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Alcoolismo, Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

A dependência química é uma das doenças psiquiátricas de maior frequência na atualidade. Inúmeros são os estudiosos que postulam suas teorias com o fim de estabelecer as causas e as conseqüências deste mal que acomete indivíduos em todo o mundo.

Segundo Schenker & Minayo (2003) apud Laqueille e colaboradores (1995), seriam dependentes os comportamentos dos drogadictos, ou seja, aqueles que são movidos pelo desejo poderoso, compulsivo de utilizar uma substância psicoativa, o que finda por invadir, progressivamente, toda a sua existência. A dependência seria, portanto, uma patologia que tenderia a se tornar crônica, porque o adicto é ambivalente com relação à abstinência, nega a importância de sua dependência, recusa-se a admitir a gravidade da situação ao evitar suas angústias com o uso crescente das drogas, recorrendo, tardiamente, a cuidados especializados. A idéia de que a dependência do adicto é uma patologia encaixa-se numa visão corrente do adicto como doente, em que se enfatiza mais a substância psicoativa do que a relação que o sujeito estabelece com a droga, em contextos múltiplos de relações – família, amigos, comunidade –, num determinado espaço sociocultural.

O uso abusivo de drogas traz uma série de distúrbios ao indivíduo e ao grupo social no qual ele está inserido. Schenker & Minayo apud Liddle e Dakof (1995) consideram estes prejuízos como uma ameaça à saúde pública, que traz um ônus considerável ao adicto e à sua família, pois, frequentemente, leva a perdas de emprego, rupturas familiares, instabilidade financeira e abuso físico e psicológico. A comunidade, por sua vez, também é onerada, visto que há um grande número de vítimas de crimes, acidentes de trânsito e

outros acidentes relacionados com as drogas, bem como altos custos de encarceramento, no caso de substâncias ilegais, e de tratamento.

O álcool é uma das drogas mais utilizadas em nosso meio, por inúmeros fatores que incluem sua legalidade e o suporte social ao seu uso. O diagnóstico de alcoolismo tem sido definido com base em quatro grupos de indicadores: consumo, dependência psicológica, dependência física e problemas relacionados ao álcool (OLIVEIRA & LUIS, 1996 apud Schuckit, 1985). A OMS define o alcoolismo como “*uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude*”. Os alcoólatras, por sua vez, seriam “*bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega a ponto de acarretar-lhes perturbações mentais evidentes, manifestações que afetam a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento sócio-econômico ou pródromos de perturbações desse gênero e que, por isso, necessitam de tratamento*” (OLIVEIRA & LUIS, 1996 apud OMS 1970).

O uso abusivo de álcool acarreta grandes danos à saúde física e mental do indivíduo. Além de aumentar o risco para cirrose hepática, tumores em diversos sítios do organismo, doenças cardíacas (BARROS *et al* apud CDC 2004), este comportamento também é considerado um fator de risco para o comportamento suicida, e está associado a desordens mentais afetivas e não afetivas (BARROS *et al* 2007 apud KAVANAGH *et al* 2004).

O mais amplo estudo epidemiológico sobre o uso de álcool no Brasil na população geral foi desenvolvido pelo CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Brasileiras sobre Drogas Psicotrópicas (GALDURÓZ & CAETANO 2004). Galduróz *et al.* (2000) estudou as 24 maiores cidades do estado de São Paulo, totalizando 2.411 entrevistas. Neste estudo, foi encontrado que 6,6% da população era álcool-dependente. Dois anos mais tarde, a mesma população foi estudada novamente e houve um aumento significativo nesse percentual, atingindo um total de 9,4% de indivíduos dependentes.

O objetivo deste trabalho foi avaliar as características epidemiológicas de pacientes abusadores crônicos de drogas atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe e notificados pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe (CIATOX-SE) no período de abril de 2007 a março de 2008. Apesar da grande importância do tema no

âmbito nacional, observa-se que ainda há uma carência de estudos que retratam a magnitude do problema em nível local.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo retrospectivo e descritivo que utiliza dados secundários como sua fonte.

Os dados foram coletados das fichas de notificação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Sergipe, as quais continham notificações de atendimentos realizados no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). O período de abrangência do estudo foi de 01 de abril de 2007 a 31 de março de 2008.

3 RESULTADOS

Este estudo detectou um total de 226 abusadores crônicos no período estudado, visualizando-se o predomínio do gênero masculino (95,58%). A idade média dos notificados foi de 43,16 anos, variando de 17 a 83 anos no gênero masculino e de 24 a 71 anos no feminino. Na tabela 1, em relação às faixas etárias dominantes, pode-se observar o predomínio da faixa entre 41-50 anos no gênero masculino, com 81 atendimentos, e a faixa entre 31-40 anos no feminino, com 4 atendimentos. Pode-se, também, perceber, que mais de 75% dos notificados possuía 50 anos de idade ou menos.

Em relação à procedência dos pacientes notificados, uma parte era proveniente de estados vizinhos, sendo 10 do estado da Bahia e 2, de Alagoas. Dentre os sergipanos, a maioria era proveniente do interior do estado, perfazendo 63,27% do total de notificações (gráfico 1). Através da tabela 2, percebe-se a predominância de notificações de municípios próximos à capital, possuindo maior número de pacientes, em ordem decrescente, os municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Laranjeiras e Barra dos Coqueiros.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes abusadores crônicos de drogas quanto à idade e à faixa etária atendidos no HUSE. Abril de 2007 a maio de 2008.

Faixas de Idade	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	% Cumulativo
	Frequência	%	Frequência	%		
10-20	3	1,4	-	-	3 (1,3%)	1,3
21-30	25	11,6	2	20	27 (11,9%)	13,2
31-40	60	27,8	4	40	64 (28,3%)	41,5
41-50	81	37,5	2	20	83 (36,7%)	78,2
51-60	32	14,8	1	10	33 (14,6%)	92,8
61-70	9	4,2	-	-	9 (4%)	96,8
71-80	4	1,8	1	10	5 (2,2%)	99
81-90	2	0,9	-	-	2 (0,9%)	100
Total	216	100	10	100	226	-

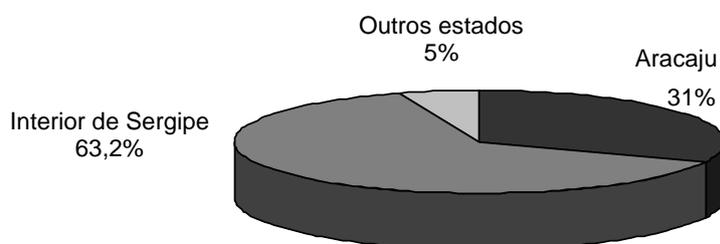


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes abusadores crônicos de drogas em relação à procedência. HUSE. Abril-2007 a maio-2008.

Tabela 2. Distribuição da procedência de pacientes abusadores crônicos de drogas segundo os municípios de Sergipe. HUSE. Abril de 2007 a maio de 2008.

Município	Frequência
Aracaju	71
São Cristóvão	34
Nossa Senhora do Socorro	27
Laranjeiras	11
Barra dos Coqueiros	10
Estância	5
Carmópolis	4
Capela	3
Outros (Grupo A)*	20
Outros (Grupo B)**	29
Total	214

* Grupo A: Cada um dos municípios citados contribuiu com 2 notificações. São eles: Areia Branca, Brejo Grande, Japarutuba, N^a. Sra. das Dores, Pirambu, Poço Verde, Própria, Riachão do Dantas, Santo Amaro e Siriri.

** Grupo B: Cada um dos municípios citados contribuiu com uma notificação. São eles: Aquidabã, Boquim, Canindé de São Francisco, Canhoba, Cedro de São João, Cristinápolis, Frei Paulo, Indiaroba, Itabaianinha, Itabi, Itaporanga D'Ajuda, Lagarto, Pacatuba, Rosário do Catete, Macambira, Maruim, Malhada dos Bois, Moita Bonita, Muribeca, N^a Sra Lourdes, Poço Redondo, Porto da Folha, Riachuelo, Salgado, Simão Dias, Telha, Tobias Barreto, Tomar do Geru e Umbaúba.

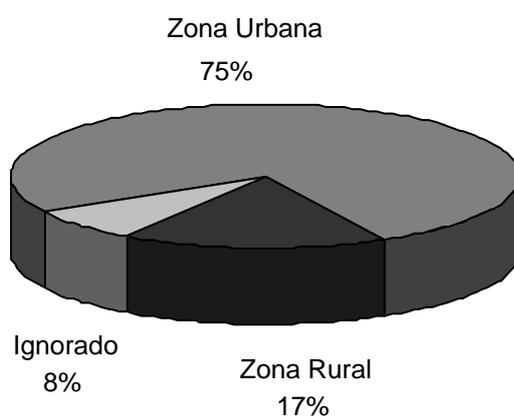


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes abusadores de drogas quanto à zona de procedência. HUSE - abril de 2007 a março de 2008.

Neste trabalho, os casos referentes ao consumo abusivo de álcool constituíram 98,67% de todos os casos notificados, sendo 97,34% deles por uso exclusivo deste agente psicotrópico. Outros agentes presentes na parcela restante foram a maconha (*Cannabis sativa*) e a “cola de sapateiro”.

O tempo médio de permanência dos pacientes no HUSE foi de 3,9 dias, com variação de 01 a 21 dias de internação. Cerca de 89% dos pacientes permaneceram no hospital por menos de cinco dias, e apenas 4,42% do total permaneceram na instituição por 10 dias ou mais.

Através da tabela 3, observa-se que no período estudado houve uma taxa de mortalidade global de 11%, salientando-se que todos os pacientes que evoluíram a óbito eram do gênero masculino.

Com relação a pedidos de interconsulta psiquiátrica, houve apenas dois registros dentre os 226 casos notificados.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes abusadores de drogas em relação à evolução hospitalar e ao gênero. HUSE. Abril de 2007 a maio de 2008.

Evolução	Gênero Masculino		Gênero Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alta	179	82,9	9	90	188	83,2
Óbito	25	11,6	-	-	25	11,0
Transferência	11	5,0	1	10	12	5,3
Ignorada	1	0,5	-	-	1	0,5
Total	216	100	10	100	226	100

4 CONCLUSÕES

Foi identificada uma população prevalentemente masculina na quinta década de vida, proveniente de áreas urbanas de municípios do interior de Sergipe próximos à capital. Verificou-se que a maioria dos pacientes notificados usavam exclusivamente derivados etílicos, e permaneceram internados na instituição em média por quatro dias. Observou-se ainda que a mortalidade global dos pacientes abusadores crônicos de drogas foi de 11%, salientando-se que todos os que evoluíram a óbito eram do gênero masculino. Por fim,

constatou-se-se que os médicos da urgência que atenderam a amostra de pacientes estudada não solicitaram a interconsulta da Psiquiatria em 99,11% dos casos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que apesar do Hospital de Urgência atender à comunidade do município de Aracaju, do interior de Sergipe e de outros estados, este estudo ainda se restringe à demanda de uma instituição. Dessa forma, apesar de fornecer dados epidemiológicos de uma parcela importante da população, é necessário correlacionar com outros estudos para se obter uma caracterização mais ampla do perfil de toda a população do estado.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M.B.A.; BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LÉON, L.; OLIVEIRA, H.B. **Prevalence of alcohol abuse and associated factors in apopulation-based study**. Rev Saúde Pública v.41, n. 4, p. 502-9, 2007.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Alcohol use among adolescents and adults** – New Hampshire, 1991-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.v. 53, n. 8. p. 174-5, 2004.
- GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. **Epidemiology of alcohol use in Brazil**. Rev. Bras. Psiquiatr, São Paulo, v.26 suppl.1 May 2004.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2000. p. 143.
- KAVANAGH, D.J.; WAGHORN, G. JENNER, L.; CHANT, D.C.; CARR, V.; EVANS, M.; HEMNAN, H.; JABLENSKY, A.; MCGRATH, J.J. **Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample**. *Schizophr Res*. v. 66, n. 2-3, p. 115-24, 2004.
- LAQUEILLE, X.; URIBÉ, M. ; OLIÉ, J.P. **Aspects cliniques actuels des toxicomanies**. La Revue du Practicien, v.45, n. 11, p. 1359-63, 1995.
- LIDDLE, H.A.; DAKOF, G.A. **Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive**. Journal of Marital and Family Therapy, v.21, n.4, p. 511-43, 1995.
- OLIVEIRA, E.R.; LUIS, M.A.V. **Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990)**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.171-179, 1996.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica.** Ciência e Saúde Coletiva, v.8, n.1, p. 299-306, 2003.

SCHUCKIT, M. **Overview: epidemiology of alcoholism.** In: Alcohol Patterns & Problems (M.Schuckit, eds.), New Jersey: Rutgers University Press, 1985.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). Comitê de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Genebra: OMS (Serie de Informes Técnicos 437), 1970.

DO CORPO À SUBJETIVIDADE: O INÍCIO DO TRATAMENTO COM TOXICÔMANOS¹

Eugênia Chaves²

RESUMO: O trabalho apresenta primeiramente considerações evidenciando o papel do corpo nas toxicomanias. Tentativas “psicossomáticas” de aplacar o sofrimento psíquico, através de objetos tóxicos, investidos de qualidades mágicas que contemplam uma promessa de prazer imediato e de afastamento da angústia. Essas peculiaridades dificultam o sujeito se implicar em seu próprio sofrimento e impedem a construção de uma demanda de análise. Em seguida, discutimos algumas referências inspiradoras para o manejo das particularidades e impasses que esses casos clínicos apresentam, reflexões sobre o acolhimento e a escuta do corpo no início do tratamento psicanalítico, com o objetivo de se criar um campo transferencial onde possa o toxicômano ser acolhido e escutado em vista de um tratamento analítico. Discutimos como os pacientes toxicômanos e somáticos muitas vezes utilizam o próprio corpo como forma de expressão; como a “necessidade imperiosa de droga” pode passar a se inscrever em uma história, com o fortalecimento do simbólico; e, questionamos as posições subjetivas nas quais os toxicômanos tendem a colocar o psicanalista, na relação transferencial. Evidenciamos a delicadeza de um campo limite que caracteriza a clínica com toxicômanos, sujeita a presença constante da sedução e a atração de um jogo perverso e ilusionista sobre o terapeuta e o paciente. Para manter essa relação em um campo intermediário, torna-se fundamental a abstinência do analista em termos de este próprio não encontrar uma gratificação narcisista na relação com o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Toxicomania, corpo, clínica do toxicômano, escuta do corpo.

¹ Trabalho apresentado no III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, em 06/09/2008

² psicóloga, CRP 17/0311, especialista em Psicopatologia Psicanalítica Contemporânea pela UFPB (2002), mestre em Psicologia Clínica pela UNICAP-PE (2006), sócia da SPP - Sociedade Psicanalítica da Paraíba, membro do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise do EPSI - PB.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No contexto cultural da atualidade, a clínica da toxicomania tornou-se um dos grandes desafios lançados à psicanálise. Um dos obstáculos a serem transpostos reside no fato de os toxicômanos apresentarem um elemento novo e complicador para a tradição psicanalítica: eles se concentram exclusivamente na dimensão do efeito psicofármaco no corpo. Nas palavras de Marta Conte (1997, p.34): “[...] sua falta é química e, portanto, não se trata de qualquer falta a ter ou a ser”.

O toxicômano, como figura paradigmática da cultura pós-moderna³, recusa o contato com seu intrapsíquico e, em um movimento narcísico, busca em seu exterior respostas imediatas de prazer. Essa migração da interioridade para a exterioridade manifesta-se de diversas formas em nossa cultura, no culto à imagem, no culto ao corpo, na predominância da ação em detrimento da reflexão e no aumento dos transtornos alimentares e das somatizações.

Diante dessa realidade, correntes de pensamento vêm se destacando ao colocar em evidência a importância do papel do corpo na base das formações toxicomaníacas. Os psicanalistas Jeammet (2005), Brusset (1999) e McDougall (1991) apontam para a possível existência de novos objetos adictivos: alimentos, exercícios físicos, sexo, e aproximam as toxicomanias aos transtornos alimentares. Eles justificam esta aproximação pela semelhança entre os modos de funcionamento psicodinâmico dessas entidades clínicas.

Silvie Le Poulichet (2005) também evidencia o papel do corpo nas toxicomanias, ao afirmar que podemos situar essas formações, de uma maneira geral, no quadro dos superinvestimentos narcisistas de órgãos doentes ou doloridos, cujos protótipos seriam a hipocondria e os ganhos narcísicos decorrentes de afecções orgânicas.

Vemos nessas correntes de pensamento possibilidades de novas perspectivas para a clínica psicanalítica, principalmente quando confrontamos os estudos de Maria Helena Fernandes (2003) sobre a escuta psicanalítica do corpo com as falas de psicanalistas experientes no tratamento de sujeitos toxicômanos⁴.

³ Cf. Joel Birman (2001).

⁴ Vide Eugênia Chaves (2006).

A partir dessa comparação, acreditamos ser possível construirmos algumas referências inspiradoras para o manejo das particularidades e impasses que esses casos clínicos apresentam, com o objetivo de se criar um campo transferencial onde possa o toxicômano ser acolhido e escutado em vista de um tratamento analítico.

Sendo assim, neste trabalho apresentaremos, primeiramente, rápidas considerações sobre o corpo nas toxicomanias, e, em seguida, faremos algumas reflexões sobre o acolhimento e a escuta do corpo no início do tratamento psicanalítico com toxicômanos.

2. O PAPEL DO CORPO NAS FORMAÇÕES TOXICOMANÍACAS

A conduta adictiva é considerada por Philippe Jeammet (2005) como uma busca de suporte externo para se obter um equilíbrio que o sujeito não encontra nos seus recursos internos. Estes recursos não se desenvolvem por falhas na interiorização do papel de “cuidador de si mesmo” através da criação de representações mentais que substituem as figuras reais primárias.

Tal situação pode gerar um apego excessivo aos objetos (característico da compulsão alimentar e das dependências) ou promover a imposição de uma medida de antagonismo e conflito como uma forma de lidar com as ansiedades persecutórias advindas da importância dada ao objeto, ora negada. Assim, pode-se dizer, que a anoréxica, por temer o poder do objeto, busca afirmar sua identidade, diferenciar-se e fugir da dependência estabelecendo uma relação de domínio e de substituição de uma relação humana por outra material, aparentemente mais fácil de controlar.

A partir das reflexões de Freud em torno do narcisismo (1914) e da formação de massa (1921), Le Poulichet (2005) conceitua a operação *pharmakon* como a montagem que está na base das toxicomanias; uma montagem narcísica e episódica que pode se estabelecer em qualquer das estruturas psíquicas. O termo *pharmakon* vem da filosofia e é utilizado metaforicamente para salientar a função dialética da droga para o toxicômano, pois o *pharmakon* é definido por Sócrates como um vocábulo de duplo sentido: pode significar remédio ou veneno.

Pensadas como operações de *pharmakon*, as toxicomanias não compõem uma estrutura clínica, mas apresentam-se enquanto episódios através de algumas peculiaridades, tais como uma sintomatologia exuberante e rica em transgressões. Estas últimas descaracterizam a estrutura subjetiva do indivíduo e dificultam o resgate de seus traços singulares.

Numa tentativa “psicossomática⁵” de aplacar o sofrimento psíquico, os objetos tóxicos são investidos de qualidades mágicas e contemplam uma promessa de prazer imediato e de afastamento da angústia. Assim, a droga encaixa-se na vida psíquica do toxicômano recebendo uma importante função.

No início do uso, no período chamado de lua-de-mel, o sujeito consegue, na presença da droga, atingir sensações de prazer e bem-estar. Porém, com o tempo, ocorre uma gradativa perda do usufruto dos efeitos que o produto proporciona. Este falha como indutor de bem-estar, e o sujeito torna-se um verdadeiro escravo de seu objeto tóxico, na busca incessante por atingir aquele efeito primeiro, cada vez mais distante. Ao longo desse processo, a droga passa da função de proporcionar prazer para a função de evitar o desprazer ou anestesiá-lo a dor.

Para alguns toxicômanos, começa a existir um imperativo de tratamento do organismo pelo tóxico. Através de uma técnica metódica de administração do tóxico, o indivíduo, enquanto “grande mecânico de seu próprio corpo⁶”, ora anestesia e ora provoca uma dor física. Pois, a dor se impõe a esses indivíduos tão logo cesse o efeito do consumo da droga.

Deste modo, o toxicômano parece paralisar o corpo num tratamento da dor, dor que realiza uma forma de fechamento narcísico: toda a alma, toda a libido, todo o mundo parecem concentrar-se em torno desse tratamento. O meio encontrado de se conservar, a cada dia, ao abrigo de um outro sofrimento psíquico intolerável.

Freud (1920) indica que um sobre-investimento narcisista em um órgão (substituto ou representante do próprio eu) permite um excesso de excitação e exerce poderosa influência sobre a libido. A dor protege o sujeito do confronto com a falta e com o desejo. O surgimento de uma afecção orgânica, segundo ele, neutraliza momentaneamente os

⁵ Cf. Joyce McDougall (1991).

⁶ Cf. Lígia Bittencourt (1993).

sofrimentos neuróticos, os sintomas melancólicos, e pode, até mesmo, proteger contra a ação de um trauma sexual.

A experiência clínica com pacientes toxicômanos, segundo Le Poulichet (2005), confirma que, de fato, em muitos casos, a angústia e as formações de sintoma desaparecem quando a montagem toxicomaniaca exerce suas funções, ressurgindo apenas quando esta é posta em cheque.

Em *Psicologia de grupos e análise do ego* (FREUD, 1921), outro tipo de investimento narcisista é descrito: a paixão amorosa e a hipnose realizam “formações de massa composta de dois membros”, implicando o investimento exclusivo de um único objeto, a sujeição para com o objeto e a debilitação da iniciativa própria do sujeito. Nesse texto, Freud nos confirma a idéia de um desaparecimento temporário da neurose quando se produz um violento impulso à formação de massa.

Isso favorece uma analogia entre o investimento narcísico típico das “formações de massa” e a relação fusional que o toxicômano estabelece com a droga. Paralelo que pode ser utilizado como esboço de um novo pensamento sobre o tóxico, especialmente na medida em que faz eco à condição de alguns toxicômanos, mais graves, cujo corpo parece ter sido elaborado numa “formação de massa de dois”⁷.

Nas toxicomanias mais graves, ou toxicomanias de suplência, de acordo com Conte (2000), a verdadeira dependência não acontece em relação à droga, mas é anterior, ocorre antes em relação a um excesso do fluxo materno que situa o corpo sob uma influência alienante. A droga só surge num segundo tempo, intervindo nesse corpo em formação de massa com a figura materna alienante para tentar organizar um circuito auto-erótico que arranque o corpo de uma dependência primária muito mais radical.

A toxicomania de suplência parece realizar uma forma de auto-conservação paradoxal de um corpo aberto a toda instrumentalização pela demanda de uma mãe invasiva. Um tratamento do corpo parece entrar em ação como forma de limitar o gozo. Assim como, do ponto de vista de uma construção analítica retroativa, o anoréxico tenta dizer não a uma instrumentalização de seu corpo pela figura materna intrusiva, as

⁷ Aqui nos referimos às toxicomanias mais graves, denominadas por Le Poulichet (2005) de toxicomania de suplência, quando a operação *pharmakon* é mais radical e supre uma falta narcisista primária. Esse tipo de toxicomania distingue-se das toxicomanias de suplemento, menos graves, que se realizam geralmente no contexto de uma organização neurótica.

toxicomanias podem muitas vezes ser entendidas como tentativas de fazer de si mesmo um corpo estranho, graças a uma operação auto-erótica com a droga.

Entretanto, devemos lembrar que este sobre-investimento narcísico não é um investimento positivo e necessário; ao contrário, trata-se da criação de uma nova forma de patologia, ou de uma montagem que permite neutralizar outros investimentos.

A “formação de massa de dois” entre o toxicômano e a droga pode estar a serviço da pulsão de morte.

3. O ACOLHIMENTO E A ESCUTA DO CORPO COM TOXICÔMANOS

O que vimos até agora sugere a dimensão da dificuldade de uma intervenção psicanalítica junto aos sujeitos toxicômanos. Na dupla que se forma entre o toxicômano e a droga parece não haver abertura possível para a intermediação da palavra, o que obstaculiza a intervenção terapêutica.

Além disso, os atos toxicomaniacos em geral não podem ser decompostos analiticamente como formações do inconsciente. Na maioria das vezes, eles não estão estruturados como um sintoma, na acepção psicanalítica do termo: algo que condensa muitos sentidos. Ao contrário, a toxicomania realiza um tratamento do corpo que não possui sentido em si mesmo, uma estratégia de afastamento do simbólico para se proteger contra a angústia e a depressão.

Enquanto a droga cumpre sua função de indutor de bem-estar ou de via de fuga de situações angustiantes, o toxicômano não procura ajuda. Ele pode chegar ao analista trazido ou encaminhado por outrem – familiares, médico, empregador, operador jurídico – e dificilmente aceitará o tratamento, porque ainda não reconhece nenhum prejuízo causado pelo uso contínuo de drogas.

O início do tratamento torna-se, portanto, uma etapa decisiva, que exige dos analistas acolher o consumo toxicômano. Ao mesmo tempo, não podemos deixar de apostar no sujeito, e temos de nos esforçar para favorecer a articulação de seu discurso, eclipsado pela problemática toxicomaniaca.

Chegam aos consultórios, também, aqueles toxicômanos que, por força de um contundente e grave problema, consequência do uso abusivo de drogas, procuram auxílio em situação de intenso sofrimento. Esses pacientes têm mais probabilidade de aderirem ao tratamento, mas é importante que estejamos alerta: ainda não há uma demanda de análise. O que existe é um pedido de ajuda, quando a droga falha em sua função de alívio ou quando a substância deixa de evitar situações difíceis.

Nesse momento, o toxicômano apresenta-se com uma forte urgência, tanto de usar quanto de parar com o uso das drogas. O que inclui uma ilusória expectativa de voltar a um momento anterior, quando não havia a droga, ou ao tempo em que o sujeito sentia que controlava a droga.

Nessa situação, alguns só conseguem falar sobre uma extrema dor física. Uma vívida dor que se impõe ao toxicômano, consecutiva ao cessar do consumo de drogas. Dor “encarnada⁸”, que se relaciona com a reação do bebê frente à perda do objeto, quando esta última não pode ser simbolizada. Pois, a dor narcísica ocasionada pela perda irrepresentável do objeto toma em empréstimo o modelo da dor corporal e engendra igual estado de desamparo psíquico⁹.

Para esse sujeito que nos chega em desamparo, transbordando de dor, salienta-se a importância do acolhimento inicial. É preciso, num primeiro momento, que nos coloquemos enquanto presença e garantamos um espaço de continência, para que ele possa suportar atravessar essa dor que se apresenta no corpo. Pois, se o sujeito não perceber que tem alguém com ele, dando-lhe alguma sustentação, ele não vai investir nessa empreitada.

Para os pacientes que chegam em pleno uso de drogas, o corpo também está muito presente. Durante as primeiras sessões, eles só conseguem falar do tratamento tóxico que dedica a seu organismo – como fazem para adquirir a droga, como fazem para atingir um melhor efeito, quantas vezes fazem uso, descrevem o uso, descrevem a falta da droga. Isso nos permite um cotejo com os pacientes psicossomáticos, que, por um bom número de sessões, só conseguem falar do próprio corpo, até poder fazer a passagem para a subjetividade.

⁸ Cf. Paul-L. Assoun (1996, p.184).

⁹ Cf. Inibição, sintoma e angústia (FREUD, 1926).

A partir dessa comparação, inspiramo-nos em algumas idéias desenvolvidas por Fernandes (2003), sobre o corpo doente na situação analítica. Para esta autora,

[...] o problema orgânico, qualquer que seja sua etiologia, é uma realidade da qual nem o paciente nem o analista podem fugir e, às vezes, nem mesmo esquecer. Deve-se ter claro que essa realidade orgânica não exclui outras realidades: neuróticas, psicóticas, perversas. Como analistas, nós olhamos, escutamos e, de certa forma, participamos dessas realidades (p.103).

Como problema orgânico, incluímos a questão “fisiológica” da falta química da droga que o toxicômano coloca em primeiro plano. Os pacientes toxicômanos e somáticos muitas vezes utilizam o próprio corpo como forma de expressão; uma forma regressiva e arcaica de comunicação, uma linguagem corporal primitiva. O corpo, como realidade específica, invade a situação analítica. Como afirma José Carlos Escobar (2006), o discurso toxicomaníaco impele o terapeuta a estender sua escuta a um campo além da subjetividade, sendo convocado a freqüentes incursões na realidade objetiva do paciente.

E, se uma transposição do modelo de escuta analítica do corpo para a escuta psicanalítica do toxicômano, com os devidos ajustes, tem sua validade, vejamos o que Fernandes (2003) propõe como prática analítica:

[...] o trabalho da análise pode bem ser o de nomeação/ligação, essa colocação em palavras que reenvia sempre a alguma outra, [...] um verdadeiro trabalho de construção de sentidos. Nomear a doença significa dar-lhe, de alguma forma, um contorno, um limite, de tal maneira que ela comece a adquirir uma forma, uma imagem, permitindo ao paciente inscrevê-la em uma história (p.98).

Desse ponto de vista, interpretar significa trabalhar na construção de novos sentidos, que vão enredando, envolvendo o corpo nas redes de significantes e abrindo espaço para outras interpretações, favorecendo o trabalho associativo do sujeito, para que ele consiga reconstruir alguns circuitos simbólicos até então bloqueados.

Esse trabalho solicita do analista um olhar e uma escuta capazes de figurar a imagem do corpo e descrevê-la em palavras. O que o paciente apresenta como “necessidade imperiosa de droga”, o analista vai, aos poucos, relacionando com os significantes que compõem o relato de vida ou que se encontram nas entrelinhas da fala, mas que não estão acessíveis ao paciente. Isso possibilita o estabelecimento de uma cadeia associativa, em torno do fenômeno toxicomaniaco, de tal forma que este acontecimento adquira possibilidades metafóricas.

A escuta do corpo favorece a esses sujeitos constituir ou reconstituir, na relação transferencial, o fortalecimento do simbólico e romper com o monotema acerca do tóxico. Assim, a problemática do objeto tóxico pode ser deslocada do centro da vida do toxicômano, abrindo espaço para as metáforas e tornando possível que “o corpo anárquico, psicossomaticamente expressivo, se torne um corpo simbólico”¹⁰.

Esse tipo de escuta torna-se adequado ao paciente toxicômano por um outro aspecto muito significativo. O tratamento, além de ameaçar expor os conflitos que o paciente tenta evitar através do uso abusivo de drogas, dá indícios de pôr em perigo sua quase exclusiva fonte de alívio, de prazer e de suporte narcísico.

Talvez por isso, na dinâmica transferencial, alguns pacientes toxicômanos colocam-se numa posição subjetiva de verdadeiro antagonismo ao analista. Certamente, esse tipo de reação agravar-se-á se este último, logo de início, propõe um trabalho de busca dos sentidos inconscientes para o ato toxicômano.

Baseados em Fernandes (2003), podemos afirmar que tais intervenções explicativo-causais de cunho psicológico, nesses casos, tornam-se inadequadas, por se constituírem verdadeiros atos de violência ao paciente, que, numa tentativa extrema de reduzir os conflitos psíquicos, encontra uma saída somática e não-psicológica. Tais intervenções contribuiriam para manter as posições atualizadas pela transferência – o toxicômano entrincheirado em defesa da sua relação com a droga, e o analista no lugar daquele que vem apartá-lo do objeto exclusivo de sua “neo-necessidade”¹¹.

¹⁰ Cf. McDougall (1997, p.182).

¹¹ O termo neo-necessidade, utilizado por Joyce McDougall, em *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana* (1997), salienta as transformações que a pulsão sofre na toxicomania ao fixar-se em um só objeto, o objeto tóxico, e ao apresentar uma urgência inadiável de satisfação. Mudanças que tornam a pulsão mais semelhante à necessidade.

O aspecto de suporte narcísico que o tóxico assume na vida psíquica de muitos toxicômanos vai influir decisivamente na forma como esses sujeitos procuram ajuda e no lugar transferencial que eles tendem a colocar o analista.

Um dos psicanalistas por nós entrevistados – por ocasião de nossa pesquisa de mestrado citada acima – menciona que o toxicômano procura análise na posição de vítima da droga, sendo difícil para ele implicar-se subjetivamente com seu sofrimento, o qual permanece petrificado na questão de ter ou não ter a droga. São comuns as falas: “Eu não posso com ela”, “Ela é mais forte do que eu”. O que denota o quanto o paciente está identificado com seu objeto tóxico, invertendo as posições e colocando-se no lugar de objeto da droga, este “agente” responsável por seus infortúnios.

A partir do investimento quase exclusivo no produto, o indivíduo se nomeia – “Eu sou toxicômano” – e se exila, torna-se eclipsado enquanto sujeito. É freqüente na toxicomania, como nos distúrbios alimentares, uma necessidade narcisista de ser. A perda da identidade simbólica do sujeito é preenchida por uma marca corporal. O fenômeno psicossomático fornece o nome próprio da assinatura do sujeito. Uma pessoa com distúrbios alimentares não diz: “Eu não consigo comer”, ou mesmo “Quando eu como, não consigo parar”. Ela diz: “Eu sou anoréxica”, “Eu sou bulímica”.

Com a declaração “Sou toxicômano”, coloca-se o analista no lugar daquele que sabe o que fazer com isso. Enquanto o toxicômano oferece seu próprio corpo como campo de batalha, convocando uma luta imaginária: terapeuta versus droga.

Se o terapeuta baseia-se somente na droga para aceitar um paciente em tratamento, ele entra no discurso do toxicômano e terá lugar essa luta imaginária para saber quem é o mais forte: a droga ou o terapeuta, a droga ou a instituição. Frente a esta luta, o toxicômano, como expectador, continua objeto passivo, sem se implicar.

Essas peculiaridades dificultam o comprometimento do sujeito com seu próprio sofrimento, um passo fundamental para a construção de uma demanda de análise. Elas têm provocado tentativas inovadoras por parte dos psicanalistas no sentido de se questionar sobre os manejos necessários para a construção da demanda de análise e para a constituição de um campo transferencial favorável ao tratamento desses pacientes. É exatamente frente a essas questões que a psicanálise tem avançado na aposta de um tratamento possível.

Muitos autores têm trabalhado e contribuído no sentido de propor inovações ao trabalho analítico, mantendo, ao mesmo tempo, sua especificidade. No entanto, tais

avanços ainda não se traduzem em resultados significativos, pois, na literatura especializada sobre as toxicomanias, temos poucos relatos de experiências clínicas com bons êxitos.

Acreditamos que a clínica psicanalítica das toxicomanias pode ampliar suas possibilidades de favorecer o surgimento da demanda de análise ao se aproximar dos princípios da escuta do corpo. Esta enfatiza que o analista, à semelhança da alteridade materna, pode investir o corpo do paciente, acolhendo o impacto das forças pulsionais e nomeando as sensações do paciente.

A mãe, ao interpretar o choro de seu bebê e oferecer o que a partir de sua interpretação possa satisfazê-lo, introduz a linguagem. A partir daí, já não se pode separar o que é da ordem do desejo da mãe e o que é da ordem da demanda do bebê. Numa operação semelhante à interpretação materna, que converte o choro do lactante em demanda, o analista prepara as condições para o surgimento da demanda de análise. Pois, de acordo com Lacan (1958), só quando atravessada pela linguagem é que a necessidade se converte em demanda.

O toxicômano lida com uma imagem fragmentada de si, por conta da posição de entrega que vive ou viveu na relação com a droga. Portanto, é fundamental reconstruir uma imagem própria e, posteriormente, recuperar a palavra que faz mediação com o outro. Faz-se necessário a presentificação do analista, a sustentação de um olhar de reconhecimento, a aposta na possibilidade de desejo e na reafirmação da palavra.

Exercer a função materna de nomeação e libidinização é diferente – embora pareça próxima – da atitude de aceitar a posição para a qual o toxicômano se esforça em arrastar o analista, a posição da mãe invasiva e alienante. Se o analista aceitasse este lugar inviabilizaria o tratamento psicanalítico, restando ao paciente manter-se como objeto passivo (a um passo na direção de desaparecer enquanto sujeito) ou recusar essa nova sedução de um amor fusional.

Recusa evidenciada na transferência pelas múltiplas transgressões ao setting analítico e às regras de convívio da instituição de tratamento. Repetição na transferência da exuberância de transgressões típica da sintomatologia da toxicomania, tentativa de dizer não a uma instrumentalização de seu corpo pela figura materna alienante.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa vivência, na transferência, de uma função materna de nomeação e de libidinização do corpo do analisando, coloca-se com a delicadeza de um campo limite, quando o analista ao mesmo tempo em que investe no corpo do analisando oferecendo-lhe uma sustentação narcísica, também não pode ser levado pelo gozo dessa relação fusional, que o convoca para ocupar o lugar da droga, o lugar de agente absoluto e alienante.

A clínica com esse tipo de paciente solicita do analista uma extrema delicadeza de tentar manter-se no espaço intermediário, não cedendo às demandas imediatas nem se ausentando demais em um silêncio sem eco. Um meio arriscado e delicado que exige do terapeuta habilidade. A grande dificuldade é justamente a sedução, a atração que o jogo perverso e ilusionista exerce constantemente no terapeuta e no paciente. Para manter essa relação em um campo intermediário, torna-se fundamental a abstinência do analista em termos de este próprio não encontrar uma gratificação narcísica na relação com o paciente.

4. REFERÊNCIAS:

ASSOUN, Paul-Laurent. **Cuerpo y sintoma**. Col. Lecciones psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

BITTENCOURT, Ligia. A clínica das entrevistas preliminares nas toxicomanias: a desmontagem da demanda de tratamento. In: **De que se trata?** Notas para uma clínica das toxicomanias. UERJ – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, NEPAD, 1993.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BRUSSET, B. Bulimia: introdução geral. In: URRIBARRI, R. (org.) **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta, 1999.

CHAVES, Eugênia. **Toxicomania e Transferência**. Dissertação (Mestrado) – orient. Zeferino J. B. Rocha, Universidade Católica de Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, 2006.

CONTE, M. Da Necessidade à Demanda: Reflexões sobre o estabelecimento da transferência no tratamento com toxicômanos. In: **Boletim de Novidades da Livraria Pulsional** – Insuficiência imunológica psíquica e toxicomania – Ano X, número 103 – nov/97, 1997, p.33-41.

_____. **A clínica psicanalítica com toxicômanos**: o “corte & costura” no enquadre institucional. – Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. (Série Conhecimento. Teses e dissertações, v. 20).

ESCOBAR, José Carlos S. Dependência de drogas e psicoterapia: A perspectiva psicanalítica. In: SILVEIRA, Dartiu X.; MOREIRA, Fernanda G. **Panorama atual de drogas e dependências**. 1.ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção e tradução Jayme Salomão. 2.ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 14.

_____. Além do princípio de prazer (1920). In FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 18.

_____. Psicologia de grupo e a análise do ego (1921). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 18.

JEAMMET, P.; CORCOS, M. **Novas problemáticas da adolescência**: evolução e manejo da dependência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LACAN(1954), Jacques. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. (1958), In:_____. **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. (Campo Freudiano no Brasil).

LE POULICHET, S. Toxicomanias. In: **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Editado por Kaufmann; tradução Vera Ribeiro, Maria L.X. A. Borges. Consultoria Marco Antônio C. Jorge – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LE POULICHET, S. **Toxicomanias y psicoanálisis**: las narcosis del deseo. 1.ed., 2ª. Reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

MC DOUGALL, J. **Teatros do corpo**. O psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. **As múltiplas faces de Eros**: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana – trad.: Pedro Henrique Bernardes Rondon, São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SANTIAGO, Jesús. **A droga do toxicômano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

A PSICANÁLISE FRENTE AO FENÔMENO DOS ASSASSINOS EM SÉRIE: A ESTRUTURA DA MALDADE.

Maria das Mercês Maia Muribeca¹

"O mal conhece o bem,
mas o bem não conhece o
mal". Franz Kafka

RESUMO

O psicopata serial killer se situa numa estrutura psicótica ou perversa? Qual o quadro psicopatológico desta enfermidade ou anormalidade? A psicopatia não parece enquadrar-se na clássica nosologia freudiana, nem tampouco em uma das três categorias de estrutura clínica proposta por Jacques Lacan: neurose, psicose e perversão. A psicopatia parece não encontrar um lugar apropriado neste sistema. Mas, se o serial killer comete um crime sexual com requintes de crueldade, onde o que começa como uma fantasia termina como um ritual homicida, localizá-lo-ia numa estrutura perversa. Porém, se seus crimes são praticados por uma mente insana, sob a influência de uma esquizofrenia paranóide, situá-lo-ia numa estrutura psicótica. Ou talvez, pudéssemos pensar como Otto Kernberg que se trata de um narcisismo patológico, assim o psicopata serial killer sofreria da síndrome do narcisismo maligno e estaria enredado em uma problemática severa com seu superego. Ou como diria a psiquiatria, o psicopata sofre de um transtorno de personalidade anti-social. Enfim, compreender como funciona a mente desse tipo de criminoso é adentrar num fenômeno psíquico ainda enigmático, mas profundamente humano. É como se buscássemos encontrar e entender o humano que se esconde por detrás do monstro.

UNITERMOS: Assassino em série – Psicopata – Psicose – Perversão – Estrutura da maldade.

INTRODUÇÃO

Inconformidade perante as normas sociais, desinteresse pela segurança dos demais, indiferença perante os sentimentos dos outros, mentira compulsiva e incapacidade para sentir culpa são algumas características de uma personalidade psicopática. Na atualidade,

¹ Doutora em Psicologia (Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos) – Universidad Autónoma de Madrid – Espanha. Psicanalista – Vice-Presidente e Coordenadora da Comissão Científica da Sociedade Psicanalítica da Paraíba (SPP) – m.muribeca@gmail.com

somos capazes de traçar seus perfis, mas ainda não desbravamos as entranhas da psique humana a ponto de desvendarmos a origem do mal. Louco, anormal ou cruel? Nasce-se ou torna-se um psicopata?

Como compreender a mente do psicopata serial killer? Como explicar a forma como essas pessoas agem sem desvinculá-las do mal? Um ser impulsionado por suas fantasias de caráter sexual, perverso e sádico. Os homicídios perpetrados por esses criminosos em série não são atos isolados, mas possuem um significado para eles. Seus crimes são elaborados com requintes de crueldade inimagináveis. São predadores humanos que usam de intimidação e violência para controlar suas vítimas e satisfazer suas próprias necessidades. Devido a sua ausência de empatia para com os outros, eles violam as normas sociais sem o menor senso de culpa ou arrependimento.

ENTENDENDO O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Os transtornos da personalidade são anomalias do desenvolvimento psicológico que perturbam a integração psíquica de forma contínua e persistente. De modo geral, a psicopatia representa uma falha no processo de formação da personalidade, cuja característica essencial do transtorno seria um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros. A extrema crueldade e insensibilidade emocional, assim como o engodo e a manipulação maquiavélica das outras pessoas são aspectos centrais neste transtorno da Personalidade.

Em consulta ao DSM IV e a CID 10 encontramos que tanto o psicopata quanto o sociopata são classificados como Transtorno de Personalidade Anti-social ou Dissocial. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria este termo é utilizado para aqueles indivíduos de comportamento habitualmente anti-social, que se apresentam sempre inquietos, incapazes de extrair qualquer experiência dos fatos passados ou dos castigos recebidos. São pessoas insensíveis e hedonistas, de imaturidade emocional muito acentuada, e com muita habilidade para racionalizar seu comportamento de modo que pareça correto e sensato.

Sob o ponto de vista intelectual, o psicopata não possui qualquer prejuízo de sua capacidade de discernimento entre o certo e o errado. Porém, no plano da afetividade ele carece de emoções morais calcadas: no amor, na empatia, na compaixão, na culpa e no

remorso. O mesmo não é um deficiente mental, possui uma boa fluência verbal e uma inteligência normal ou acima da média, geralmente é uma pessoa encantadora que possui uma excepcional capacidade de manipulação e sedução. Mentir, enganar e persuadir são talentos naturais do psicopata, sendo difícil desmascará-los.

Uma pessoa que apresenta distúrbio de personalidade anti-social pode ser considerada: psicopata ou sociopata. Entendemos que a sociopatia se constitui num caso mais declarado de anomalias no relacionamento, ou seja, menos dissimulado e teatral que a psicopatia. Nesse sentido, o sociopata costuma ser mais impetuoso, contesta com mais franqueza as normas sociais, cria mais transtorno e animosidade com os demais atentando contra as normas sociais mais abertamente que o psicopata. O psicopata apresenta maior periculosidade que o sociopata, tendo em vista sua maneira dissimulada de ocultar sua índole contraventora.

O sociopata representa aquelas pessoas que inibiram, desaprenderam sua conduta social, suas emoções, sua empatia. O psicopata, simplesmente, não é capaz de desenvolvê-las. O sociopata tem aversão à sociedade, já o psicopata não tem essa aversão, mas é um indivíduo que transgride as regras e as normas sociais por se considerar acima delas. O sociopata burla o social, enquanto o psicopata burla a vida cometendo crimes bárbaros e bizarros, possuindo uma personalidade anti-social incorrigível.

O sociopata está mais associado aos diversos fatores de criminalidade, são depredadores sociais, mas impreterivelmente não precisam cometer um homicídio. Salvo nos casos em que ele identifique a vítima como um obstáculo aos seus interesses, mas esse homicídio não seria fruto de uma fantasia e sim de um estorvo a realização de seus desejos e ambições.

Todo psicopata é um assassino em potencial. Ele só não comete um homicídio, enquanto o fator estressante desencadeador dos assassinatos não for ativado, do contrário ele não tem nenhum problema em começar a matar para realizar suas fantasias de natureza sexual, perversa e sádica. Um delinqüente psicopata é o mais perverso, perigoso, reincidente e violento de todos os criminosos. Seus crimes uma vez iniciados, não param mais, devido à compulsão e insaciedade de suas fantasias.

O SIGNIFICADO DO TERMO SERIAL KILLER

O fenômeno dos assassinos múltiplos é comumente considerado um evento contemporâneo, mas há registro de que ele pode ser detectado na história, desde o século XV. Porém, o termo assassino em série (Serial Killer) começou a ser usado na década de 1970, pelo agente do FBI e analista de perfil psicológico dos EUA Robert K. Ressler. Ele desenvolveu esta nomenclatura em substituição ao termo, assassino desconhecido (Stranger Killer) para definir alguém que comete três ou mais assassinatos durante um extenso período de tempo com um lapso de esfriamento entre cada crime. Ele coordenou investigações científicas sobre a mente dos delinquentes, coletando uma série de dados e características sociais e psicológicas dos assassinos em série, utilizando como método de trabalho, entrevistas e análises das cenas dos delitos.

Segundo Ressler (2005a) o verdadeiro significado do termo assassino em série se deve ao fato desses indivíduos estarem obcecados por uma fantasia e possuírem uma compulsão desenfreada para vivenciar: experiências por satisfazer. Essas experiências passam a fazer parte de suas fantasias e os impelem a cometer o próximo assassinato se tornando um ritual insaciável.

ANTECEDENTES COMUNS NA HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

Existem antecedentes comuns que se reiteram no psicopata. São narrativas de vidas problemáticas contendo violência familiar. É comum encontrarmos na história de seu desenvolvimento da personalidade algumas semelhanças: a maioria passou por situações de humilhação, sofrendo abusos emocionais, físicos e sexuais. Usualmente apresentam um ou mais sinais de alerta na infância, tais como: começar incêndios pela simples emoção de destruir coisas, a maioria dos pirômanos sentem prazer com o fato de serem responsáveis por toda a emoção e violência que um incêndio pode causar; atrocidade com os animais; e muito habitualmente padecem de enurese. Devido ao fato de terem sido humilhados e se sentirem impotentes diante dos maltratos é que eles frequentemente reproduzem em seus assassinatos as formas de abuso que sofreram na infância. Dessa maneira, existe uma correlação entre os abusos sofridos passivamente na infância que os assolam durante toda a vida e os motivos que os impulsionam a cometerem seus crimes.

A maioria dos homicidas que possuem personalidade anti-social manifesta desde a infância e/ou adolescência problemas de conduta tais como: vadiagem, roubo,

incorrigibilidade, más companhias, impulsividade, mentiras e um precário registro empregatício ou escolar.

São pessoas que possuem um relacionamento ambivalente com os pais e, em geral, são marcadas pela falta de cuidados maternos. Praticamente todos os psicopatas tiveram uma mãe fria, distante, negligente e nada carinhosa. Eles tiveram pouco contato físico com as figuras parentais e não receberam deles o calor afetivo e o amor necessário para a construção de sua subjetividade humana. Criados de forma inadequada essas crianças não tiveram a quem recorrer e por essa razão foram incapazes de formar vínculos de apego com os familiares mais próximos e cresceram em um ambiente cada vez mais solitário e isolado. O denominador comum a esses indivíduos, se é que existe, é a natureza sexual de seus atos. Todos sofrem de desvio da sexualidade, são incapazes de manter uma relação sexual madura e consentida com outras pessoas adultas, e essa inaptidão é traduzida numa estrutura perversa que desemboca em assassinatos.

Conforme Ressler (2005a) o que induz o psicopata a assassinar são suas fantasias sexuais de caráter obsessivo. Não matam porque sofreram um trauma infantil, mas porque desenvolveram padrões de pensamentos pervertidos. Por serem incapazes de resistirem as suas fantasias, eliminam o outro de uma maneira muito peculiar para experimentarem na realidade aquilo que imaginaram em suas mentes uma e outra vez. Eles compensam as agressões sofridas na infância ou na adolescência, repetindo-as em suas fantasias, não mais como vítimas, mas sim como agressores.

No entender de Ressler, 90 de 100 assassinos em série cometem seus crimes motivados por um impulso de caráter sexual sádico. Isto quer dizer, que as perversões sexuais estão por trás da grande maioria desses crimes, sendo a violência apenas um fator secundário. É justamente através das fantasias que se caracteriza um assassino em série como homicida sexual, inclusive quando não há penetração física ou outros atos sexuais. A inadaptação sexual é o motor emocional dos assassinatos. Atuam segundo seus anseios sexuais sádicos que envolvem atividades como: atar, espancar, queimar, administrar choques elétricos, estuprar, esfaquear, estrangular, torturar, mutilar e matar suas vítimas.

Enquanto pessoas normais fantasiam aventuras sexuais, esses indivíduos relacionam o sexo com atos destrutivos. As pessoas ditas normais vinculam o sexo ao amor, mas para esses indivíduos o sexo está dissociado do afeto. Então o que começa como uma fantasia termina como um ritual macabro assassino.

A CLASSIFICAÇÃO DOS PSICOPATAS - ASSASSINOS EM SÉRIE

O serial killer, geralmente é classificado pela polícia em quatro categorias: o visionário - que possui visões e ouve vozes que lhe impõem um determinado comportamento; o missionário ou assassino apostólico - que tem a necessidade de livrar o mundo do que julga imoral ou indigno; o emotivo - que mata por diversão e utiliza requintes sádicos e cruéis; e o libertino - que mata com a finalidade de se satisfazer sexualmente. Quanto mais intenso for o sofrimento infligido à vítima, maior será o prazer sexual. Enquadram-se aqui os canibais e os necrófilos.

De acordo com Joel Norris (citado por Ilana Casoy 2008) os assassinos em série seguem os seguintes ciclos: Fase áurea: quando o assassino começa a perder a compreensão da realidade; Fase da pesca: quando o assassino procura a sua vítima ideal; Fase galanteadora: quando o assassino seduz ou engana sua vítima; Fase da captura: quando a vítima cai na armadilha; Fase do assassinato ou totem: auge da emoção para o assassino; Fase da depressão: que ocorre após o assassinato. Quando o assassino entra em depressão, engatilha novamente o início do processo, voltando à Fase áurea.

Para Ressler (2005b) os assassinos que cometem homicídios em série se dividem em três categorias básicas: os que são perturbados, que ouvem vozes, têm alucinações e matam impulsivamente; os altamente organizados, que planejam, observam as vítimas e são muito metódicos quando matam e no que fazem com os corpos depois e; os mistos que são formados pelos que misturam as alucinações com uma perseguição bem planejada.

SERIAL KILLERS – ORGANIZADOS E DESORGANIZADOS

Um assassino em série comete crimes desumanos, aparentemente sem motivo algum, executados a sangue frio e muitas vezes com planejamento cuidadoso. Quanto à sua forma de atuar, o FBI (Federal Bureau of Investigation) classifica-o em dois tipos: os criminosos organizados e os desorganizados.

Os organizados são aqueles que planejam todos os aspectos de seus crimes, procurando não deixar pistas no local do crime que possam identificá-los, já os desorganizados são aqueles mais impulsivos e descuidados. Os assassinos organizados,

geralmente, possuem um QI acima da média. Sua principal característica é o planejamento do crime, são premeditados, nunca espontâneos. Quando saem em busca de sua presa levam consigo uma espécie de kit de violação para não terem problemas em dominá-la. Usualmente seqüestram suas vítimas depois de ganharem a confiança delas, matando-as num local e desfazendo-se de seus corpos em outro. Eles possuem um alto grau de controle sobre a cena do crime, retornam ao local do homicídio para acompanhar o trabalho da polícia e acompanham as notícias de seus crimes através dos meios de comunicação e muitas vezes se orgulham de suas ações.

Os assassinos desorganizados carecem de um QI alto e, comumente, não são sociáveis. Possuem um histórico de problemas mentais e seus poucos amigos se referem a eles como excêntricos ou estranhos. São desorganizados tanto na sua vida pessoal quanto na hora de cometerem um crime. Matam impulsivamente qualquer pessoa, não planejam seus crimes e ordinariamente operaram a pequena distância de sua casa. Como armas do crime usam algum objeto utilizado pela própria vítima ou instrumentos encontrados nas proximidades do local.

Quando a vítima está morta, mutilam seus corpos, praticam necrofilia e canibalismo. A cena de um delito desorganizado reflete a confusão que reina na mente do assassino, apresenta traços de sua espontaneidade, assim como elementos simbólicos que refletem seus delírios. Não se desfazem do corpo e atuam sem se preocupar em deixar pistas de sua presença no ambiente do crime, por isso, costumam ser detidos logo em suas primeiras execuções. Possuem pouca consciência sobre seus crimes e podem bloquear as lembranças de seus assassinatos. Não acompanham o noticiário e deixam várias evidências no local do homicídio. O denominador comum entre os dois tipos é o sadismo.

ELEMENTOS QUE CONECTAM OS CRIMES EM SÉRIE

Três elementos conectam os crimes em série: modus operandi, ritual e assinatura. O modus operandi garante o 'sucesso' do criminoso durante o crime, protegendo sua identidade e assegurando sua fuga. O ritual é o comportamento que excede o necessário para a execução do homicídio, por exemplo: estupro, cativo e torturas que servem para satisfação emocional do criminoso. A assinatura é a combinação de comportamentos identificados através do modo de operar e do ritual praticado. A assinatura é o produto de

suas violentas fantasias e não se altera. Ela é sempre única e peculiar, como uma impressão digital.

AS VÍTIMAS DOS ASSASSINOS EM SÉRIE

O psicopata busca constantemente seu próprio prazer, é solitário, mas sabe ser sociável e encantador quando lhe apetece. Ele age como se tudo lhe fosse permitido, se excita com o risco e com o proibido. É um predador humano que quando mata, tem como objetivo final humilhar a vítima para reafirmar sua autoridade e realizar sua auto-estima. Uma pessoa indiferente do ponto de vista emocional que não manifesta nenhum sentimento com relação às vítimas, sendo capaz de praticar os mais terríveis atos de violência. Para ele, o crime é apenas um coadjuvante, pois o que interessa, de fato, é o desejo de dominar, de sentir-se superior.

Segundo Garrido (2005) os psicopatas parecem possuir uma incapacidade flagrante para sentir de modo profundo a categoria completa das emoções humanas. Às vezes, ao lado de uma aparência fria e distante, manifestam episódios dramáticos de afetividade, que nada mais são que pequenas exhibições de falsa emotividade, pois não possuem qualquer senso de ética ou de moral.

Para o assassino em série, o crime é a própria fantasia, uma obra de arte, esboçada e executada por ele na vida real. A vítima é a matéria prima que avigora a fantasia. Seu prazer é visceral e a repetição continuada dos seus atos serve para reanimar suas fantasias, as quais permitem que ele se sinta extremamente vivo. Ele se excita em encontrar a presa, conquistá-la e capturá-la, podendo torturá-la, desmembrá-la, comer pedaços de sua carne ou beber de seu sangue. Seus crimes, via de regra, são cometidos com um intervalo de tempo e suas vítimas possuem o mesmo perfil e quase sempre representam um símbolo. Estabelece com elas uma relação de intimidação e dominação, controlando a situação através da violência sexual e do martírio, satisfazendo assim suas próprias necessidades.

ASSASSINOS EM SÉRIE – PSICÓTICO OU PERVERSO?

A dificuldade que esses casos de assassinatos múltiplos apresentam é que eles não se encaixam em nenhuma linha específica do pensamento, desafiando o conhecimento de

especialistas na área que acabam dando distintos diagnósticos sobre o comportamento deste tipo de delinqüente. O que gera dúvidas se o criminoso em questão é louco por sofrer de graves distúrbios psíquicos sendo considerado um doente mental, ou se ele é um anormal, por fugir aos padrões do que é considerado apropriado à conduta humana.

Nem todo homicida que executa vários assassinatos é um psicopata. Criminosos que praticam assassinatos motivados por ganhos materiais e não por uma compulsão psicopatológica não são qualificados como assassinos em série. Podemos distinguir dois tipos de serial killer: os psicóticos ditos loucos e os psicopatas ditos perversos.

Os assassinatos múltiplos cometidos por psicopatas, que são criminosos organizados, sem transtorno mental, consciente de seus atos e responsáveis por sua conduta delitativa, são considerados imputáveis perante a lei e encaminhado para a prisão. Ainda não existe tratamento adequado – nesses casos os psicofármacos não têm nenhuma especificidade e se utilizam somente para manejar os sintomas de ansiedade e compulsão.

Os mais diversos assassinatos empreendidos por psicóticos, que são criminosos desorganizados, padecem de um transtorno mental, não são conscientes de seus atos, portanto não são responsáveis por sua conduta delitativa, são considerados inimputáveis perante a lei e encaminhado para o manicômio judiciário. Tratamento com psicofármacos, sabendo que os neurolépticos servem apenas para o manejo de: delírio, transtornos da percepção, ansiedade, agitação e insônia.

Os criminosos psicóticos cometem diversos assassinatos, mas não seqüencial, porque seus crimes não possuem uma conexão lógica entre eles. Em geral, estes matadores são classificados como esquizofrênicos paranóides e costumam descender de uma família onde prevalece um autoritarismo severo, ríspido e cruel. O diagnóstico de esquizofrenia paranóide é caracterizado pela presença marcante de delírios ilógicos e desligado da realidade, por alucinações, pela desorganização na forma do pensamento, pela agressividade emocional e por acentuadas perturbações afetivas. Muitos esquizofrênicos paranóides são irritáveis, descontentes, ressentidos e furiosamente desconfiados. Atuam em consequência de seus delírios paranóides, ouvem vozes ou possuem desvarios que o induzem ao assassinato. Não se consideram responsáveis pelos seus próprios sentimentos e não costumam ter juízo crítico de seus atos.

O psicopata atua de acordo com sua ferocidade e iniquidade, possui juízo crítico de seus atos porque não apresenta um distúrbio mental que o impeça de distinguir o real do

imaginário. Devido à sua capacidade de fingir emoções e se apresentar extremamente sedutor consegue sempre ludibriar suas vítimas com encanto e eloquência. Possui uma mente mirabolante para execução de seus crimes, sendo sua indiferença emocional o que o torna tão ameaçador, pois lhe permite cometer os crimes mais hediondos sem nenhum remorso. Carentes de qualquer sentimento de lealdade, juntamente com uma extrema competência em desempenhar papéis, os psicopatas normalmente ocultam suas intenções debaixo de uma aparência de amabilidade e cortesia.

O psicopata tem sido caracterizado principalmente por ausência de sentimentos afetuosos, incapacidade de manter uma relação amorosa, amoralidade, impulsividade, falta de adaptação social e incorrigibilidade. Quando castigado por seus crimes, ao invés de se corrigir, avalia a situação e melhora suas técnicas manipulando a situação em seu favor. São pessoas sem valor moral e ético, sem consideração pelo outro, com total apatia, mas plenamente ciente de suas ações.

Vale lembrar que o comportamento anti-social, para ser considerado como tal, não deve manifestar-se exclusivamente no transcurso de uma esquizofrenia ou um episódio maníaco. Conforme Garrido (2005) o psicopata está livre das alucinações e dos delírios que constituem os sintomas mais espetaculares da esquizofrenia. Sua aparente normalidade, sua ‘máscara de sanidade’, torna-o mais difícil de ser reconhecido e, logicamente, mais perigoso. A imposição pela violência da forma de satisfação de um indivíduo sobre o outro é perversa. O psicopata não segue as normas impostas pela sociedade porque essas normas não se ajustam aos seus desejos. Segundo o pensamento de Voltaire: "Existe duas coisas igualmente terríveis: uma faca nas mãos de um louco e uma grande inteligência na cabeça de um malvado”.

PSICOPATIA - NARCISISMO MALIGNO

A psicopatia é tida por Otto Kernberg (1994) como uma síndrome de Narcisismo Maligno, ou seja, como uma grave patologia do superego. O psicopata é uma pessoa perversa, incapaz de identificar-se com valores morais, de manter uma relação afetiva com os demais, mas são expertos em ler as reações dos demais. Mantém o princípio da realidade, mas carece de superego, por isso cometem seus crimes com total falta de escrúpulos.

O psicopata é uma pessoa opressora, indolente, atroz e egoísta. Possui uma estrutura de personalidade de tipo narcisista, mas não deve ser confundido com aqueles que sofrem deste transtorno. Ambos possuem tendência a serem superficiais e pouco empáticos, mas a impulsividade e a capacidade quase indescritível para a violência e o extermínio são exclusivas do psicopata.

PSICOPATIA – A ESTRUTURA DA MALDADE

Freud nos Três Ensaio (1905) afirma que a história da civilização humana nos ensina que a crueldade e a pulsão sexual estão intimamente ligadas; que a sexualidade da maior parte das pessoas exibe uma mescla de agressão e de tendência à dominação; que o sadismo corresponde a um componente hostil da pulsão e compreende desde uma posição ativa e dominadora do objeto sexual até a satisfação por meio da humilhação e da violação do mesmo. Quando falta no indivíduo a capacidade de sentir compaixão pela dor do outro, então há o perigo de que a ligação infantil da sexualidade com as pulsões cruéis se mantenha para sempre erotizando assim a crueldade.

Em O mal estar na civilização (1930) Freud pensa que o homem tem um impulso inato para o mal, para a agressividade, para a aniquilação e para a brutalidade. O homem é tentado a satisfazer no próximo sua hostilidade, a utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apropriar-se de suas posses, torturá-lo e matá-lo. Sua teoria é que o ódio está na base de todas as relações de amor e de afeição entre seres humanos. O psicólogo David Buss, em entrevista à Revista Galileu de Maio de 2005, afirma que: “a capacidade de matar é parte da natureza humana, e todos têm o potencial para agir assim em certas circunstâncias”. Muito antes, porém, o filósofo inglês Thomas Hobbes havia afirmado que o homem é o lobo do homem (*Homo homini lupus*).

A incapacidade para compreender a mente perversa, antes do surgimento da psicanálise, fez com que atribuíssemos as suas origens ao sobrenatural, mas precisamente ao demoníaco, por ser a única explicação possível para compreender o fenômeno dos assassinatos excessivamente brutais. H.H.Holmes, norte-americano que matou mais de 200 pessoas disse: “Eu nasci com O MAL sendo meu patrocinador ao lado da cama onde fui cuspidor para dentro do mundo, e ele tem estado comigo desde então”.

A ameaça do mal paira no ar cada vez que um ser humano sai às ruas para caçar outro de sua espécie. O psicopata encarna a estrutura da maldade, por não possuir apreço algum pela humanidade, nem respeito algum pela vida humana. Por isso ele é a metáfora do mal absoluto e nós somos suas vítimas.

Mesmo depois da era Freud, as intenções de esclarecer a etiologia dessa conduta humana catalogada como monstruosa, no ambiente familiar, na fisiologia ou nos imbricados códigos genéticos não parecem ser convincentes. Para além do mal, parece que o enigma ainda permanece.

CONCLUSÃO

Entrar na mente do psicopata ainda é mergulhar num labirinto, lançar-se num jogo de enigmas inebriante. O que desencadeia uma psicopatia e leva o sujeito a ser um assassino desenfreado é um mistério a ser desvendado. As pesquisas realizadas até o presente momento apontam para uma gama de fatores, tais como: disfunção dos hormônios, dos genes, dos neurotransmissores, proveniente de uma infância difícil vivida em lares desestruturados, inata à natureza humana, etc. Diante de tantas hipóteses, pensamos que talvez seja uma combinação de numerosas causas operando em distintas proporções e em diferentes sujeitos.

A psicanálise frente ao fenômeno dos assassinos em série se soma às muitas pesquisas que se encontra em desenvolvimento no intuito de desvelar mais essa façanha do humano e é convidada a pensar na estrutura da maldade, essa face inerente a muitas outras do camaleão humano inserido na sociedade que passa despercebido diante dos nossos olhos. Uma pessoa com habilidade para mudar de atitude, adaptando para cada caso, a mais vantajosa. O estranho-familiar, tão desconcertantemente semelhante nosso.

É preciso que haja uma personalidade psicopática para que alguém comece a assassinar como forma de ser no mundo, mas não existe um acontecimento ou patologia específica que possa ser considerada como o ensejo de uma pessoa se converter em um assassino em série. Diversos meios terapêuticos têm sido testados, mas nenhum obteve êxito no tratamento da psicopatia.

O indivíduo que sofre deste distúrbio de personalidade termina causando sérios problemas familiares e sociais, culminando em envoltimentos penais. Quando presos são

indiferentes à punição que possam receber. Charles Manson disse: “Não ligo a mínima para o que possam fazer comigo”. Encarcerados possuem uma conduta estável, mas isso não significa que em liberdade possam viver sem reincidirem em seus crimes. Para os assassinos seriais psicopatas a fantasia é compulsiva e complexa. Ela termina se transformando no centro de seu comportamento, portanto, quando começam a matar, suas fantasias se tornam ainda mais complicadas e intensas, é uma compulsão que uma vez iniciada não se detém mais.

A repetição dos seus delitos serve para reanimá-las uma e outra vez. Não há como libertar-se delas, pois eles as possuem e alimentam desde pequenos, de sorte que em liberdade continuarão assassinando para seguir respondendo aos anseios das mesmas, pois o ato de matar nunca chega a ser tão gratificante quanto as suas fantasias. A única possibilidade para frear essa compulsão assassina é enquanto estão no cárcere ou quando mortos. Theodore Bundy, antes de ser executado afirmou: "Nós, serial killers, somos seus filhos, seus maridos, nós estamos em toda a parte".

Para estarmos face a face com o psicopata é preciso conhecer a essência do mal e para travar essa batalha faz-se mister estar preparados para o imprevisível. Nesse sentido, para além do bem e do mal, gostaria de encerrar com Friedrich Nietzsche quando disse: “Aquele que luta com monstros deve acautelarse para não tornar-se também um monstro. Quando se olha muito tempo para um abismo, o abismo também olha para dentro de você”.

REFERÊNCIAS:

BRUNO, A.; TÓRTORA, G. (1996), *Las psicopatías, Psicología forense, Sexología e praxis*, año 3, vol. 2, Nº 4.

CASOY, I. (2008), *Serial killer: louco ou cruel?*, S. Paulo, Ediouro.

COSTA, J. F. (1984), *Violência e Psicanálise*, Rio de Janeiro, Edições Graal, Biblioteca de Psicanálise e sociedade, N. 3.

DOUGLAS, J. & OLSHAKER, M. (2000), *Mentes Criminosas e Crimes Assustadores*, São Paulo, Ediouro Publicações.

DSM IV (1996), *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, São Paulo, Ed. Artes Médicas.

FREUD, S. (1905), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, vol. VII, ESB, Rio de Janeiro, Imago.

_____ (1930[1929]), *O mal estar na civilização*, vol. XXI, ESB, Rio de Janeiro, Imago.

GARRIDO-GENOVES, V. (2007), *La mente criminal: la ciencia contra los asesinos en serie*, Madrid, Temas de hoy.

_____ (2005), *El psicópata: un camaleón en la sociedad actual*, España, Algar.

_____ (2004), *Cara a cara com el psicópata*, Barcelona, Ariel.

HARE, R. D. (1973), *Psicopatía: teoria e pesquisa*, Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

HESNARD, A. (1963), *Psicología del Crimen*, Barcelona, Ediciones Zeus.

NOGUEIRA, P. (2005), *Há um Darth Vader dentro de você?* In: Revista Galileu. Rio de Janeiro, Editora Abril, nº 166, Maio, p. 30-37.

NOTISA, (2007), *Mentes Assassinas*, In: Revista Psique Ciência & Vida. São Paulo, Editora Escala, Ano II, nº 13, p. 24-45.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1993) *Classificação Internacional de doenças CID-10*. Porto Alegre, Artes Médicas.

PIRES, N. (1981), *Personalidades Psicopáticas*, Rio de Janeiro, Marcelo Gráfica & Editora.

QUINET, A. (2001), *Crime e responsabilidade*. In: *Psicanálise e Psiquiatria – controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro, Marca d'Água Livraria e Editora, p.171-175.

RESSLER, R. K. / SHACHTMAN, T. (2005a), *Asesinos en serie*, Barcelona, Ariel.

_____ (2005b), *Dentro del monstruo: un intento de comprender a los asesinos en serie*, Barcelona, Alba.

RIZZO, S. (2000), *“A síndrome da maldade”*. In: Revista Superinteressante – Emoção e Inteligência! Editora Abril, nº 3, Fevereiro, p. 36-41.

SCHNEIDER, K. (1980) *Las personalidades psicopáticas*, Madrid, Ediciones Morata.

SHINE, S. K. (2000), *Psicopatía*, Coleção Clínica Psicanalítica, vol. VII, S. Paulo, Casa do Psicólogo.

TENDLARZ, S. E. / GARCÍA, C. D. (2008), *¿A quién mata el asesino?*, Buenos Aires, Grama.

VIEIRA M. e SAMPAIO, A. (2007), *Para além do mal: pré-história e história de um psicopata*, Lisboa, Editora Padrões Culturais.

INTERNET:

BALLONE, G. J. Criminologia, in PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2001, disponível em [http:// sites.uol.com.br/ gballone/criminologia.html](http://sites.uol.com.br/gballone/criminologia.html)

_____ Personalidade Psicopática, in PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2001, disponível em [http:// psiqweb.med.br/forense/border2.html](http://psiqweb.med.br/forense/border2.html)

MARIETÁN, H. disponível em:

http://www.marietan.com/material_psicopatia/descriptor.htm e
<http://www.cheetah1.com.ar/psiquiatria/psiquiatria4.html>

RESSLER, R. K. disponível em: <http://investigacionenpsicologiaforense.blogspot.com/2007/04/de-robert-k-ressler-jeffrey-dahmer.html>

PSICANÁLISE, ÉTICA E PERVERSÃO.

Vinicius Anciães Darriba¹

RESUMO: Enquanto as perversões são objeto da psiquiatria e da sexologia numa perspectiva classificatória, a tentativa de uma abordagem estrutural do conceito de perversão pertence à psicanálise. Acontece que, nesta, a busca de definições estruturais não tem outra finalidade que orientar a clínica. Sendo assim, a conceituação da perversão (no singular) convoca, no campo da psicanálise, à constituição de uma clínica da perversão. Se invocamos o fato de que, durante muito tempo, o perverso designou para a psicanálise o incurável, aquele que não chega ao psicanalista com uma demanda de análise, nos vemos diante de um paradoxo em relação ao que dissemos antes. Outro paradoxo se apresenta, este relativo à ética da psicanálise, se ao trabalho clínico, em casos de perversão, se associa a normalização do comportamento. No entanto, a questão de uma direção do tratamento na perversão, associada à ética da psicanálise, não se resolve facilmente. Podemos localizar em Lacan, por exemplo, o problema de distinguir uma lógica do final da análise da lógica que rege a perversão. Sua aproximação da perversão é concomitante ao trabalho sobre a ética da psicanálise. É em torno da problemática relativa à conceituação da perversão e ao seu enfrentamento clínico que nosso trabalho se situa. Entendemos que daí pode derivar uma reflexão acerca da questão da ética, seja em um retorno a ela pela via da psicanálise, seja em uma reflexão sobre sua configuração na contemporaneidade. Nesta última via, ensaiamos uma análise de obras da cinematografia atual.

Este trabalho deriva de uma das vertentes de um projeto de pesquisa mais amplo, sobre a ética da psicanálise, coordenado por mim no Laboratório de Psicanálise² da Universidade Federal do Paraná. Partiremos aqui de um brevíssimo comentário sobre o conceito de perversão em Freud e em Lacan. Neste último veremos ser proposta, em torno do tema da ética, uma articulação inusitada entre as obras de Kant e Sade. Articulação esta que, naquele momento, impôs a Lacan avançar em sua concepção da experiência analítica,

¹ Psicanalista. Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná. Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
E-mail: vdarriba@centroin.com.br

de modo a levar em conta o que estaria em jogo na perversão. Além de sua problematização no campo da clínica, nos interessaremos pelo modo como a temática da perversão se insere em nossa cultura na atualidade.

Em Freud, como sabemos, a proposição de uma sexualidade infantil como sexualidade perversa-polimorfa (FREUD, 1905, p.179) coloca a perversão em posição de tendência, não de desvio. Tendência esta que seria barrada na passagem para a organização da sexualidade que Freud designou genital. Em um trabalho tardio com relação aos ‘Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade’ de 1905, nos quais tais considerações foram introduzidas, a problemática da perversão ganhará contornos mais precisos. O trabalho, de 1927, denomina-se ‘Fetichismo’, e nele Freud transforma o que designava uma dentre as perversões sexuais em paradigma de uma concepção estrutural da perversão na psicanálise.

Já em uma nota de rodapé acrescentada em 1910 aos ‘Três Ensaio’, Freud afirmava que o fetiche representa o pênis que falta à mulher. É por esta via que ele vai pensar a questão do fetichismo em 1927, dizendo que “o fetiche é um substituto do pênis da mulher (da mãe) em que o menininho outrora acreditou e que – por razões que nos são familiares – não deseja abandonar” (FREUD, 1927, p.179). Estas razões que nos são familiares se ligam à ameaça de castração. Ou seja, Freud entende que a recusa do fato de que a mulher não tem pênis, através do objeto fetiche, aponta para a recusa da castração que ameaça. Para designar esta recusa, ou rejeição, ou desmentido, conforme a tradução que se prefira, Freud usa o termo em alemão *Verleugnung*, do qual Lacan se valerá para propor um mecanismo próprio da perversão, distinguindo-a estruturalmente da neurose e da psicose. Antes de passarmos a Lacan, é preciso sublinhar, ainda em Freud, o comentário bastante preciso de que a construção do objeto-fetiche abre caminho tanto para a rejeição quanto para a afirmação da castração. Em suas palavras: “o horror da castração ergueu um monumento a si próprio na criação desse substituto” (idem, p.181).

Com Lacan, a leitura freudiana da perversão, que, como vimos, ao menos no que concerne ao fetichismo, se baseia na recusa da castração - recusa de um Outro materno castrado e, conseqüentemente, da ameaça de castração - será traduzida tomando por referência sua compreensão da castração enquanto castração simbólica. Nestes termos, afirmar que a castração incide sobre o Outro, o que vimos ser o que o perverso recusa, é

² Tal Laboratório encontra-se vinculado, nesta instituição, ao Núcleo de Estudos do Desenvolvimento Humano (NEDHU). O título do projeto de pesquisa é ‘A experiência psicanalítica, a formação do analista e a

dizer que a este Outro ao qual me reporto falta um significante, justamente aquele que constituiria um saber que desmentiria a ameaça de castração. Se pensamos no Édipo de Freud, o que Lacan formula é que a Lei que passa a vigorar a partir da função paterna desvela para o sujeito a falta no Outro (a falta do pênis na mãe, na lógica freudiana). O que o perverso recusa, então, é a falta deste objeto que completaria o Outro. Se chamamos este completar o Outro por seu nome no ensino de Lacan – gozo, a castração se refere, então, à condição estrutural do simbólico na qual a Lei a qual se está assujeitado não fornece o objeto adequado ao gozo, não fornece um saber sobre o gozo. É disso que não se quer saber na perversão.

Se entendemos, com Lacan, a experiência da análise como a inscrição simbólica (pela Lei fálica) desta dimensão de gozo que habita o sujeito (e que no sintoma se encontraria condensado), a perversão fica como sua antinomia. A análise tendo por direção a sujeição do gozo à Lei, o perverso buscaria aceder à Lei do gozo. É crucial neste ponto indicar, embora não dê para desenvolver o argumento aqui, que esta Lei fálica consiste em uma Lei vazia. Não fosse assim, a psicanálise poderia ser tomada por uma prática da adequação ou da adaptação. O problema em relação à perversão começa, para Lacan, a partir do momento em que se dá conta de que, com Sade, a perversão também pode ser pensada na via do assujeitamento a uma Lei, Lei da Natureza inscrita em nossos corações, aos olhos de Sade, e que impõe o gozo do corpo do outro.

A comparação entre Kant e Sade é feita por Lacan com uma minúcia que não poderemos retomar aqui. No entanto, em termos do que aqui estamos encaminhando, é preciso registrar uma diferença importante entre os dois. Para Kant, a questão da transgressão não contradiz a universalidade da Lei. Ao transgredir a Lei, eu não deixo de estar reconhecendo-a. Já em Sade, como vimos, tal argumento é frágil, já que se trata ali da transgressão por obediência à Lei. Se Sade, no século 18, introduz essa inversão da Lei, no século passado, as confissões dos carrascos de Auschwitz, que agiam em nome de uma norma racionalizada, nos mostraram mais enfaticamente o quanto atos bárbaros podem ser praticados não em desafio à Lei, mas em conformidade com esta. Isso é o que observa Elisabeth Roudinesco (2008) em seu livro recentemente lançado e isso é o que Adorno, Horkheimer e outros nos ensinaram a enxergar no crime perpetrado pelo nazismo. É

interessante registrar, mais uma vez sem desenvolver o argumento, de que não se trata aqui de aproximar Sade e os carrascos nazistas.

Ficando em Sade, e retomando a problemática da psicanálise, a perversão representa um desafio para o modo como vimos Lacan pensar até aqui a experiência analítica. Vladimir Safatle (2001) chega a propor que, na discussão de Kant com Sade, o primeiro faz as vezes de alter ego de Lacan diante do desafio imposto pelo segundo. É preciso ir além na articulação entre o gozo e a Lei tal como até então proposta. Antes de seguirmos pensando, neste contexto, o que estaria em jogo na clínica psicanalítica, voltemos à concepção da perversão a partir dos conceitos da psicanálise.

Tomando a perversão no sentido da inversão da Lei, conforme vimos anteriormente, podemos nos apropriar de um fragmento da discussão em Freud sobre o supereu no texto de 1923. Ali, Freud indica que a relação do supereu com o eu combina a proibição “Você não pode ser assim (como o seu pai)” com o preceito “Você deve ser assim (como o seu pai)” (FREUD, 1923, p.49, grifos do autor). Entendemos que a face do supereu do “não pode ser como o pai” remete à versão do pai que, na obra de Freud, se articula à trama do complexo de Édipo. O pai, neste caso, encarna a Lei enquanto limite ao gozo, entendendo tratar-se aí da possibilidade de inscrição do mesmo na experiência do sujeito. Isto definia, como vimos, a direção da análise para Lacan. Já a face do supereu do “deve ser como o pai” convoca uma versão do pai mais próxima à do ‘Totem e Tabu’ (1913), o pai da horda, possuidor de todas as mulheres. O dever ser como o pai, como este pai, traduz-se por um imperativo de gozo. Lugar invertido da Lei suposta barrar o gozo.

A perversão consistindo na postulação e na colocação em ato de um saber sobre o gozo (conhecer a Lei do gozo, gozar da Lei), como o perverso postula um tal saber? Reencontramos, na resposta dada por Lacan a esta pergunta, a posição paradigmática do objeto-fetice na configuração da perversão. Assumindo a lógica do fetiche, o perverso se coloca no lugar deste objeto capaz de negar a castração no Outro. Há qualquer coisa aí de ‘boa intenção’. É esta Lei a qual todos devem se conformar que age e goza através dele – um particular que encarna o universal da Lei. A lógica perversa sustenta, então, uma relação não mediatizada entre a Lei (Lei do gozo em Sade) e a experiência particular do perverso³. Essa crença na possibilidade de uma não mediatização é que, na psicanálise, segundo Lacan, não tem lugar. Por aí, pode-se demarcar uma diferença.

³ Também em Kant haveria a idéia de uma presença imediata da Lei moral na consciência.

Retomemos, então, o problema de Lacan em pensar a clínica a partir da perversão. Na perspectiva da psicanálise, a Lei, diferente de estar inscrita no coração ou na consciência dos homens, só se atualiza em uma experiência particular pela mediação da fantasia. É a fantasia que dá a ilusão ao sujeito de saber como desejar a fim de atingir o gozo prometido pela Lei (SAFATLE, idem). A fantasia, ocupando tal lugar incontornável, será um operador importante para que possamos ir além na concepção do que seja uma análise para Lacan.

É em relação à clínica da perversão que minha pesquisa busca se aprofundar neste momento. Sendo assim, irei apenas indicar as coordenadas por onde penso avançar. Em primeiro lugar, a fantasia, ao ocupar este lugar de mediação, acaba por localizar a não sobreposição da Lei e do gozo. Diferente da crença do perverso, há um resto irrecuperável. Teremos que pensar agora em um tratamento deste resto, deste impossível, não mais em termos de sua inscrição no universal de uma Lei vazia (que vimos conduzir a um impasse no que concerne à perversão). Trata-se aí de seguir os desdobramentos de conceitos como o de sublimação em Lacan, que permitem pensar a direção da análise em termos de um outro destino a este impossível.

Em segundo lugar, podemos pensar que, na perversão, o sujeito suposto saber, sempre a ser destituído em uma análise, se apresenta em termos de um sujeito suposto saber gozar. Talvez este particular da perversão permita pensar um manejo próprio nesta clínica do que é uma direção comum a toda análise – neurose, psicose ou perversão – o analista no lugar do Outro fazer a passagem do Outro não barrado ao Outro barrado. Como disse, são considerações muito introdutórias. Mais vale agora passar para o terreno da cultura na atualidade para pensar o lugar da perversão.

Não só no campo da psicanálise, mas também, observa-se a proliferação do uso do qualificativo perverso para designar desde uma sociedade perversa a um discurso perverso, ou ainda uma cultura que favoreceria a produção de indivíduos perversos, em detrimento dos neuróticos (isso consta da bibliografia psicanalítica atual). Sem negar que uma tal proliferação do adjetivo perverso possa estar designando algo que tem existência hoje na realidade, é importante questionar até que ponto o conceito de perversão da psicanálise pode dialogar com estas outras entidades, assim como considerar a importância de sustentar a perversão como uma estrutura. Isto porque, neste caso, trata-se de algo que fala

de uma posição de sujeito não redutível a uma determinação social, discursiva, cultural. Isto abriria toda uma outra discussão que também não realizaremos aqui.

Em uma outra direção, é interessante observar que o termo perverso prolifera a olhos vistos no momento mesmo em que é banido dos manuais de psiquiatria. Com o termo parafilia, o DSM IV engloba as perversões sexuais historicamente discriminadas pela sexologia e pela própria psiquiatria. Vale notar que estão nele incluídos não apenas os comportamentos sexuais, mas também as fantasias e anseios, e que para serem classificados como parafilias devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. É difícil imaginar que alguém fique de fora, afinal é possível conceber que alguma área da vida de algum indivíduo não se veja perturbada pelo sexual? Na consulta ao DSM IV, me chamou a atenção, por exemplo, a preocupação, em termos de diagnóstico diferencial, de que o exibicionismo seja distinguido da micção em local público. É uma perspectiva quase pueril em relação, por exemplo, às obras do Marquês de Sade. Estaríamos aí diante de uma versão mais palatável da perversão, própria ao consumo? Vide os reality shows.

Como indica Roudinesco, tal modalidade classificatória representa toda uma diluição do que na perversão remetia a um lado obscuro, a uma parte maldita (ROUDINESCO, idem). Estaríamos aí no domínio de uma teorização que é rejeitada pelo DSM IV. O problema é que essa teorização rejeitada era o que nos permitia enxergar, no lugar em que se originaria a perversão, tanto o que alimenta o crime, a auto-destruição, quanto o que engendra a rebelião, a superação, a sublimação. Em nome de, ao se classificar os desvios, deixar o mal de fora, corre-se o risco de propor que se tratem todos os atos transgressivos, os piores e os melhores. O diagnóstico seria extensivo ao que perturba.

Este apagamento da figura do perverso, em nome do rastreamento de uma certa perversão generalizada ou potencial, nem sempre é acompanhada pelas produções cinematográficas, sempre interessadas na encarnação do mal em certos personagens históricos ou fictícios. Um filme recente, o novo Batman (The Dark Knight / O Cavaleiro das Trevas), discute de modo bastante inteligente para o padrão das produções hollywoodianas a questão do bem e do mal, do heroísmo e da torpeza. O contraponto de Batman é o vilão Coringa e é quase como se eles encenassem um debate para decidir o

lugar da perversão: perversos somos todos nós, perversa é nossa sociedade atual ou perverso é o Coringa?

A ‘tese’ do Coringa é de que são patéticas as vidas daqueles que querem controlar seu destino, que fazem planos, que seguem regras, que preconizam valores. Querendo provar uma certa verdade do caos, ele tenta levar seus antagonistas ao ponto de ultrapassarem seus próprios limites. Nos momentos de confronto com Batman (a quem acusa de seguir regras), ele anseia que este o mate deliberadamente, o que representaria a violação de um limite ao qual aquele se vê submetido. Se Batman decidisse matar o Coringa em uma situação em que teria a opção de não fazê-lo, este último teria obtido, com sua própria morte, a demonstração de que estes limites podem e devem ser ultrapassados. Esta é a Lei. Quanto aos criminosos tradicionais, Coringa debocha do fato de que eles acreditam em coisas como honra. Coringa está lá, então, para salvar suas vítimas de uma existência não conforme a uma Lei que ele entende encarnar⁴.

Certo deboche também aparece quanto à história que Coringa relata sobre como teria adquirido as cicatrizes que deformam seu rosto. Na primeira vez em que descreve o episódio, ele apresenta uma história de violência ligada a um pai alcoólatra. O tipo de história que nos forneceria uma explicação para aquilo que essa criança veio a se tornar. Em outro momento, no entanto, somos surpreendidos pelo relato de um outro episódio completamente diferente para explicar as cicatrizes. Desta vez, a violência estando relacionada ao contexto de um relacionamento amoroso. Ele debocha, assim, de nosso anseio por uma história de vida que justifique o mal ter ali se instalado. São versões microcósmicas da concepção de que a sociedade é que é perversa, fabrica seus perversos. Se Coringa não tem história, também não tem projeto. Em certo momento se compara a um cachorro que persegue um carro em movimento. Ele não tem a menor idéia de qual seja seu objetivo, do que faria se alcançasse o carro.

No estado de tensão em que o Coringa coloca Gotham City⁵, vemos o que se passa com dois personagens, Batman e o promotor local, o Cavaleiro das Trevas e aquele a quem se referem, em dado momento, como o Cavaleiro Branco de Gotham. O que o filme problematiza, confrontando esses dois personagens, é a questão do herói. O filme nos

⁴ Um detalhe que reside na fantasia perversa é justamente a suposição de que a vítima almeja sofrer o ato perpetrado. Por exemplo, o pedófilo que justifica seu ato pelo argumento de que, de algum modo, a vítima o solicitou.

⁵ Como se trata de uma superprodução de Hollywood, o roteiro tem que conter algo de mirabolante. Então, efetivamente, um único indivíduo consegue, no filme, deixar tudo de pernas para o ar.

mostra, com uma ressonância psicanalítica, que o lugar do herói é um lugar a não ser ocupado, é um lugar que opera, que organiza algo no grupo, à condição de ser deixado vazio. O promotor, diante de uma cidade em que se alastra a criminalidade, tem a pretensão de ocupar este lugar. A ele é propulsado também pela comunidade. Inclusive por Batman, que vê aí a possibilidade de encontrar um substituto que, diferente dele, possa agir dentro da legalidade, da vida institucional.

Quando, no entanto, o promotor passa a encarnar uma solução total, as coisas se tornam piores do que nunca. Não só no filme, mas também na vida, o programa de erradicação do mal engendra invariavelmente ordenações perversas. É justamente porque Batman não se impõe a exclusividade do bem ou do mal, que uma saída se faz possível diante da situação extrema que se estabelece. No Cavaleiro das Trevas, há algo de sombrio, uma certa zona de sombras. Como é dito no filme, ele pode ser o pária, ou, em uma fórmula a ser guardada, ele pode fazer o sacrifício de não ser o herói. Não precisamos acreditar que ao bem e ao mal se impõe o propósito de se extinguirem, no filme eles dançam. Enquanto a perversão não se vir reduzida a uma doença a ser erradicada, a psicanálise poderá se inclinar (no sentido da clínica) em direção a ela, para que sua contribuição em pensar o humano não silencie.

REFERÊNCIAS

FREUD, S (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol.VII*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (1913[1912-1913]). Totem e tabu in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol.XIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (1923). O ego e o id in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol.XIX*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (1927). Fetichismo in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol.XXI*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

LACAN, J (1959-1960). *O Seminário livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. Kant com Sade in *Escritos*. Rio Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

SAFATLE, V. Notas de aula da 3ª seance do curso *Ecrire les impossibles: la dialectique négative du sujet lacanien*. Paris: Collège International de Philosophie, 2001.

CONFIANÇA *VERSUS* OBSESSIVIDADE: Como se *desenha* a questão da confiança no neurótico obsessivo?

ELIANE MARQUES SOARES¹

EUGÊNIA CORREA¹

LILIA MARIA PANDOLFI²

NÁDIA SPOSITO GONÇALVES²

SONIA CRISTINA MARINHO¹

RESUMO: O estudo, aliado à leitura e discussão em grupo do texto "Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura", de autoria do Dr. Prof. Luiz C. Figueiredo (PUC-SP e USP), fez nascerem várias questões e um interesse de ligarmos o tema à patologia psiquiátrica de transtorno obsessivo compulsivo. Desenvolveremos nosso trabalho através do texto citado e vinhetas clínicas retiradas da clínica social e particular das autoras, assim como de outros autores em Psicanálise. Como se *desenha* a questão da confiança no neurótico obsessivo? Além desta pergunta, iremos focar a desconfiança, quando nasce e porque se fixa no psíquico humano, demonstrando, através das vinhetas clínicas, as conseqüências no plano social e cultural e o sofrimento psíquico de alguns pacientes e suas dificuldades no campo profissional, afetivo e social. Objetivaremos pensar e reproduzir no nosso texto com base em S. Freud, D. Winnicott, W. Bion, Balint e A. Green. Cada uma das autoras vai apresentar, a partir dos exemplos de casos tratados em suas clínicas, a fundamentação teórica e a forma como trabalhou as questões, acrescida das avaliações feitas nas reuniões do grupo.

Palavras-chave: Confiança/desconfiança; intrusão; neurose obsessiva.

ABSTRACT

How is the question of self-confidence drawn in the obsessive neurotic? Besides this question, we will focus the distrust, when does it born and why does it fix in the

¹ Candidata a Psicanalista do Círculo Brasileiro de Psicanálise-CBP Seção Rio de Janeiro

² Psicanalista do CBP-RJ

human psychic demonstrating through clinical vignettes the consequences on the social and cultural spheres and the psychic suffering of some patients and their difficulties in the professional, affective and social fields. We will objective think and reproduce in our text based on S. Freud, D. Winnicott, W. Bion, Balint and A. Green. Which one of the authors will present, from examples of the cases treated in their clinics, the theoretic basis and the way how they worked the questions, added the valuations done on the group appointments.

Key-words: Confidence/distrust; intrusion; obsessive neurosis

Deus deu-nos asas para chegar até ele: O Amor e a Razão.

Aristóteles (séc. IV A.C.)

1- INTRODUÇÃO

O estudo, aliado à leitura e discussão em grupo do texto "*Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura*", de autoria do Dr. Prof. Luiz C. Figueiredo (PUC-SP e USP) (2007), despertou várias questões e o interesse de ligarmos o tema à patologia psiquiátrica do transtorno obsessivo compulsivo.

Desenvolveremos nosso trabalho através do texto citado e vinhetas clínicas retiradas da clínica social e particular das autoras.

Objetivamos pensar como a confiança se delinea no psíquico do neurótico obsessivo com base no texto enfocado e conseqüentemente perpassar pela desconfiança tentando entender: quando e por que ela começa e ganha força no psíquico humano, acarretando algumas conseqüências que são experienciadas nos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo, seja de grau leve ou não e que os influencia e causa sofrimento, tanto no plano social e cultural, como no profissional.

2 – DESENVOLVIMENTO

“Qualquer precipitação do analista será vivido como invasiva e adubará, portanto, as raízes da desconfiança”
(2007 – Luiz C. Figueiredo.)

2.1 - A INTRUSÃO NA NEUROSE OBSESSIVA

Nosso trabalho terá como base a patologia da neurose obsessiva, devendo levar em conta a grande dificuldade que o obsessivo tem em confiar e como a desenvolveu, aumentando a intensidade durante toda a sua vida.

Considerando o peso da interpretação na psicanálise, o despertar ou levar o paciente a refletir ou começar a pensar sobre si, sobre um fato, ou sobre uma repetição, é um passo alcançado por muitos de nós, no nosso trabalho clínico. Porém, no caso do paciente com predominância estrutural de obsessividade, a técnica psicanalítica que nosso trabalho propõe, se apoiará em como foi introjetado o objeto primário e a relação intrínseca na sua vida.

Começamos a pensar e entender a relação intrínseca entre nosso paciente obsessivo e o objeto primário e como a confiança vai sendo afastada de se delinear no psíquico do bebê, em virtude de como os cuidados são inseridos na intimidade com o cuidador.

É sabido desde Melanie Klein (1945), que a relação com o objeto primário é primordial para o início da constituição psíquica do bebê. Após algumas discussões em nosso grupo, observamos que, na relação bebê / cuidador, **a intrusão**, observada dentro do Curso Observação Mãe / Bebê e de atendimentos na clínica com criança ou ainda, em nossas experiências de vida, que na maioria das vezes esse papel é geralmente exercido pela mãe. O mais marcante com relação à intrusão, é observar como este cuidado está sendo desenvolvido.

Antes de continuarmos iremos ilustrar este trabalho com duas palavras-conceito retiradas de Winnicott (1965), que muito nos tem ajudado, são elas: **handling e holding**.

Handling é o cuidado técnico, ou o cuidado eficiente, o qual passa, por exemplo, na troca de fraldas feita por uma enfermeira, ou no nosso caso, feito por uma mãe, em que toda a técnica de troca tem como objetivo ser perfeita, mas não existe uma palavra, um carinho, uma comunicação, seja verbal, seja através do olhar ou de uma simples explicação.

Tem nos chamado muita atenção a maneira como o bebê se relaciona com os cuidados que são recebidos, no que tange: à alimentação e aos hábitos higiênicos, nos seus primeiros meses de vida.

Muitas vezes observamos que passa pelo excesso, como no caso: um bebê que nunca pode ficar, nem por um segundo, com uma fralda molhada ou suja, porque a cada momento, a mãe, ou o cuidador, enfia a mão pela fralda, deslizando pela pele das nádegas, pelo pênis ou pela vagina, para ter certeza de que a fralda está seca. Não importa, neste caso, se o bebê emitiu algum sinal de incômodo, se chorou, está dormindo, comendo ou brincando.

A intrusão perpassa pela certificação, não sendo acompanhada por uma palavra, por um carinho, por uma interação. É a invasão com um único objetivo: a fralda não pode conter o conteúdo para o qual foi criada.

Ela impede ao bebê de entrar em contato com seus produtos naturais, urina, fezes e com o calor que ambos os dejetos contêm. Não lhe é permitido aprender com o incômodo, nem emitir algum sinal que o represente, como, por exemplo, o choro.

Já o holding fica além do acolhimento, onde o bebê é reconhecido e respeitado como um outro, que necessita de cuidados para sobreviver e desenvolver-se como pessoa.

Na intrusão, o tato do cuidador é dirigido ao bebê, sem carinho, sem palavra carinhosa, sem a facilitação do calor humano nesse cuidado - **handling**.

Mãe extremada no fazer, que não propicia contato e dificulta o bebê a se desenvolver como um ser.

Fazendo uma analogia com a interpretação analítica, há que se estar atento para evitar uma abordagem que repita essa atitude invasiva, intrusiva

A invasão não faz fluir, reforça o sofrimento e as defesas do paciente, protegido por um falso-self, desempenhando a função do pensamento-acusador.

Completando nossa comparação entre o cuidado com o bebê e com o nosso paciente, podemos começar a concluir que: o bebê que conviveu com cuidados na forma de **handling** não desenvolveu o aspecto mais decisivo, *que vai além...da confiabilidade no objeto e da confiança no ambiente, **trust** que se refere a uma condição internalizada de confiança primária, adquirida com base em boas experiências.* *

O **trust**, nas palavras de Winnicott (1967) , *diferencia-se tanto da desconfiança básica como da credulidade infantilizada diante de objetos internalizados...*

Podemos entender que experiências com base na invasão geram patologias de igual teor, ou seja, crianças que foram abusadas, caso não encontrem um ambiente e pessoas que possam ajudá-las a transcreever suas histórias, tenderão a reproduzir ou *evacuarem os*

elementos beta (Bion) (1991), que não conseguiram ganhar espaço para serem transformados.

Nossa escolha, por exemplo, foi na patologia da obsessividade, onde as experiências de invasão são sentidas como dívidas que devem ser saldadas.

Para Green (1984), uma das funções essenciais do objeto primário é, efetivamente a de despertar e organizar a pulsão, então anárquicas nesse “perverso polimorfo”. Não se trata de implantar a pulsionalidade, à Laplanche, mas também não se supõe uma pulsão sem a participação do objeto... Sem o objeto, a organização da pulsão não vem à tona, não se constitui. No entanto, contraditoriamente e ao mesmo tempo, outra função essencial do objeto primário é de conter e transformar a pulsão, conforme as idéias desenvolvidas por Bion (containment) (1991) e Winnicott (holding) (1967).

Pensando em uma das pulsões, a sexual: como o paciente obsessivo lida com sua parte sexual ? Existe equilíbrio e amadurecimento emocional em nossos pacientes obsessivos para lidar com a sua sexualidade ?

Retirando da clínica uma vinheta através de uma fala de um paciente diagnosticado com transtorno obsessivo compulsivo:

- Eu tento, mas não consigo pernoitar com uma mulher ao meu lado, na minha cama, me sinto... Toda vez é a mesma coisa: sexta-feira saio do trabalho, passo em casa, tomo banho, dou uma olhada, ajeito algumas coisas, trago para o meu apê, coloco aquela música, sirvo aquele tira gosto, aquela bebida, começamos a nos amassar, mas, nada de beijo na boca. Vamos para minha cama e rapidamente resolvo.

Quando ela levanta e vai para o banheiro, conto no relógio. Levanto e digo que estou com dor de cabeça. Aviso que o táxi irá levá-la em casa, dou-lhe um presente. Ela pergunta se não quer que ela fique? Digo que não. Toda semana é isto, faço isto há anos e elas sempre acreditam e sempre estão querendo.

Através da fala deste paciente podemos observar que esta é a maneira criada para manter uma rotina de repetição e aparentemente manter relações com duas mulheres, sem permitir qualquer modificação. Gosta de afirmar que tem duas amantes e não sabe por que não consegue amar nenhuma delas. Sente que, se não fizesse desta forma, elas não sobreviveriam; na sua fantasia algo de ruim iria acontecer.

O que representa uma de suas amantes ou as duas, no seu universo psíquico? Por que o paciente não se permite desfrutar do encantamento da intimidade ? Por que tem que

correr para cumprir cada etapa do encontro sexual? O que significa fazer um *amasso* ? Ele também é amassado? Qual o valor do cronômetro quando a amante sai da sua cama?

Poderíamos levantar muitas questões, porém a que melhor responde à ansiedade deste paciente é que ele fica sempre com a dúvida de que padece o obsessivo. Sempre se acha sujo, nunca julga que fez nada direito e quando trata de se relacionar com pessoas, tem que ser muito rápido e superficial, porque em sua profissão *tempo é dinheiro*, isto não se pode perder.

2.2 - DUAS FASES

Dentro do processo analítico temos duas fases de trabalho que auxiliam na mobilização e transformação dos afetos e a evolução da análise do paciente.

A primeira fase acontece quando o trabalho analítico propicia o aparecimento dos sentimentos de afetos, as angústias, as defesas são experimentadas via transferência, vivências inomináveis, até então, vão sendo elaboradas ao longo do processo, a cada sessão. As transformações e os *insights* vão acontecendo.

À partir da instauração da transferência que ocorre quando se estabelece a interação da dupla analítica, se instala a confiança recíproca entre o analista e o analisando no setting.

A partir do texto em estudo, a confiança será desenvolvida dentro do processo: o paciente sente o terapeuta dando-lhe o holding e coloca nessa relação a esperança de que o analista o compreenda, satisfazendo, assim, de forma simbólica, o que busca para completar sua evolução como pessoa. Entretanto, essa necessidade nunca poderá ser inteiramente satisfeita. No referido texto a questão da confiança é desdobrada num ambiente não-intrusivo, não-persecutório e capaz de oferecer ao paciente uma relação onde possa emergir o processo criativo a partir da confiabilidade do terapeuta.

Paciente procura a análise para poder lidar com momentos de angústia e insônia durante o curso universitário, ocorrendo rituais obsessivos de lavar as mãos repetidamente antes de estudar à noite. Apresenta um estado de desorganização mental que o faz levantar várias vezes e não se concentrar nos estudos. Tirou várias notas baixas. Após um ano e quatro meses de análise permanecendo sentado na poltrona, consegue passar em todas as disciplinas do período. Vem para a sessão feliz, já na porta conta que foi aprovado nas

matérias da faculdade. Entra e diz que confia na análise, reconhecendo que melhorou muito. Pergunta à analista onde é melhor a análise: na poltrona ou no divã. A analista responde que a poltrona ele já conhece, mas o divã seria um espaço não explorado que ele poderia conhecer. A analista pede-lhe que escolha. Assim, ele deitou no divã pela primeira vez.

2.3 – JONAS

Homem de constituição franzina, baixa estatura, ar triste, filho mais velho, tendo um irmão muito bem realizado profissionalmente. Seu tratamento psicanalítico completou, há pouco, quatro anos. Casado, com três filhos, duas filhas casadas; o filho depende ainda dele para viver, apesar de seus trinta anos .

Chegou afirmando estar se sentindo no fundo do poço. Sofrendo de depressão há mais de sete anos, utilizando-se de medicamentos muito fortes, com acompanhamento psiquiátrico. Já nos primeiros meses de análise começou a diminuir a dosagem da medicação.

Com pouco tempo de casado, começou a perceber que os gostos de ambos eram opostos, reconhecendo que passou a fugir dos problemas de relacionamento em casa , isolando-se; procurando se defender da atuação da esposa, que se acostumou a desvalorizá-lo diante dos filhos, fazendo piadas e ironizando sua fraqueza física, no que passou a ser imitada por eles . Nos primeiros seis meses da terapia tinha muito cuidado em se lamentar pela forma de tratamento que recebia e não se sentia com forças para reagir. Afirmava detestar brigas, falta de classe. Sentia-se que ele desconfiava de tudo, de micróbios, de gente, até do ar. Depois que ganhou mais confiança, começou a mostrar situações concretas em que se indispunha em família e a demonstrar pequenas reações de auto valorização. Basicamente tinha plena consciência de que só servia, nessa relação sem afeto, para pagar as contas, e que uma das suas grandes frustrações foi ter permanecido num trabalho que não lhe agradava, simplesmente por necessidade de garantir a segurança de todos. Repetiu algumas frases em que a mulher sempre dizia que ele não era o homem com quem queria passar o resto da vida.

Nos relatos de sua infância, numa estrutura que favorecia as características obsessivas, Jonas cresceu sentindo uma franca falta de admiração por seu pai, por este, a

vida inteira, nunca ter ousado melhorar profissionalmente. Mas o que mais o incomodava era a rigidez com que o pai o tratava. Sentia-se desconsiderado, sentimento que o acompanhou nas outras relações, especialmente na família. Podemos pensar na palavra *descon siderado*: fora da constelação.

Voltando à sua infância e juventude: percebe-se uma grande ambivalência tanto com relação ao afeto pela mãe como pela admiração ao avô materno. Ambos lhe davam migalhas de atenção que em seu desamparo tentava valorizar e nomear de carinho. Mas algum entendimento dentro dele sabia que faltava muito... alimentando uma profunda raiva . Quando se referia às atenções não recebidas pela mãe, sempre a defendia, relatando o número de atividades domésticas que ela desempenhava. Assim como aceitava, na atual casa, sua posição desvalorizada sem reagir .

Aos poucos começou a se dar conta de que repetia um padrão familiar nunca se impondo, (por exemplo, entra e sai de casa e a esposa não lhe dá atenção, assim como quando chegava em casa e a mãe já estava dormindo, não o esperava para jantar, enquanto dava atenção ao irmão mais novo); habituou-se à ausência de afeto e de lazer.

É rígido em suas fronteiras, tanto financeiras como nas ações que repete sempre da mesma forma. Tudo fica limitado pelo seu sistema de controle.

As fortes características da neurose obsessiva em tudo o que faz Jonas marcam nitidamente a dissociação do afeto: é capaz de apresentar os problemas, discorrer sobre eles minuciosamente, mas foge para a descrição verbal onde prevalece uma visão crítica distanciada, como se não se referisse à sua própria vida. Ou, também, sempre que se aproxima do âmago da questão, dispersa o discurso para assuntos gerais, exemplificações de questões impessoais, tais como citações de casos lembrados em literatura, música (óperas) ou até mesmo situações políticas que caibam no tema.

Winnicott (1965) se refere à atenção que a mãe suficientemente boa dá ao filho: ele precisa senti-la por perto, ser acolhido sem necessariamente ser solicitado em tempo integral, o que cria uma estrutura de confiança no sujeito.

Jonas passou a confiar mais nos próprios sentimentos e atualmente identifica as condições que vivia quando iniciou o processo de melancolia; a diferença é que seu mundo interior é agora mais rico e tem mais atenção consciente de si mesmo.

Fazendo uma avaliação do respeito que adquiriu atualmente, não permitindo mais brincadeiras ofensivas e desconsiderações, acha que a qualidade de vida conseguida, apesar de se sentir com pouco diálogo, lhe permite saborear seus momentos de tranquilidade.

Jonas está encontrando um sentido de liberdade nascido do trabalho de autoconhecimento, começa a aceitar o fato de ter evitado confrontos como um mecanismo de defesa nos vários ciclos de sua existência. Reconhece que suas explicações racionais para não reagir aos maus tratos em casa encobriam um temor de enfrentar a voz forte da mulher, as atitudes agressivas parecidas com as recebidas na infância.

Acompanhando o esforço que Jonas investe tentando fugir ao padrão de comportamento de toda uma vida, somos obrigados a reconhecer que, por mais sensível que ele seja e mais decidido a se resolver, grande parte do seu sofrimento vem da sua estrutura obsessiva.

2.4 – SOBRE A CONFIANÇA

Sabemos que o que estrutura o sujeito, como condição para a saúde mental, é a confiança no ambiente e no objeto primário.

Quando o bebê nasce, ele precisa confiar na mãe, que irá satisfazer seus primeiros impulsos. Inicia-se aí uma relação simbiótica deste bebê com a mãe, que mais tarde começará a ser desfeita com os primeiros limites (da mãe), quando ela estabelece fronteiras: isso pode, isso não pode. Mas, ainda aí, a criança continua ligada à mãe, até que haja a entrada do pai para fazer esse corte, para estabelecer a lei edípica, de acordo com Freud (1924)

Luis Cláudio Figueiredo fala da brincadeira de jogar para cima a criança e ampará-la, como uma relação de confiança quando esta se sente em um vôo livre, num momento de medo, susto, mas que é segurado ao descer trazendo a confiança no pai, estabelece-se assim a entrada no Édipo de forma equilibrada.

Para o autor, essa busca pela necessidade de confiar continua no adulto; ele cita a brincadeira de bung-jump, quando o jovem se lança de uma altura seguro por um forte elástico que se amarra aos seu pés. É novamente uma tentativa de confirmar a confiança na brincadeira, no instrutor e no equipamento.

Relaciona o bung-jump com um dia a dia do sujeito no Brasil, quando está exposto a todo o tipo de insegurança – bala perdida, desemprego, surgimento de novas bactérias provocando doenças etc...- dando sempre a sensação de insegurança, minando a confiança. Este processo é chamado pelo sociólogo A. Giddens (1991), de segurança ontológica, que seria a confiança no ambiente e em si mesmo, permitindo que a vida seja vivida com algum prazer e tranqüilidade.

Este quantum de energia despendida em segurança, quando deixa de ser externada e vivida, é investida, então, para dentro do sujeito, trazendo melancolia.

Voltando à nossa reflexão, de acordo com o autor do texto em estudo, falávamos do pai entrando na relação mãe x filho, trazendo à criança a confiança no mundo. O que acontece quando esse pai não consegue entrar nessa relação? O que acontece quando essa mãe não permite essa entrada?

A criança é o objeto de desejo da mãe. O desejo da criança não se estabelece, porque a mãe transmite e induz seus desejos ao filho. Cria-se aí, então, uma estrutura obsessiva. O individuo tenta não sair dessa fase, usando defesas de controle para evitar a entrada do pai na sua relação com a mãe.

Em conseqüência, vai desenvolver um falso self para agradar à mãe, e futuramente projetar esse comportamento na sua relação com o mundo. Preocupa-se muito com a sua imagem e não desenvolve afeto em suas relações; pensa demais e repetidamente, realizando pouco. Ao analista caberá não explicar muito ao paciente, porque o obsessivo já usa exageradamente o racional.

Entre outras características, observa-se, na maioria dos casos, uma desmedida aptidão para a ordem, organização, limpeza, detalhes, perfeição; mania de guardar objetos e dificuldade para decidir.

A seguir, abordaremos mais um caso que apresenta várias dessas características.

Homem de quarenta e três anos procurou a análise com uma lista de vintes questões a resolver tais como: não suporta que o toquem; não consegue beijar nem ter relações sexuais com alguém que não seja íntimo; horror a mendigos evitando respirar perto deles; não entra em hospital por medo de contaminação; carrega muita culpa religiosa; não suporta crianças porque elas criam desordem no ambiente dele; não se alimenta de comida salgada ingerindo apenas frutas e cereais uma vez a cada quarenta e oito horas; não mantém amizades nem relacionamentos afetivos por muito tempo.

Com pai muito autoritário, instável emocionalmente e que tinha acessos de raiva constantes, impondo-lhe castigos terríveis e a mãe que trabalhava o dia inteiro foi criado pela avó. Filho do meio sempre fez tudo para ser sempre certinho e agradar, tentando ser o filho predileto já que tinha duas irmãs que davam *muito trabalho* aos pais. Desde criança foi se afastando de seus próprios desejos para satisfazer à avó, que representava para ele a figura materna, comportamento esse que se estendeu para todas as mulheres de sua relação. Ouviu sempre dos pais que deveria fazer tudo para agradar a Deus para não ser castigado. Esse padrão de crença levou-o a um comportamento de evitação de prazeres na vida, especialmente no sexo, por considerar pecado diversas formas de relacionamento sexual.

A abordagem terapêutica inicialmente foi “fomentar” a transferência, pois o paciente era extremamente desconfiado. Através de associações, ele foi percebendo o quanto seu padrão de exigência era alto, especialmente consigo mesmo. Após dois meses de tratamento, conseguiu iniciar um relacionamento afetivo com maior intimidade.

Conclusão

Os pacientes com neurose obsessiva têm sua história psíquica reforçada por um ambiente agressivo ou sem afetividade, podendo desenvolver-se geralmente, desde quando os primeiros cuidados são executados de maneira intrusiva, atendendo exclusivamente o anseio do cuidador e à maneira **handling**.

O tratamento da neurose obsessiva apesar de ser considerado um dos mais desafiadores para a Clínica, se conduzido com a consciência da busca de equilibrar o afeto e a razão, conseguirá diminuir a racionalização exagerada, a desconfiança e as demais características acima citadas. Com tato, respeito e atenção vamos começar a ensejar um vínculo onde não haja tanto espaço para a permanência dos mecanismos de defesa que acompanham essa patologia.

De acordo com Gonçalves (2005),

“ será revivido na sessão o que puder ser, o que conseguirmos fazer uso, é a aceitação do limite de cada um, de cada momento, é a representação da compaixão humana e da relação psicanalítica flexibilizando a dupla numa reciprocidade de confiança ”

Desta forma, através do **holding** e atenção flutuante do analista, o paciente poderá então rever sua própria história e propiciar a si mesmo novas possibilidades que lhe garanta viver com menos sofrimento, compatibilizando amor e razão como nos sugere Aristóteles.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

BION, Wilfred Ruprecht – **Atenção e Interpretação: o acesso científico à intuição em psicanálise e grupos** – Imago – 1991

BORONAT, G. F. -- **TOC 100** Ed. EDIMISA (oferecimento do Laboratório Libbs)

FERENCZI, S – **A confusão de línguas entre adultos e a criança**. In S. Ferenczi Obras Completas – Vol.4 – Martins Fontes - 1992

FIGUEIREDO, L. C. – **Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura**. In Revista Brasileira de Psicanálise – Volume 41, n.3 - 2007

FREUD, Sigmund – **A dissolução do complexo de Édipo** In Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – Imago – 1976

Giddens, A.(1991). **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Unesp

Gonçalves, Nadia T. Sposito – **Idoso e Psicanálise**. In Winnicott Seminários Brasileiros – Revinter – 2005

Green, A. (1984). **L'objet et la fonction objetalisante**. In A. Green, Propédeutique. La métapsychologie revisitée. Paris: Champ Vallon.

WINNICOTT, DW (1965) **The maturational process and the facilitating environment**, London : The Hogarth press (1970) sobre as bases para self no corpo. In D.W. Winnicott Psycho-analytical explorations (1971) Playing and reality. London: Tavistock Publication

ANÁLISE DE UMA CRIANÇA DE DOIS ANOS DE IDADE

A imprevisibilidade do Cliente e o Não Saber do Analista

Gildete Lino de Carvalho

RESUMO

Caso clínico de uma criança de dois anos, funcionando como falo da mãe, ausência da função paterna, sem ser sujeito do desejo, sem acesso à linguagem.

UNITERMOS

Falo – mãe fálica – função materna – onipotência materna – função paterna – gozo – corte – sujeito – desejo – fusão – desamparo – linguagem – ausência da função paterna – transferência paralela – narcisismo.

Uma mãe chega ao consultório, decepcionada por não ter conseguido ser a mãe idealizada para o filho de dois anos. O seu discurso – o de uma pessoa que não se permite falhas. Toma seu filho como seu falo – Um narcisismo aterrador – em que trocas entre mãe e filho são impossíveis. Barra a entrada do pai e concomitante contrata sucessivamente 23 babás nos dois anos de vida do filho.

Sabe-se que não existe sujeito nem desejo sem a castração simbólica, operada pela função paterna.

Função materna conturbada. Função paterna inexistente. A Imprevisibilidade do outro e o seu “não saber”! Decido por uma análise do filho com a presença da mãe, sem a determinação do tempo.

Teorizando: “A mãe ao entrar em contato com o bebê se toma por ela, um pedaço dela própria. Esse real biológico antes do nascimento constituindo-se com restos de substâncias da mãe, e após, a mãe continua a ocupar um lugar atributivo – pensa seu bebê e lhe atribui conteúdos psíquicos. Função diferente – a do pai. O bebê não é pensado por ele como uma parte dele mesmo. O pai, em sua função, é um operador psíquico da separação”. O laço primordial, na sua vertente paterna introduz um corte. Este corresponde à capacidade separadora do pai e à sua função reguladora da onipotência primordial da mãe.

Zezinho e a mãe, juntos no 1º dia de análise. Zezinho, não fala se joga no chão, faz birra... chora. A mãe fala por ele e dela própria, de outra forma – do sofrimento dele, da sua insatisfação enquanto mãe e da inutilidade do pai que não a ajuda.

No setting tudo acontece – as queixas da mãe e do filho, o brincar dos dois. A mãe recebera orientações (nada psicanalíticos), interpretações etc. Um dia, Zezinho traz o pai e na sessão seguinte entra sozinho no consultório da analista.

Ganhos obtidos:

- a última babá permaneceu por tempo record e continua,
- a linguagem da criança se desenvolveu, fala de seus próprios desejos: “Zezinho não quer vir prá Gildete”,
- as birras diminuíram e a frequência dos internamentos, também,
- a mãe, aprovada em concurso recente, passa a trabalhar.
- a\os auspícios de uma transferência paralela, complexa, o descolamento mãe x filho se faz. A análise no exercício da função paterna. Eis um neurótico pronto para viver.

BIBLIOGRAFIA

CRESPIN, Graciela Cullere – A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano. Coleção 1ª Infância. Dirigida por Cláudia Mascarenhas Fernandes.

LACAN, J. -

FREUD, S. - Sobre o Narcisismo: Uma Introdução ao Narcisismo. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. – Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

AVERSÃO SEXUAL E HISTERIA, SOB UMA PERSPECTIVA FREUDIANA

Antonios Terzis¹

Gustavo Presídio de Oliveira²

Clenilson Luiz Passos Costa³

Nos textos de Freud os termos aversão e aversão sexual não são freqüentes, sendo, portanto, desprovidos de estatuto conceitual, embora o primeiro possa ser encontrado esporadicamente nas cartas enviadas a Fliess, Carta 75 (1996/1897), e nas obras Estudos sobre a histeria (1996/1893-1895), Um caso de histeria (1996/1905) e, também, em Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1996/1905). Nelas, a palavra aversão parece ganhar significado semelhante a outras, como repugnância, nojo e asco.

A aversão, portanto, estaria significando algo repulsivo ao sujeito, de tamanha intensidade e força em relação a uma representação. No caso Dora (1996/1905), Freud se refere à aversão ao nomear a repugnância que sua paciente sentia em certas situações de assédio de cunho sexual e amoroso por parte do Sr. K., como se as excitações suscitadas na jovem moça fossem ainda mergulhadas no sangue representativo da realização do incesto, provocando a defesa aversiva no plano da oralidade da sexualidade infantil, esta que culmina, em sua trajetória, no drama edípico.

O que se depreende desse percurso é que a aversão, com a classe de reações afetivas e corporais que compõe (nojo, repúdio, aversão), é um tipo de negatividade, erguendo-se, no período de latência, na contramão da sexualidade infantil e seus desfiladeiros. Constitui, ainda, um dos pré-requisitos para a entrada do sujeito na cultura, assumindo a castração para abrir o caminho da elaboração simbólica – psíquica – em que se inclui o recalque da sexualidade infantil, a inibição dos fins da pulsão, a sublimação, a identificação com os

¹ Psicólogo, Doutor em Psicologia Clínica pela USP, Professor titular da Pós-Graduação em Psicologia pela PUC-Campinas /SP e Presidente da FLAPAG – Federação Latino Americana de Psicoterapia Analítica de Grupo.

² Psicólogo, Doutorando em Psicologia pela PUC- Campinas / SP; Mestre em Psicologia pela Universidade São Marcos / SP; Especialista em Sexualidade Humana pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo / USP – SP; Especializando em Psicanálise Grupalidade e Intervenção nas Instituições pelo CEFAS / SP; Especializando em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP, Especialista em Docência do Ensino Superior – UNIFACS / BA.

³ Psicólogo, Pós-graduando em Dependência Química e Psiquiatria pela Universidade São Marcos / UniSãoPaulo – SP; Pós-graduando em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade Ruy Barbosa – BA.

agentes culturais e seus aportes, etc. Nesse processo, a aversão seria o estágio inicial do referido encadeamento.

Para Freud (1996/1905), a perversidade da fase oral é constituinte da sexualidade infantil, sendo que traços perversos podem ser encontrados no adulto. O exemplo mais conhecido citado pelo autor é o beijo do adulto, o qual se porta como um ato perverso, quando se tem em vista a união de duas zonas erógenas para obtenção de prazeres, uma vez que a reprodução está restrita apenas à zona genital.

Por mais infames que possam ser, por mais nítido que se faça o contraste com a atividade sexual normal, uma reflexão tranqüila mostrará que um ou outro traço de perversão raramente está ausente da vida sexual das pessoas normais. Pode-se alegar que até mesmo um beijo seria considerado ato pervertido, de vez que consiste na junção de duas zonas erógenas orais em vez de dois genitais (FREUD, 1996 / 1917 [1916], p. 326).

Nessa perspectiva, o beijo seria um dos vestígios da perversidade experimentada na fase infantil; ou seja, “beliscar ou morder, no auge da excitação sexual, que é o ponto máximo de excitação dos amantes, nem sempre é provocado pelos genitais, mas por alguma outra região do corpo do objeto, e numerosas outras coisas semelhantes”. Vale observar, aqui, algo explicitado extensamente no livro de 1905. A libido da região genital é, e em grande parte, originária daquela despertada na zona oral pela sedução materna durante a amamentação, já que o sugar do seio desperta a sexualidade da mãe.

No texto *Sexualidade feminina* (1996/1931, p.236), Freud ressalta essa passagem com mais veemência: “no caso do homem, a mãe se torna para ele o primeiro objeto amoroso como resultado do fato de alimentá-lo e de tomar conta dele, permanecendo assim até ser substituída por alguém que se lhe assemelhe ou dela se derive. Também o primeiro objeto de uma mulher tem de ser a mãe”. Na organização genital, no estímulo da libido, urge a contigüidade histórica entre oralidade e genitalidade, sendo conferido para a primeira um estatuto de ato preliminar, preparatório para a última.

Dora, paciente de Freud (1996/1905), ao ser beijada pelo Sr. K, por quem era apaixonada, reagiu com nojo e repugnância. Tal atitude não era previsível, já que “numa mocinha virgem de quatorze anos, despertaria uma nítida sensação de excitação sexual”. O comportamento de Dora em sair correndo após ser beijada e sentir uma ‘violenta repugnância’ foi interpretado como atitude histérica: “Eu tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse

sentimentos preponderantes ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos” (FREUD, 1996/1905, p.37).

Podemos pensar que o beijo dado pelo Sr. K. foi articulado na adolescente Dora com os desejos incestuosos em relação ao pai – ou seja, a oralidade estaria organizada numa configuração edípica genital - impedindo a sustentação do desejo feminino em direção ao homem (algo que deveria se criar após a abdicação do pai e a aceitação da castração e o desejo feminino), ocorrendo a transposição do conflito sobre a oralidade.

O nojo denotaria, então, um superinvestimento (às avessas, porque, em vez de ter prazer, ele é negado, e o que se nega é a genitalidade) tanto da oralidade como da relação originária com a mãe que ela comporta. Esse tipo de reação, de aversão e nojo, pode ser observada em pré-púberes quando sofrem “cantadas” em lugares públicos (ônibus, parque, etc.), como se pré-conscientemente afirmassem: “sei o que *você quer* (inversão), mas eu prefiro a minha mãe”. Freud afirma que na puberdade existiria, portanto, uma histeria em germe (cf. IIº do *Projeto para uma psicologia científica*, 1996/1895).

A inversão de afetos, como nesse episódio vivido por Dora, é para Alonso e Funks (2004, p. 67) “um produto do recalque”, o que caracteriza a histeria. Interessante notar que esses autores nomeiam como “produto do recalque” a repugnância sentida por Dora; porém, esse produto poderia ser entendido como aversão sexual, posto que o que é negado é a genitalidade recalcada no estágio edípico da sexualidade infantil. Assim sendo, o nojo e a repugnância ao beijo fazem parte da aversão sexual.

Além do sentimento de aversão ao beijo, alguns outros reflexos dessa inversão de afetos puderam ser percebidos na paciente Dora: a aversão aos alimentos e a alucinação sensorial de que seu tórax estava sendo pressionado. Para Freud, neste caso, houve um deslocamento: ao ser abraçada pelo Sr. K, em vez de sentir prazer com o membro (pênis) ereto encostando em sua genitália, Dora deslocou o prazer para a parte superior do corpo e, conseqüentemente, tal percepção “foi eliminada de sua memória, recalcada e substituída pela sensação inocente de pressão sobre o tórax, que extraía de sua fonte reprimida uma intensidade excessiva” (FREUD, 1996/1905, p. 38).

Com relação à aversão de Dora aos alimentos, Freud (1996/1905) interpretou-a como uma reação sintomática do recalque ocorrido após o beijo. O nojo seria, então, uma sensação reativa que remete à fase anterior do desenvolvimento sexual; ou melhor, essa sensação estaria relacionada à reação inversa ao cheiro e à visão dos excrementos na fase

anal-sádica, período no qual essas atividades são encaradas com prazer. O pênis ereto do Sr.K será re-significado, nessa cena, pelas fantasias vivenciadas na fase anal-sádica, isto porque o membro masculino na fase pré-genital desempenha em grande parte a função de micção. O alimento tornou-se, nessa medida, um objeto de repugnância, pois representava analogamente os excrementos da fase anal, através da associação realizada inconscientemente com o pênis percebido durante o abraço com o Sr.K.. Dora apresentava, também, uma irritação na garganta e na cavidade bucal proporcionada pela fantasia de sexo oral. Entretanto, esta foi recalcada em sua consciência por ser muito difícil de ser aceita, e, por este motivo, quando tentava alcançar a consciência, era tomada por um sentimento intenso de aversão que fazia Dora reprimi-la, sintomatizando histericamente com tosses nervosas e cócegas na garganta.

Não surpreende que nossa histérica de quase dezenove anos soubesse da existência desse tipo de relação sexual (sucção do órgão masculino), criasse uma fantasia inconsciente dessa natureza e a expressasse através da sensação de cócegas na garganta e da tosse (FREUD, 1996/1905, p.56).

Quando criança, a paciente adorava chupar o próprio polegar e com a outra mão puxava o lóbulo da orelha do seu irmão. Desta maneira, essas intensas atividades sexuais infantis da fase oral, que foram recalcadas e afastadas da consciência, podem retornar em fantasias relacionadas ao sugar do objeto sexual masculino - pênis.

Assim, essa fantasia perversa e sumamente escandalosa de chupar o pênis tem a mais inocente das origens; é a nova versão do que se pode chamar de impressão pré-histórica de sugar o seio da mãe ou da ama – uma impressão comumente revivida no contato com crianças que estejam sendo amamentadas (FREUD, 1996/1905, p. 57).

Segundo Freud (1996/1925[1924], p. 36), “os sintomas neuróticos não estavam diretamente relacionados com fatos reais, mas com fantasias impregnadas de desejos, e que, no tocante à neurose, a realidade psíquica era de maior importância que a realidade material”. Os perversos e psicóticos careceriam, pois, de tal universo simbólico da fantasia (cf. *Conferência XXII*, 1996/1917).

Para Alonso e Funks (2004, p. 63), as lembranças de um trauma passado geram angústia ao eu. As fantasias geradas pelo trauma, muitas vezes de cunho incestuoso ou remetente ao complexo de castração, serão retornadas e excitadas posteriormente: “a situação de desequilíbrio instala-se no próprio eu diante desse externo/interno, corpo estranho/interior, com quem o eu mantém uma relação de saber e de não-saber”. Neste sentido, quando ameaçado por essas excitações, o eu acaba por se defender gerando sintomas, que nesta obra compreendi como aversivos sexualmente, porém gozando-os desta forma às avessas. A angústia é o avesso do prazer.

REFERÊNCIAS

ALONSO, S.L; FUKS, M. P. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FREUD, S. Carta 75. (1897). In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)*. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Estudos sobre a histeria. (1893-1895). In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)*. v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Três ensaios sobre a sexualidade. (1905). In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)*. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Conferências introdutórias sobre psicanálise. (1916-1917 [1915]). In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)*. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Sexualidade feminina. (1931). In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)*. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Projeto para uma psicologia científica. (1895). In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)*. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

IMPASSES DA HISTERIA EM TEMPOS DE CID 10 E DSM IV

Julio Cesar Diniz Hoenisch¹

“A inimiga da verdade não é a mentira, mas a convicção.”

F.Nietzsche

Hoje, talvez como nunca, estejamos vivendo uma revolução cultural e científica. Talvez, também, seja uma tendência à pretensão de quem vive o tempo presente julgá-lo diferente de outras épocas. De qualquer forma, sabemos que o século XX foi sacudido por várias transformações e o XXI não começa menos complexo. Se tivemos maio de 68 no século passado, tivemos 11 de setembro de 2001 e nada mais foi da mesma maneira do ponto de vista geopolítico e também cultural. A década de noventa, por exemplo, também indica modificações substanciais nas políticas de atenção à saúde mental, sobretudo tendo o governo americano denominado a década de 90 a “década do cérebro”. Testemunhamos revoluções na maneira de compreender o funcionamento cerebral. O surgimento das neuroimagens nos permite agora acompanhar o cérebro em pleno funcionamento, manifestando afeto, obsessões, raiva, etc. Os psicofármacos, criados em meados dos anos 50, revolucionaram também a forma de atenção ao paciente psicótico, trazendo modificações significativas no tratamento de psicoses graves².

Transtornos antes incapacitantes passam agora a obter uma possibilidade de tratamento que reduz significativamente a patologia. O nascimento ou consolidação das neurociências abre à nossa frente um admirável mundo novo. Tal como no romance homônimo Aldous Huxley³, a sociedade humana, na mesma medida que testemunha maravilhosos avanços, corre riscos na mesma e extraordinária medida. No romance de Huxley, uma sociedade perfeita é construída sobre o imperativo da felicidade e de maciças doses de condicionamento. A sociedade retratada pelo autor é uma sociedade onde a mídia é usada como ferramenta de modelagem comportamental. Uma das estratégias utilizadas é

¹ Psicólogo, especialista em Saúde pela Fiocruz, Mestre em Psicologia PUC/RS, professor da Universidade Tiradentes/SE, membro do Projeto Freudiano/Aracaju.

² BIRMAN, J. Despossessão, Saber e Loucura, in: Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Org. Antonio Quinet, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

³ HUXLEY, A. **Admirável Mundo Novo** 5a Edição Tradução de VIDAL DE OLIVEIRA E LINO VALLANDRO Editora Globo Porto Alegre 1979

também o incentivo do uso da “soma”, uma droga que diminuía a resistência aos processos de condicionamento e proporciona bem estar. Na sociedade artificial da obra, as diferenças foram abolidas, marcadas pelo ideal de que cada um em sua casta contribuiria para o progresso do conjunto do grupo. As artes e a literatura foram abolidas. Diante de quadros de “disfunção”, ou seja, quando algum sujeito manifestava comportamentos fora do previsto para sua casta, o “soma” entrava em ação imediatamente, re-estabelecendo o equilíbrio do indivíduo.

Em nosso novo século, agora longe (?) do romance de Huxley, vemos o recrudescimento do fanatismo religioso, transitando na marcha-ré da secularização: o estado e o credo passam a ser cada vez mais confundidos. Testemunhamos convicções místicas andando *pari-passu* com as mais notáveis inovações científicas e tecnológicas. Um paradoxo considerável: a ciência e o misticismo de mãos dadas. Como coloca nosso pensador brasileiro Sergio Paulo Rouanet⁴, vivemos um retorno do “encantamento do mundo”. Neste caso, Rouanet não vê na acepção da palavra encantamento as benesses subjacentes ao termo, que costumamos atribuir. Encantamento, segundo o autor, como um esvaziamento das contribuições das Luzes, uma redução das contribuições da Ilustração e da razão, da capacidade racional do homem refletir sobre si mesmo. DEBORD⁵, por sua vez, denomina nosso tempo presente de “sociedade do espetáculo”. A tradição secular, que em fato nunca foi consolidada em nível mundial, é novamente revista; o fascismo e a xenofobia se acirram na Europa e ameaçam as democracias.

Onde situar, nesse mosaico de cores, que vão de escuras às límpidas, a psicanálise, invenção do século passado, que tem em seu estatuto a premissa *principes* de apostar no sujeito, na não instantaneidade, nem no efêmero ou no misticismo? Onde encontrarmos a clínica freudiana, onde colocar seu estatuto? Ela, como costuma lhe acontecer desde seu advento, recebe críticas de todos os lados deste prisma da modernidade tardia: do lado do segmento radical das neurociências, não passa de uma disciplina arcaica, um punhado de crenças comungadas por pessoas, na melhor das hipóteses, equivocadas. No que concerne ao segmento dito “holístico”, um erro, um nível a menos na grande integração do homem com o cosmos. No seguimento religioso, quando não se tenta cooptá-la, buscando ajustar seus princípios ao que convém às convicções religiosas, é vista como algo que afasta o

⁴ ROUANET, S. P. Mal-estar na modernidade: ensaios. São Paulo: Companhia das letras, 1993.

⁵ DEBORD, G. A *sociedade do espetáculo*.. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997

homem de Deus. A criação freudiana, passados já cem anos de sua invenção por parte de seu autor, se vê em face dessas estabilidades, essas chamadas “vertigens”. Dentre os desafios da psicanálise, como encontraremos sua posição diante das neurociências? Recusa? Aproximação? Tanto uma quanto outra posição se mostram delicadas. Recusar as contribuições das neurociências se trataria de uma atitude pueril, tendo em vista que se aproximaria do obscurantismo intelectual, que, destaque-se era uma idéia aversiva para seu inventor. Aceitar os princípios e enunciados científicos das neurociências apressadamente, por outro lado, implica no risco do legado freudiano perder sua razão de ser: a exploração do inconsciente. Afinal, é esse seu objeto de trabalho e investigação.

As respostas para este impasse, neste momento, estão longe de serem respondidas. Será necessário ainda muito esforço intelectual por parte dos operadores da psicanálise para deslizar, sem afogar-se, sobre o gelo fino que recobre águas bastante profundas. Tomaremos como ponto de reflexão sobre as complicações possíveis de serem pensadas nestes tempos atuais, o início. No início da psicanálise, era a histeria. Entidade máxima, expoente ainda enigmático tanto à psicanálise quanto à psiquiatria da época. Uma entidade clínica que, no surgimento da odisséia analítica, reduzia-se a ser considerada ora fingimento, ora degeneração. E é do encontro de Freud com as histéricas ou com a histeria, que nasce uma nova forma de laço social, nunca antes vista.

Este laço social, esta maneira de estar com alguém, onde o mal-estar de um é escutado por outro, sem que esse outro emita juízos de valor, ou seja não descrê desse sofrimento exposto, é novo. A histeria, mal que afligia a Viena da *belle époque* pode ser alinhada justamente com a criação intelectual de Freud denominada pulsão. O mal da histeria, sobre tudo a conversiva, está na fronteira entre o mental e o somático, repleta de reminiscências.

Encontramos prejuízos funcionais importantes nas pessoas acometidas de histeria. Sabemos que esta estrutura subjetiva pode apresentar diversos matizes e performances; as mais intrigantes: o efeito de conversão e a capacidade de alguns histéricos imitarem com perfeição males orgânicos, se tiverem informação sobre ele. As emergências estão recorrentemente encontrando pessoas que parecem estar sofrendo um ataque cardíaco, queixam-se de falta de ar, cegueira e uma série de enfermidades. Os prejuízos funcionais estão presentes, mas ao nos dedicarmos a buscar as raízes fisiológicas dos distúrbios, tal como na Viena de Freud, não os encontramos. Então, a histeria agora vive um impasse,

juntamente com a psicanálise. Este impasse, que na verdade está posto aos operadores da psicanálise, é como compreender a histeria em um tempo onde certos segmentos da medicina neurocientífica, que denominaremos nesse trabalho de “radical”, se esforça para abolir o sujeito do sofrimento, o sujeito do inconsciente e dedica-se, unicamente, a contemplar a descrição do fenômeno.

Descrever o fenômeno não é descrever o sujeito. E a psicanálise tem em seus grandes méritos identificar não somente que o indivíduo sofre, que não sabe por que sofre e que tem em si as respostas para seu sofrimento. Como conciliaremos o Código Internacional de Doenças, denominado CID 10, bem como seu correlato, o DSM IV, ao solo epistemológico da psicanálise? Do ponto de vista, por exemplo, do diagnóstico dinâmico, encontramos uma árdua tarefa a ser desenvolvida. A histeria, com seus múltiplos disfarces, seduções e enigmas, pode facilmente ser confundida com a psicose. O apagamento progressivo da perspectiva dinâmica, o afastamento evidente da abordagem da palavra e a ênfase em uma visão a-teórica do mal-estar coloca a manifestação histérica em uma zona de sombra, donde esta pode ser facilmente confundida com a psicose, com a neurose obsessiva, com qualquer entidade clínica⁶.

Mas, nos perguntemos, qual a grande diferença? A diferença fundamental - e é o que a histeria não para de denunciar - trata-se de que o registro para se compreender de que estrutura se trata reside no registro, na escuta da sexualidade. Leiamos “sexualidade” como a psicanálise a postula: uma mais além da genitalidade e da procriação. O sexual como o registro da inscrição do sujeito na cultura, uma articulação entre a travessia do Édipo e a construção de uma modalidade de gozo, como referência entre o prazer e o desprazer. E da histeria não cessa de surgir os sintomas como retorno do recaiado e a insatisfação. Essa insatisfação enlouquece a medicina, pois denuncia um corpo banhado em linguagem, diferenciado amplamente do corpo da biologia, anatômico. Não que a psicanálise se trate de uma metafísica; Freud já de muito coloca a longa distancia entre a psicanálise e o saber filosófico, embora essa distância não seja tão grande quanto alguns segmentos da psicanálise gostariam; de fato ela não é uma visão de mundo, não é uma filosofia, e,

⁶ A também chamada “psiquiatria biológica” tem se mostrado objeto de preocupação e reflexão científica de vários psiquiatras em nível mundial. Conforme AGUIAR (2004), diversos expoentes da psiquiatria americana tem advogado que as diretrizes e constatações que se apregoam atualmente como estabelecidas como verdade, no que tange a neuroquímica e comportamento, em fato estão ainda em estado germinal. Para uma leitura mais aprofundada: AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

certamente não é uma religião. O corpo histérico manifesta, denuncia os sentidos do sintoma e como o mal estar, uma vez calado no simbólico, retornará no corpo. Trata-se, pois de um corpo como outra anatomia, um corpo pulsional, apoiado na biologia, mas não redutível a ela. Assim, o CID 10 e o DSM IV recusam a descoberta freudiana, posto que ambicionam ser uma linguagem universal, um manual de referência que nivele transculturalmente os fenômenos, doravante denominados “transtornos”. O gelo fino ao qual nos referimos anteriormente é este, justamente. A estatística e a metodologia do DSM IV são adequadas para uma construção tão ambiciosa? Seriam os fenômenos da psicanálise redutíveis e curáveis a partir dos fármacos? Do ponto de vista epistemológico, são comparáveis as teorias?

Sabemos que não. As teorias criadas para dar conta do mal-estar subjetivo não são comparáveis por apresentarem cada uma sua concepção de sujeito, um conjunto de conceitos e metodologias não redutíveis umas as outras⁷. O conceito de cura em psicanálise é largamente diferente do mesmo conceito no behaviorismo. Não se trata, também de colocarmos qual seria a melhor, embora alguns pesquisadores se lancem a tal empreitada. Nestes casos é que testemunhamos novamente a tão alardeada morte da psicanálise. A morte da psicanálise será sua incapacidade de ouvir, seu fechamento sobre si mesma. E nesse momento, nos perguntamos novamente sobre a histeria.

Em um mundo medicalizado, o histérico se livrará de seus sintomas? O neurótico se curará de sua história pela via da medicalização da existência? As respostas a essas perguntas são de alta complexidade e não ousamos emitir juízo sobre elas. São inexatas as respostas porque inexatos são os tempos que vivemos. A comunidade científica se direcionará para um ponto de exclusão total do sujeito? Conseguirá abolir o mal-estar da condição humana, de um sujeito entregue ao desamparo da linguagem, ao tempo que consumirá seu corpo, aos homens, que se matam uns aos outros, cada vez mais por motivos radicais e banais?⁸

A psicanálise é um campo de conhecimento alinhado à ciência; malgrado o desejo de seu criador, não uma ciência da natureza. Não está também no grupo das ciências humanas ou sociais. Seu estatuto epistemológico é próprio e ainda em fase de construção. Podemos considerá-la uma disciplina, uma matriz científica, que se ocupa do que foi e do

⁷ FIGUEIREDO, L.C. *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. 2a. edição revista e ampliada, São Paulo, EDUC / Petrópolis, Vozes, 1996.

⁸ FREUD, S. *El malestar en la cultura*. Madri: Biblioteca Nueva, tomo III, 1996.

que é, do ponto de vista do sofrimento. Do passado, do que, embora esquecido, não cansa de voltar. Em outras palavras, se ocupa de um passado presentificado, de uma história, dos sentidos atribuídos pelo sujeito humano aos acontecimentos. Por tanto, compreende a história como um caminho onde o seguimento iluminado, em noite escura, é somente o já percorrido. Nada nos diz do que vem à frente. A psicanálise e a história contribuem para compreendermos o que é, não o que será. Por isso é neste tempo presente, onde a histeria, passado mais um século, ainda marca sua enigmática presença, que temos de construir respostas que remeterão sempre a novas perguntas e saberes sempre provisórios. Reconheçamos então, no conceito de inconsciente e na histeria não só um mal, mas também uma forma de recusa à homogeneização. A psicanálise aproxima-se do ofício da ourivesaria: um trabalho árduo, delicado e inseguro. Tanto quanto a condição humana, desde o advento da linguagem a descoberta do fogo e a invenção do território. Os críticos mais céticos poderão uma vez mais acusar a psicanálise e esta posição que advogamos de ficção ou romance. A eles, perguntemos qual a estrutura última da verdade e qual vida não poderia ser traduzida e um romance.

NÃO MAIS COMO ANTIGAMENTE¹

Carlos Pinto Corrêa²

Com a falência das grandes esperanças sobre as conquistas humanas da modernidade, tivemos a virada do século e as inevitáveis comparações. Progressistas, ou pessimistas os paralelos entre um tempo passado e a atualidade costumam desembocar em questões de valores e sentimentalismos.

Não propriamente a psicanálise, mas muitos psicanalistas tem-se desdobrado nas queixas sobre os novos rumos da clínica, na insubmissão do cliente hodierno e nas síndromes, que também mudaram. Mais de uma vez, ouvi dizer que não se fazem mais históricos como, antigamente, o que deveria parecer mais motivo de júbilo para nós do que de queixa. Não foi a própria psicanálise que divulgou novos conceitos sobre culpa e repressão e sobre sentidos da educação, castigo e punição? Precisamos ir além da queixa e, como Freud, repensar a cultura e que transformações estão invadindo e inviabilizando nosso trabalho.

A propósito, no dia sete de novembro de 2007, realizamos um seminário com a presença de 26 psicanalistas, sendo a maioria do Círculo Psicanalítico da Bahia, para discutir de modo aberto a questão: “O que inquieta o psicanalista na clínica hoje?” Um debate amplo nos permitiu levantar um elenco de vinte e três questões levantadas. Analisando o relatório obtido, observamos que o que, de início, sugeria um desabafo de profissionais sobre suas insatisfações, era um levantamento das novas contingências a que estamos sujeitos e que dificultam muitos tratamentos psicanalíticos. Entendemos que isto não se refere a um gozo de analistas que deveriam voltar ao divã. Estamos diante de transformações na sociedade e na cultura que reduzem nosso campo de ação. Trata-se, no dizer de Durkheim ([1956]1960) de um fato social por ser geral e exercer coerção nos participantes do grupo social. Afinal foi Lacan quem vaticinou que o grande desafio da psicanálise viria a ser a compreensão das novas formas de laços sociais.

Partindo das inquietações declaradas, conseguimos sintetizar os principais problemas em cinco indicadores, para nortear estudos futuros. São eles:

¹ Trabalho apresentado no Congresso do Círculo Brasileiro de Psicanálise –Aracaju, 2008.

² Membro fundador do Círculo Psicanalítico da Bahia

Transferência e jogo do saber;
Ética e supereu;
Demanda e direção da cura;
As novas formas de constituição do sujeito.

Pouco tem ajudado reclamar das transformações da estrutura social e cultural, ou da forma de inserção dos sujeitos em uma sociedade globalizada. Historicamente, nossa atual *weltanschauung* difere muito das circunstâncias ótimas para o exercício da psicanálise existentes na época de sua fundação e quando se afirmou até meados do século passado. O que tínhamos como verdade na teoria, na técnica e na clínica, deixou de funcionar tão bem. Isto nos leva aos porquês, além de sugestões menos empíricas sobre o que precisa ser mudado em nossa práxis.

Neste trabalho, fazemos uma reflexão sobre o segundo indicador -ética e supereu-, em sua vertente filosófica e causal da culpa e da moral, para melhor entender no que os pacientes estão mudados.

Os psicanalistas falam hoje dos avatares do supereu na clínica contemporânea e sugerem o contraste entre os clientes que buscaram Freud no alvorecer da psicanálise e os inquietos clientes atuais. Ilustram a questão pela observação da sociedade e das importantes modificações dos valores éticos, com a passagem do império dogmático à vulgarização e ao rompimento das normas: o heroísmo da contestação permanente e a punição como afronta ao faltoso.

A universalidade das regras morais que estabeleciam a perfeita distinção entre virtude e pecado, sucumbiu ante o desconcertante subjetivismo que transforma os valores morais em questão pessoal. Hoje somos surpreendidos com o silêncio diante de questões que antes suscitavam julgamentos e condenações radicais. Nosso silêncio é o da perplexidade, descrito por Freud ([1919]1976) como *estranho* ou, quem sabe, talvez expresse o encontro com o real depois de seresgotada a cadeia significativa que nos orientava.

Julie, aproveitando as férias de verão de sua faculdade, faz uma viagem pela França, com seu irmão Mark. Uma noite, os dois irmãos decidem que seria interessante e divertido se experimentassem fazer amor. Julie já tomava pílulas anticoncepcionais, mas, para ter

mais segurança, Mark também usou uma camisinha. Ambos apreciam a experiência sexual que tiveram, mas decidem não repetir. Fazem daquela noite um segredo especial que os torna ainda mais próximos. Pinker (2008) termina esta narração com uma pergunta imprudente: “o que você acha disso – foi certo eles fazerem amor?”. Esta pergunta óbvia aniquilou a experiência narrada. Melhor o silêncio sem resposta sobre o que fica em nós diante do narrado. Sem convicções, pode-se comentar o fato utilizando-se as ilusões morais a que estão vulneráveis as pessoas, arriscando um palpite conservador ou libertário em função dos ouvintes a quem se fala.

As filósofas Philippa Foot e Judith Jarvis Thompson (apud PINKER, 2008) propõem o chamado Problema do Bonde. O leitor, em sua caminhada de manhã, vê o bonde correndo nos trilhos e o condutor caído sobre os controles. No caminho do bonde, há cinco homens trabalhando nos trilhos, alheios ao perigo. Você está parado em uma bifurcação e pode puxar uma alavanca que desviará o bonde para um ramal, salvando os cinco homens, mas atropelará um único homem que trabalha na linha. As autoras perguntam se é permissível acionar a alavanca, matando um homem para salvar cinco. Acredita-se que as pessoas achem boa solução salvar os cinco, mas esta é uma solução utilitária, cujo resultado numérico final elimina o conflito decisório ou os sentimentos decorrentes da ação praticada.

Se não levamos em conta a questão psicanalítica do inconsciente ou reflexões da ação do tempo sobre a ética, fatalmente passaremos a um juízo de valor entre o bem e o mal, com a mistificação de se pensar que, se os irmãos não fizeram mal a ninguém, não há pecado. Fugindo à questão primordial, pode-se responder que Julie e Mark eventualmente teriam filhos geneticamente prejudicados, mas, dando-se conta da cautela sobre a contracepção, deve haver um alívio que vulgariza a questão.

O exemplo serve exatamente para ativar um dilema entre a aceitação passiva das transformações que estão afetando nossas vidas e nossa clínica. Daí tentar um aprofundamento ou análise das verdadeiras questões em que estamos metidos. O escape ao julgamento por falta de consciência crítica tem o seu oposto, por exemplo, no Stalinismo que justificava a necessidade de sangue (castigo) para fortalecer o partido. As vítimas inocentes dos massacres seriam reconhecidas e recompensadas pelo sacrifício em prol de uma causa tão nobre e justa como a implantação de um novo sistema social. É aqui que Lacan (1959-1960) vai fundamentar parte do seminário sobre a ética, tratando da

“culpabilidade objetiva” e da “significação objetiva” de nossos atos. Ele lembra a noção histórica: ainda que o indivíduo seja honesto e aja com a mais sincera intenção, será “objetivamente culpado” se os seus atos servirem às forças reacionárias - e, obviamente, apenas o partido possui acesso direto àquilo que os atos “significam objetivamente”.

A psicanálise foi desenvolvida com um olhar para o passado, a busca do reprimido, as origens da neurose, a formação das estruturas e dos sintomas: sempre um passado que explica o presente ou atual. Falando-se em transformação das contingências em nosso trabalho, talvez necessitemos de um olhar para o futuro, um sujeito constituído que se projeta em um mais além de sua análise. Libertado do gozo da repetição e do círculo vicioso da neurose, ganha uma chance quase filosófica de ir mais além.

A noção discutível de que Lacan seria um estruturalista, tem dado à psicanálise pós freudiana certa imobilidade e a alguns tratamentos a noção conformista de que o homem será eternamente tributário de sua própria estrutura. Podemos, então, pensar e discutir as transformações da modernidade e da globalização não como causa do sentido do futuro para o homem, mas como novas contingências, ou desafios para novas soluções.

Deleuze ([1997]2005) discutindo a sujeição das formas e do conhecimento, sugere exemplarmente que se deve sair da filosofia pela filosofia. Mas, para o psicanalista, por sua própria sujeição ao inconsciente, é difícil fazer a epistemologia da psicanálise. Por isso está sujeito a se entrincheirar na base teórica e usar o dogmatismo da palavra dos mestres como autodefesa. Já sugerimos que se o psicanalista não pode ser um humanista e nem sempre é um intelectual ou artista, seja um pensador criativo (CORRÊA, 2008). Assim o repensar a Psicanálise inclui retomar a sua invenção, não só por uma compreensão histórica, mas recriando-a com fidelidade ao pensamento inicial, retificando-a pela experiência clínica. Derrida ([1955]2005) imaginou uma des-construção do pensamento em uma pesquisa que leva ao inconsciente. Mais do que a fala, a escrita (escritura) é o lugar da constituição da diferença, o que, ainda segundo ele, o estruturalismo parece não compreender. Na verdade escrever sobre psicanálise é de algum modo reinventá-la, mas, sem a ousadia da des-construção, produziremos textos como tantos que inundam nossas revistas e bibliotecas apenas reafirmando ou repetindo os ensinamentos que tivemos. Se Freud e Lacan nos bastaram para a construção da clínica, agora precisamos pensar no aparato, nas sistematizações conceituais, especialmente sobre a relação do homem com a cultura e as esperanças de vida “ou sobrevida” para o chamado sujeito constituído. Derrida lembrou a

marca da filosofia da diferença pela possibilidade de ver a singularidade e a potência do pensamento vindo de fora da filosofia para poder reinventá-la. Pergunto se o mesmo não se dá com o pensamento psicanalítico que deve ser revisado para ser reinventado.

EXISTE UMA MORAL MODERNA?

Uma questão preliminar às transformações da modernidade e o supereu.

O filósofo Victor Brochard (2006) estabelece interessantes questões tentando uma resposta à pergunta enunciada. Ele mostra que existem duas maneiras de compreender as relações da moral antiga e da moderna. Uma moral moderna precisa ser concebida de modo inteiramente diferente do que o fazemos comumente. “Devemos separá-la completamente da teologia, fazê-la mais uma vez descer do céu para a terra e, de alguma maneira, torná-la laica”. Tornada puramente filosófica, seria da razão apenas, dependendo da experiência. Fala ainda que “deixaríamos para a religião o que pertence à religião. Filosofia e Teologia separadas sem relação de subserviência, cada qual com sua soberania pacífica, atuando em sua esfera” (BROCHARD, 2006).

Revolvendo a questão histórica, veremos com facilidade que a infinitude e a onipotência, características essenciais da essência divina, não foram cogitadas na filosofia grega. Também a definição de moral decorrente da idéia de obrigação e dever jamais foi concebida pelos antigos, que mesmo registrando princípios que deveriam ser obedecidos, não estabeleciam lei ou mandamento. Não existe na moral grega um imperativo, mas somente um optativo. As palavras *dever* e *consciência* não têm equivalentes nas línguas grega e latina. E, onde não existe idéia de dever, não poderia haver ordens prescritas pela consciência. Havia lugar para o erro, mas não para o pecado. O dogma da imortalidade da alma também não existia. A imortalidade estóica não possui nada em comum com o que entendem os modernos. Muitos historiadores tentaram encontrar em Aristóteles uma doutrina da vida futura, tratando-se de um paradoxo que ninguém mais ousa sustentar.

Diz-se que o gênero da tragédia começa com Homero, mas não nasceu nos campos que encontramos hoje na Ilíada. Surgiu com figuras mascaradas, híbrido de homens com animais e festivais que celebravam a natureza com rituais arcaicos. “A tragédia nasce do mito e não da moralidade” Gray ([1948]2007). Em sua essência está a colisão do certo com o certo. A vida em seu acerto com o sentido, não era necessariamente trágica. Segundo

Gray (1948), “em nosso tempo, cristãos e humanistas juntaram-se para tornar a tragédia impossível. Para os cristãos, as tragédias são apenas bênçãos disfarçadas: o mundo - como diz Dante - é uma divina comédia; existe uma vida depois da vida na qual todas as lágrimas serão secadas. Para os humanistas, podemos almejar por um tempo em que todas as pessoas terão a chance de uma vida feliz; enquanto isso, a tragédia é um lembrete edificante de como podemos crescer no infortúnio”.

A conquista da felicidade era decorrência da liberdade do indivíduo de optar por seus caminhos em busca do chamado soberano bem. Aristóteles dizia que a felicidade não depende de condições exteriores. Foram os modernos, que, sob a influência do cristianismo, situaram o mundo como mau e a natureza do homem corrompida, em evidente desesperança da felicidade. “Os homens não se desinteressam pela felicidade na vida presente senão na condição de encontrar no outro mundo uma felicidade maior e mais segura” (BROCHARD, 2006)

Historicamente, está clara a distinção entre a concepção moral dos filósofos gregos e dos filósofos ditos modernos. Existe ainda uma recusa à chamada moral antiga como inferior, imperfeita e muito abaixo da outra de inspiração na tradição judaico-cristã. Isto é suficiente para considerar a moral antiga como se estivesse revogada. Foi assim que o dogmatismo judaico-cristão iluminista imperou até recentemente. Passando-se das conseqüências da prevalência de uma nova moral cristã sobre as concepções gregas, chegamos à modernidade. Alguns fundamentos religiosos perderam sua força, o que nos tem encaminhado para uma disnomia oportunista. A obrigação e o dever impostos por mandamentos passaram a ser questionados e não se justificam por si mesmos. A felicidade deixou de ser a busca do bem e passou a atender ao hedonismo subjetivo, mesmo que obtido com o sacrifício do outro. A vida sobrenatural torna-se evanescente, a sobrevivência após a morte não implica espécie de responsabilidade a ser resgatada, sendo apenas um alibi para o adiamento de questões fundamentais que deveriam ser resolvidas.

O engodo da modernidade e pós modernidade nos faz pensar que não conseguimos sair do humanismo que, de certo modo, tem determinado o pensamento humano. Mesmo com as tentativas formais de Shopenhauer, de certo modo com Nietzsche, na guerra declarada por Heidegger, ou na forma idealista de Wittgenstein, foram poucos os efeitos para transformação do pensamento moderno.

A psicanálise por suas bases filosóficas e pela continuação dos seguidores de Freud, originária do iluminismo, tem-se vergado subservientemente ao humanismo. Existe um pensamento de Protágoras, o primeiro dos sofistas gregos, apresentado há 2.500 anos que poderia ser tomado como um axioma essencial da psicanálise: “O homem é a medida de todas as coisas” Gray ([1948]2007). Nenhum sistema de conhecimento é mais radical no antropocentrismo humano ou na posição privilegiada que ele ocupa no reino animal – o homem é tudo. Por outro lado, na psicanálise, para este homem, sujeito barrado, o seu inconsciente é tudo ou, estendendo-se, é o centro do outro centro. Sendo assim, a partir da própria natureza, pode-se chegar à formulação de uma teoria do super-eu, na qual este poderia ser colocado como o regulador não só do sujeito, como da relação entre os homens, da cultura, da história. É uma espécie de centro gravitacional.

Salva a psicanálise ter sempre levado em conta a existência de uma ambivalência humana irreduzível e consubstanciada na persistente luta entre o bem e o mal. Colocada bíblicamente na origem do homem, ela aparece para Freud como desafio a ser teorizado. Sendo o homem portador de uma pulsão capaz de colocá-lo em ação, tem sua base animal (instintiva) e sua carreira ontogenética a dar conta - sobrevivência do sujeito. O social evidencia uma espécie de missão filogenética humana - preservação da espécie - que produz o super-eu.

Houve uma virada nos estudos de Freud após a introdução da teoria da libido em “Mais Além do Princípio do Prazer”, com a formulação da tão discutida pulsão de morte, que seria de início autodestrutiva. Há uma questão quase biológica paralela à teoria dos instintos, que explica a sucessão natural pela substituição periódica dos organismos individuais em benefício da preservação e evolução da espécie. Derivadas da pulsão de morte, apareceriam as manifestações sintomáticas atribuídas ao supereu em que há uma troca da satisfação imediata deslocada para além do princípio do prazer. Aqui o super-eu de Freud escapa aos ideais de superação humana ou da noção do super-homem de Nietzsche.

Houve uma evolução conceitual do super-eu propiciada por Lacan. Para ele, na oposição da pulsão de vida à pulsão de morte destrutiva, estariam situadas as três modalidades de gozo, concebidas segundo os registros Real, Simbólico e Imaginário. É assim que vamos passar do supereu freudiano para o tributário do gozo. “Para Freud e Lacan o supereu é, a um só tempo, a lei e sua destruição; ele é a própria palavra, ou seja, o imperativo do significante, comando da lei. É nesse sentido que o super-eu é ao mesmo

tempo devastador e fascinante nas experiências primitivas do sujeito” (TEIXEIRA, 2007). Mas é pela noção de gozo que ele vai ser compreendido como uma figura feroz e dominadora, que impõe ao homem a repetição que o estorva na escrita de sua própria história.

A severidade auto-acusatória na exigência da repetição, que produz o gozo mortífero, retira do ser humano o nível satisfatório de vida. Isto não seria um efeito da civilização e sim um sintoma na civilização ocidental, regulado pela culpa religiosa original e a possibilidade de uma segunda vida.

Freud, na segunda tópica, afirma que o super-eu é estrutural e não efeito da cultura, quando toma o recalque como causador da repressão. Esta inversão freudiana decorre da consideração do inconsciente como derivado da pulsão inicial. Em Lacan, ele seria causado pela estrutura de linguagem, entendendo-se melhor a força de um diálogo ou ainda de um discurso impositivo e autoritário, inclusive na ordenação imperativa: goza.

Para Freud, o super-eu é paradoxal por ser, ao mesmo tempo, herdeiro da relação edípica e do Isso (pulsão destrutiva). Lacan considera o super-eu duplamente herdeiro do significante mestre (S1), cabendo a ele o discurso do mestre, mas é também objeto *a* enquanto voz, última produção do discurso. Com o advento da chamada modernidade e a instalação efetiva da sociedade de consumo, tivemos a submissão do homem ao novo discurso capitalista, que situa o saber como um bem disponível. Sendo mercadoria, o saber distorce as funções da análise e sua questão fundamental, que é a verdade inventada e imposta ao sujeito do capitalismo. Não interessa mais a verdade do saber de si (eventualmente propiciada pela análise), mas apenas uma forma confortável para enquadrar e submeter o social – imposição da moda. Com o comprometimento dos laços afetivos e uma espécie de funcionalidade nas relações, chegamos à impossibilidade desta relação profunda que chamamos de transferência.

O homem moderno está vivendo ante a ética o próprio mal-estar na civilização. Pensando-se no gozo mortífero é que melhor entenderemos por que o homem reage negativamente à vida, à sociedade e à cura. É comum, eu diria ingênuo, pensar que o discurso psicanalítico tenha condições de interpretar os desmandos do discurso capitalista com seus desvios na relação com a ciência, com o gozo do saber, ou na apreciação da vida como espetáculo. A psicanálise insiste em resgatar a relação do saber com a verdade, mas persiste a recusa do homem moderno em se deparar com aquilo de que se defende. Este

impasse da clínica desafia o psicanalista a entrar no tratamento através das demandas imediatistas que são mais bem atendidas pela medicação ou alguma terapia breve.

Assim, chegamos à ética da psicanálise, construída a partir do desejo de Freud. Isto porque no desejo dele, existe uma posição ética, na qual o desejo se confunde com a própria ética. Se cremos no inconsciente, devemos chegar lá e apostar na existência de uma verdade oculta que não se quer saber. É exatamente este não querer saber que tem determinado culturalmente as formas de estar no mundo moderno.

Com as relações sociais e o estabelecimento de novos vínculos, a cultura aceita o silêncio em troca do bem dizer. Não se pode esperar que o dispositivo analítico e a sustentação da transferência permaneçam inalterados. Podemos rever agora uma estratégia antiga em que para combater o inimigo, tenhamos que usar as suas próprias armas. Cabe ao psicanalista ser criativo para, a partir da relação pré-analítica, propiciar o surgimento da transferência.

REFERÊNCIAS

- BROCHARD, Victor. A Moral Antiga e a Moral Moderna, Cadernos de Ética e Filosofia Política, 8 1/2006
- CORRÊA, C.P. As Artes da Psicanálise – Palavras de introdução à XIX Jornada do CPB, Cogito Vol 2008 Salvador
- DELEUSE Gilles e GUALTARRI, Félix. (1997) O que é a filosofia, tradução de Bento Prado Jr. São Paulo, 2005 Editora 34
- DERRIDA, Jacques [1955] A Escrita e a Diferença, tradução de Nizza e Silva, São Paulo, 2005 Editora Perspectiva
- DURKHEIM, Emile. [1956] Regras do Método Sociológico São Paulo, 1960 Companhia Editora Nacional
- FREUD, S. [1920] Além do Princípio do Prazer. Edição standard brasileira, Rio de Janeiro, 1969, Editora Imago. Vol 18
- FREUD, S. [1919] O Estranho, Edição standard brasileira Rio de Janeiro, 1976 Editora Imago. Vol 17
- GRAY, Jonh [1948] Cachorros de Palha Rio de Janeiro, 2007 Editora Record
- LACAN, Jacques [1959-1960] Seminário numero 7 – A ética da psicanálise, Rio de Janeiro, 1988 Jorge Zahar Editor,

PINKER, Steven. Sobre Santos e Demônios, Folha de São Paulo, 10 de fevereiro de 2008.

TEIXEIRA, Angélica. Avatares do Supereu na Clínica Contemporânea, apresentado no VIII Jornada do Campo Lacaniano, Salvador, Bahia, 2007. Xerocopiado.

ENTRE O CORPO E A PSIQUÊ: REFLEXÕES SOBRE NEUROSE DE ANGÚSTIA E SÍNDROME DO PÂNICO.

Nadja Nara Barbosa Pinheiro¹

RESUMO: Ultimamente, tem sido bastante freqüente recebermos em nossa clínica pacientes encaminhados pela psiquiatria com um diagnóstico de Síndrome do Pânico. A percepção dos psiquiatras de que tal adoecimento não se reduz à uma etiologia fisiológica sustenta esse tipo de encaminhamento. O presente trabalho procura trazer à discussão a possibilidade de produzirmos um entendimento da Síndrome do Pânico a partir do conceito de neurose de angústia proposto por Freud ao final do século XIX. Subdividindo as afecções neuróticas entre psiconeuroses de defesa (histeria e neurose obsessiva) e neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia), o autor postula sua distinção no fato das primeiras possuírem mecanismos psíquicos em sua formação e as segundas não. Especificamente, a neurose de angústia, nessa perspectiva, seria decorrente de uma impossibilidade da energia sexual somática encontrar vias de escoamento adequadas. Ao não produzir tensão suficiente para suplantar o limiar da esfera psíquica e investir representações mentais, a energia sexual eclipsada é defletida diretamente para a esfera corporal produzindo, por meio dessa forma de escoamento inadequada, inúmeros sintomas, tais como, sudorese, palpitações, tonturas, sensação de morte iminente, angústia difusa. Por tratar-se de uma neurose constituída na vida adulta, Freud deixa clara a possibilidade desta se sustentar sobre uma psiconeurose constituindo o que ele denominou de neuroses mistas. Um caso clínico é utilizado para ilustrar como um diagnóstico de síndrome do pânico pôde ser entendido como a erupção de uma neurose de angústia sobreposta a uma neurose obsessiva.

Palavras-chave: síndrome do pânico; neurose de angústia; neurose obsessiva; Freud.

INTRODUÇÃO:

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia, Professora Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre o Desenvolvimento Humano (NEDHU-UFPR) e Colaboradora no Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (LIPIS-PUC/RJ).

e-mail: nadjanbp@ufpr.br

As reflexões desenvolvidas no presente trabalho se baseiam na pesquisa que vem sendo desenvolvida, sob minha coordenação, no Laboratório de Psicanálise da Universidade Federal do Paraná², desde 2006. A proposta da pesquisa é pensar as relações corpo / psiquê a partir das obras de Freud e Winnicott para podermos, então, produzir um melhor entendimento sobre os adoecimentos psicossomáticos³. Nesta, iniciamos pela leitura dos primeiros ensaios teórico / clínicos de Freud e, em um deles, nos deparamos com uma interessante observação do autor sobre os sintomas mais comuns em uma patologia por ele denominada de neurose de angústia. Nos afirma Freud :

“A ansiedade [...]pode irromper subitamente na consciência sem ter sido despertada por uma seqüência de representações, provocando assim um ataque de angústia. Esse tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia, sem nenhuma representação associada, ou pode ser acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tal como representações de extinção da vida, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia pode combinar-se com o sentimento de angústia, ou, finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vaso-motora, ou a atividade glandular. Dessa combinação o paciente seleciona ora um fator particular, ora outro. Queixa-se de espasmos do coração, dificuldade de respirar, inundações de suor, fome devoradora, e coisas semelhantes; e, em sua descrição o sentimento de angústia frequentemente recua para o segundo plano ou é mencionado de modo bastante irreconhecível, como um sentir-se mal, não estar à vontade, e assim por diante” (FREUD, 1895[1894], p. 94)

Lembro-me da surpresa que eu e meus alunos tivemos ao nos depararmos com a semelhança entre tal descrição freudiana e o que conhecemos, hoje, como ataque de pânico, cuja recorrência define, na psiquiatria, a Síndrome do Pânico. Sobre essa semelhança, baseio minhas considerações e a minha proposta de produzir uma leitura da Síndrome do Pânico pelo viés da psicanálise, tomando a angústia como fio condutor de minhas argumentações. Para tal, inicio pelas elaborações freudianas sobre o afeto de angústia ao longo de sua obra para propor o entendimento da Síndrome do Pânico como a erupção de uma neurose de angústia, a tomando, não como o fez Freud inicialmente, relacionada à atualidade da vida sexual adulta, mas, como o fez Freud, posteriormente, relacionada ao

² O Laboratório de Psicanálise da UFPR encontra-se vinculado ao Núcleo de Estudos do Desenvolvimento Humano (NEDHU).

³ Corpo e psicanálise: reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir do trabalho clínico.

estado de desamparo original que se re-atualiza sempre, a qualquer momento da existência humana. Sustentando tal proposta, trarei, ao final desse trabalho, um estrato clínico como ilustração e como ponto de interlocução.

NEUROSES ATUAIS E PSICONEUROSES: A ANGÚSTIA COMO ENLACE

As primeiras considerações freudianas sobre a angústia já estavam presentes em seus escritos iniciais nos quais o autor se encontrava preocupado em determinar o mecanismo etiológico das neuroses. Nestes textos, Freud descreve como, a partir de suas observações clínicas, pôde destacar dois grupos específicos de adoecimentos neuróticos: um para os quais seus esforços clínicos encontravam facilmente um mecanismo psíquico responsável por sua formação; e outro que não apresentava qualquer indício de haver uma participação psíquica em sua etiologia. Freud denomina o primeiro grupo de psiconeuroses e o segundo de neuroses atuais. Observando que ambas as afecções se sustentam sobre o campo da sexualidade, suas diferenças são destacadas pelo autor. Em primeiro lugar, as psiconeuroses se referem a um conflito mental relativo à energia sexual psíquica – libido - se conectando a inúmeras experiências, sensações e afetos vivenciados na infância. Trata-se portanto de uma construção subjetiva e singular que impõe, na clínica, a necessidade da investigação de uma narrativa histórica sobre a vida do paciente.

Por seu turno, as neuroses atuais, referem-se a dificuldades encontradas pelos pacientes em lidarem com as exigências somáticas da sexualidade adulta. Segundo o autor, tais padecimentos, seriam decorrentes de uma situação momentânea e não diriam respeito à uma construção histórica, subjetiva e psíquica. Razão pela qual, o método clínico por ele proposto só poderia produzir efeitos indiretos, ou seja, ao tratar de uma psiconeurose, o paciente livre de seus conflitos psíquicos sobre a sexualidade, encontraria formas mais adequadas de obter prazer, e, em decorrência, estaria mais protegido em relação à construção de uma neurose atual.

Destaco aqui o fato de Freud sustentar a impossibilidade de se fazer corresponder à eclosão de uma neurose atual uma experiência, representação ou vivência. Ou seja, ele aqui já aponta para a possibilidade de estarmos lidando com algo que seria da ordem do não representável, do não dizível mas que no entanto produz efeitos tanto psíquicos (o afeto de angústia) quanto somáticos (as reações corporais). O que, na clínica, nos impõe modos distintos de condução e de instrumentalização,

A tentativa freudiana de produzir uma distinção rigorosa entre uma energia sexual somática e outra psíquica, fundamentando quadros neuróticos específicos, fracassa na medida em que ele percebe que as operações efetuadas nos dois grupos de neuroses deixam um resto: a sensação de angústia. Em termos teóricos, a angústia emerge nas neuroses entrelaçando seus quadros clínicos e tornando a distinção entre seus campos difícil de ser sustentada. Em termos clínicos, a angústia se mostra como impasse ao não se submeter ao método terapêutico e se misturar com inúmeros outros sintomas. Motivos que levam o autor a se aprofundar na tentativa de elucidar tais impasses estudando mais detalhadamente as relações entre a neurose de angústia e as psiconeuroses.

NEUROSE DE ANGÚSTIA E PSICONEUROSES: A ANGÚSTIA COMO IMPASSE

Para circunscrever o campo das neuroses atuais, Freud percebe, inicialmente, que há duas possibilidades dessa se estabelecer: ou o que ocorre é uma inadequação em se manejar a energia sexual somática através das atividades sexuais cotidianas; ou a energia sexual somática falha em se tornar psíquica. No primeiro caso teríamos a eclosão de uma neurastenia, ao passo que no segundo, teríamos uma neurose de angústia. Assim, para Freud, a neurastenia se configura como uma patologia relativa ao empobrecimento da excitação sexual somática, isto é, é o resultado no sistema nervoso da substituição de uma ação adequada (coito normal) por uma menos adequada, por exemplo, a masturbação. Por seu turno, a neurose de angústia seria decorrente de todos os fatores que impendem que a energia sexual somática alcance o limiar psíquico, como, por exemplo, a abstinência sexual prolongada, o estresse, a doença fisiológica, um abalo afetivo, etc. Nesses casos, a energia sexual somática se torna tensionada, acumulada, retida. (FREUD, 1895 [1894]a)

Para elucidar o mecanismo de formação da neurose de angústia, Freud parte de três princípios: a suspeita de que há um acúmulo de excitação somática; a impossibilidade de se atribuir uma origem psíquica para a angústia que subjaz aos sintomas clínicos dessa neurose e o decréscimo extremamente acentuado da libido sexual, ou do desejo psíquico. Tais princípios fizeram com que ele levantasse a hipótese “*que o mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado numa deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal dessa excitação*” (FREUD, 1895 [1894]a, p. 106).

Freud observa que nessa patologia, a energia sexual somática ao não se tornar psíquica produz efeitos tanto no campo corporal quanto no campo psíquico. Em termos

corporais, a energia sexual somática, ao se encontrar impossibilitada de investir representações mentais, necessita ser escoada pela via que se apresenta como possível, nesse caso, as vias somáticas, produzindo, em decorrência, uma série de sintomas corporais (sudorese, palpitação, tremores, taquicardia, etc). Em termos psíquicos, a deflexão da energia sexual somática deixa como efeito uma irritabilidade geral e uma expectativa angustiada, ou seja, um quantum de angústia *em estado de livre flutuação* prestes a se ligar a uma representação inofensiva para o Eu (desencadeando uma fobia ou neurose obsessiva). (FREUD, 1895 [1894]a, p. 109)

Vemos Freud aqui com uma dupla possibilidade. Por um lado ele aproxima a neurose de angústia com a histeria na medida em que ambas referem-se a uma tensão da energia sexual que não encontrando modos adequados de escoamentos defletem para a esfera corporal. Razão pela qual, o autor definirá a neurose de angústia como “*o equivalente somático da histeria*”.(FREUD,1895 [1894]a, p. 111)

Por outro lado, o vemos relacionando a neurose de angústia com as fobias e as obsessões, posto que, a angústia em *livre flutuação* se constitui como um estado desconfortável para o qual o paciente deve procurar formas alternativas de lidar. Entre os caminhos possíveis, nos informa Freud, a construção de uma fobia se apresenta como extremamente viável ao permitir um endereçamento da angústia ligando-a a um objeto fóbico. Ao se temer algo da realidade exterior o paciente acredita estar protegido da angústia evitando o contato com o objeto ou situação temida. É nesse sentido que o autor define a fobia como “*a manifestação psíquica da neurose de angústia*”.(FREUD, 1895 [1894]b, p. 83) O deslocamento de afeto aqui identificado por Freud o permite correlacionar neurose de angústia, fobia e neurose obsessiva levando-o a supor que, em alguns casos, a construção de uma fobia é o passo que antecede a construção de mecanismos obsessivos, que visam perpetuar a defesa contra a possibilidade de erupção da angústia.

Tais teorizações o levam a abrir espaço para possibilidade de pensarmos em um terceiro tipo de neuroses, as mistas. Nestas, o paciente apresenta uma sobreposição de patologias que se conectam sobre um ponto determinado, que gira em torno da angústia. Entre neurose de angústia e histeria, o corpo se apresenta como nó. Entre neurose de angústia, fobias e obsessões, as conexões se aplicam ao campo psíquico. O que suas observações parecem indicar diz respeito a duas dificuldades: primeiro fazer distinguir

completamente o campo das neuroses em termos somáticos e psíquicos; em segundo lugar, distinguir completamente em termos cronológicos entre neuroses infantis e neuroses da vida adulta, na medida em que seus mecanismos etiológicos se conectam.

NEUROSES INFANTIS E NEUROSES ATUAIS: A ANGÚSTIA EDIPIANA

Freud contorna a primeira dificuldade construindo o conceito de pulsão por meio do qual os campos somático e psíquico se permeiam. Perspectiva que o permite também inferir que é o sexual aquilo que constitui o próprio aparelho psíquico e, em decorrência, nos informa o autor, a sexualidade é, em última instância, sempre infantil. (FREUD, 1905)

Noções fundamentais para que Freud pudesse enfrentar o grande problema que Hans o trazia: como ele poderia entender a fobia apresentada por um menino de cinco anos, se a fobia, como ele havia proposto, constitui a expressão psíquica de uma neurose atual, ou seja, uma neurose constituída na vida adulta a partir de uma energia sexual somática? Trabalhar o caso do pequeno Hans levou Freud a postular um novo estatuto para a fobia e, conseqüentemente, para a angústia desvinculando-a de uma etiologia sexual adulta e a vinculando a uma etiologia sexual infantil. Para tal, Freud forja o conceito de histeria de angústia, sustentando que a angústia seria aquilo que resulta do processo de recalçamento das moções pulsionais durante a passagem pelo Édipo. Em Hans, vemos Freud remeter ao recalçamento da representação amorosa em relação à mãe, no homem dos lobos, é o recalçamento das representações hostis em relação à figura paterna que permite à energia do investimento liberada de sua representação se *expressar como* angústia. Em ambos os casos, a libido em livre circulação, sem sua representação correspondente, é *transformada* angústia. Em Hans o próximo passo seria a construção de uma fobia; no homem dos lobos, a construção de inúmeros mecanismos obsessivos. A histeria de angústia é concebida por Freud como uma histeria por apresentar com a histeria comum o fato de haver o recalçamento da representação aflitiva, a liberação de sua quota de afeto, que, no entanto, ao não encontrar escoamento nas vias somáticas, é sentida como angústia. Razão pela qual, Freud concebe aqui, a angústia como sucedânea ao processo de recalçamento, relacionada com os destinos do Édipo e suas resoluções parciais, permitindo uma percepção da angústia como sendo configurada pela angústia de castração. (FREUD, 1909; 1918 [1914];1915)

ANGÚSTIA E DESAMPARO : TEMPORALIDADE, SUBJETIVIDADE E CLÍNICA

No entanto, nova dificuldade se anuncia. A tentativa de apreender a angústia a partir do campo das psiconeuroses, desencadeadas no transcurso do drama edípico, não se sustenta completamente principalmente pelo fato de Freud perceber que, na verdade, a angústia já estava presente na vida infantil, antes mesmo que a ameaça de castração fizesse sua emergência. Nesse sentido, o autor postula que a ameaça de castração vai re-atualizar outros momentos vivenciados, anteriormente, pela criança que foram produtores, em potencial, de um estado de angústia. Para o autor, esses estados iniciais de angústia seriam preparatórios para que, no processo de organização da subjetividade, o sujeito possa lidar com a ameaça de uma eclosão de angústia através de mecanismos defensivos, entre os quais o recalçamento. Ou seja, se inicialmente, encontramos o autor, em um impasse em relação às questões de temporalidade, o levando a deslocar a gênese da angústia da idade adulta para a infância, o próximo passo dado, o permite produzir um deslocamento mais radical sobre a emergência da angústia para um momento de constituição subjetiva ainda mais primitivo que o Édipo, o momento do desamparo original. (FREUD, 1926 [1925])

Nessa sua nova tentativa de conceituação da angústia, Freud toma como paradigmático para sua manifestação o total estado de desamparo do bebê ao nascer que implica na necessidade de existência de um outro que dele cuide e satisfaça suas necessidades vitais as quais vão, gradualmente, o inserindo no diferencial prazer/desprazer decorrente das primeiras experiências de satisfação. Nesse momento, o bebê totalmente sem recursos psíquicos, posto que seu aparelho psíquico ainda está em vias de constituição, só encontra, no espaço somático, formas de expressão das experiências de satisfação e de frustração que vão se sucedendo ininterruptamente. Tais experiências deixam traços mnêmicos de uma angústia paradigmática que se reproduz ao longo do desenvolvimento da criança em determinados momentos de situações traumáticas, como, por exemplo, desmame, castração ou separação, deixando como resíduo a sensação de angústia a qual Freud designou de angústia automática. A repetição dessas experiências vai proporcionando estofamento para que o ego em seu processo de amadurecimento possa lidar com essas situações através de elaborações psíquicas mais adequadas que possam permitir que a angústia automática seja transformada em angústia como sinal. Sinal de um perigo diante do qual o ego, mais maduro, dispara o mecanismo de recalçamento evitando um desprezo que estaria por advir. Aqui, longe de se constituir como o resultado de um mecanismo

psíquico de defesa, a angústia passa a ser um elemento a partir do qual o aparelho psíquico se constitui e respostas subjetivas podem ser constituídas a partir do impacto produzido pela pulsão sobre o aparelho psíquico. (FREUD, 1926 [1925])

Nesse nível de elaboração teórica temos, então, duas torções importantíssimas. Em primeiro lugar, a angústia deixa de ser considerada como um sintoma a ser trabalhado na clínica ao ganhar o estatuto de ponto sobre o qual um sujeito desejante pode advir e o processo de subjetivação se constituir. Em segundo lugar, a temporalidade linear na constituição subjetiva não se sustenta mais posto que, como nos informa Freud, há a re-atualização do desamparo em inúmeros outros momentos de nossas vidas. (FREUD, [1932] 1933)

Sobre essas duas considerações, apoio minha argumentação de que podemos entender a Síndrome do Pânico como a eclosão de uma Neurose de Angústia, compreendendo essa última como referente ao momento originário de constituição subjetiva, momento em que corpo e psique se fundem nas primeiras experiências de satisfação, momento em que ordens distintas se encontram e se diferenciam, momento em que tramas *psicossomáticas* (como nos informará Winnicott posteriormente) começam a ser estabelecidas permitindo a tecitura do solo sobre o qual a subjetividade se organiza. Se a esse momento de movimentação não podemos ainda caracterizar como referente a uma neurose, podemos, no entanto, como o fez Freud, desdobrá-lo em dois tempos, um original e outro da neurose propriamente dita, que ao re-atualizá-lo impõe, ao sujeito, um sofrimento que o paralisa, o desorganiza, o adoce. E que quando se repete nos é conhecido como Síndrome do Pânico ou, como proponho entender, a eclosão de uma Neurose de Angústia.

OTÁVIO E SUA BUSCA INCESSANTE POR CONTROLE: A ANGÚSTIA ESCAPA

Otávio chegou ao meu consultório encaminhado pelo médico de seu trabalho. Pelo terceiro ano consecutivo ele havia sentido a iminência da morte. Taquicardia, sudorese, palpitações, a certeza que estava tendo um ataque cardíaco e que iria morrer nas próximas horas o fizeram re-correr novamente ao serviço de cardiologia, que novamente o informava, após todos os exames médicos, que estava tudo muito bem com seu coração. Mas....claro, Otavio percebia que nem tudo estava tão bem assim com seu coração, e

aceitou, relutante, a indicação de iniciar um atendimento psicológico ao perceber que a medicação psiquiátrica não evitava os surtos de pânico.

As primeiras entrevistas foram marcadas por sua tentativa em me convencer que era bobagem ele estar ali. Em termos psicológicos, me dizia ele, tinha sua vida muito bem organizada, se conhecia bem, nada o abalava muito, tinha uma boa família, se dava bem com seus pais, suas irmãs e gostava muito de sua esposa, com quem tinha também um ótimo relacionamento. Se não fosse por esses ataques, essas sensações, essas coisas que ele sentia e não sabia explicar, a vida dele estava ótima. Eu o ouvia, não o contestava e o convidava a falar sobre esse mal-estar que ele não entendia, e quem sabe conseguiríamos entender melhor? Fizemos isso.... por uns quatro anos! E fomos ingressando em sua trama neurótica.

Otávio tinha tudo sob seu controle. Sua vida era milimetricamente organizada, em termos de tempo, roupas, objetos, afetos e conta bancária. Embora casado, continuava morando na casa dos pais (*para que gastar dinheiro com uma outra casa?*) Guardava na *garagem da mãe*, todos os suplementos do jornal de sua preferência dos últimos cinco ou dez anos (*talvez um dia ele tivesse vontade de ler, era melhor guardar*). Da mesma forma, em seu computador, tinha uma pasta em que guardava mensagens de amigos, notícias de revistas, reportagens, etc, que talvez um dia quisesse ler. E embora soubesse que seria da ordem do impossível ler tudo isso, não conseguia deletá-los. O trajeto de casa para o trabalho e do trabalho pra casa era sempre percorrido da mesma forma. Suas finanças eram totalmente controladas e divididas com a esposa, de tal forma que, quando viajavam, se um pagava o pedágio da ida, o outro teria que pagar o da volta. Geralmente ele se recusava a ir ao cinema pois não aceitava pagar o estacionamento de um shopping. Tantos mecanismos obsessivos se somavam a inúmeros outros, tais como dúvidas, ruminações, incertezas sobre vida, morte, doenças, filiação, paternidade, etc.

Quanto aos ataques de pânico, quase nada tinha a me dizer. Surgiram do nada, em um momento qualquer de sua vida, em que nada demais estava acontecendo. Inúmeras reorganizações psíquicas foram necessárias antes dele poder fazer uma interessante conexão entre os ataques de pânico e um acontecimento importante em sua vida. Há alguns anos atrás, sua esposa havia se envolvido afetivamente com um colega de trabalho. Momento de desorganização e de perda de controle que exigiu dele um esforço de reorganização bem intenso. Destaco aqui as soluções por ele encontradas: conscientemente se impôs a tarefa

de esquecer o fato. Construiu inúmeros rituais: não pensar no assunto, não assistir ou ler nada que tivesse relação com infidelidade, não tocar no assunto com a mulher nem com ninguém mais. Em um outro nível psíquico, já não mais consciente, ele intensificou o laço afetivo com o pai se tornando mais próximo deste, mais preocupado com sua saúde, desenvolvendo um medo extremo que ele iria morrer a qualquer momento, o que o fazia ficar em casa sem querer sair, por um tempo enorme. A identificação com o pai e a ambivalência de afetos aqui apresentada, amor ao pai e desejo de sua morte expresso pela fantasia de doença, nos indica uma retomada intensa do drama edípiano, que, como nos indica Freud, gira em torno da posição pai/filho em relação à mãe. Se a resolução desse conflito, pela via da neurose, assegura ao filho a manutenção de seu desejo, essa segurança só é possível pela renúncia da mãe como objeto de amor. Movimentação que tem como operador a ameaça de castração e a escolha narcísica da criança pela manutenção de seu falo.

Se como vimos acima, o drama do Édipo e a ameaça de castração aí envolvidos remonta à outras vivências de angústia, as quais deveriam ser tomada como sinal preparatório para o movimento de recalque, creio que nesse momento essa via de solução não foi possível para Otávio. O que foi possível ser feito para lidar com a angústia que aí despontava foi a eclosão de um ataque de pânico que o ajudou, de certa forma, a contornar a situação e se permitir uma trégua temporal para uma possível re-organização. Os lucros advindos de um suposto adoecimento fisiológico passam pela retomada mais intensa dos cuidados materno, via mãe, esposa e irmãs, somando-se ao fato de ser produzido um afastamento do sujeito em relação ao seu ato, posto que se o adoecimento é biológico, Otávio não tinha nenhuma responsabilidade nisso.

Esse foi o caminho que percorri para o entendimento desse movimento como a erupção de uma neurose de angústia sobreposta a uma neurose obsessiva. Diante da ameaça de perda do amor assinalada por sua esposa, entendida como objeto substituto da mãe, Otávio se viu re-lançado ao momento de organização subjetiva anterior ao que se encontrava, ou seja, da resolução do conflito pela via da neurose ao interior do próprio conflito edípiano. Por motivos que me escapam, a solução neurótica dessa vez não foi mais possível e a ameaça de castração não foi capaz de produzir seu efeito resolutivo pelo recalque. E Otávio se viu lançado mais uma vez a um outro momento de organização subjetiva ainda mais primitivo, o do desamparo originário e sua forma de expressão

possível: a angústia automática, pura, vazia, sem sentido, convocando-o a se posicionar diante d'isso. Razões pelas quais a direção clínica que tomamos tenha sido no sentido de permitir, a Otavio, construir sentidos, significações, contornos e dizeres para aquilo que se apresentava como da ordem do indizível e do incompreensível. Assim, a angústia foi aqui tomada, não como algo a ser aplacado e emudecido, mas como ponto de partida de narrativas a serem tecidas. O que me parece ser algo que particulariza, especifica e singulariza a clínica, da “Síndrome do Pânico”, na psicanálise.

REFERÊNCIAS:

FREUD, S. 1895 [1894]a. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. 1895 [1894]b. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. III. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. 1905. Três Ensaio sobre a teoria da Sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. X. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. (1915) Repressão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. (1918[1914] História de uma neurose infantil. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVII. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. (1926 [1925]) Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XX. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

_____. (1933 [1932]) Ansiedade e vida instintual. Conferência XXXII das Novas Conferências Introdutórias em sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XXII. Rio de Janeiro:Imago, 1980.

A ANGÚSTIA E O ANALISTA

Maria Pompéia Gomes Pires¹

Palavras-Chave: Angústia – Desejo – Gozo – Castração – Outro – Analista

Refere-se à angústia enquanto afeto que se manifesta na fronteira entre o desejo e o gozo. Comenta o objeto a e as suas conseqüências no trabalho analítico.

São considerações decorrentes da leitura do Seminário X – A Angústia.

- Onde se situa a angústia na estrutura psíquica e qual é a sua natureza?

Sendo a angústia um afeto, para pensarmos a questão temos que localizar os elementos psíquicos responsáveis pela produção do afeto pelo qual o sujeito é tomado.

Lacan situa a angústia, no Seminário X, tendo sua emergência no intervalo que se produz entre o desejo e o gozo. Constitui-se como um fenômeno mediano, mas não mediador, entre o desejo e o gozo. Como fenômeno de borda entre elementos de natureza diferentes, não assimiláveis um pelo outro, manifesta-se exatamente quando este espaço vazio tende a se apagar. Desejo e gozo ameaçam confundir-se. Surge então a angústia como sinal de alerta, pela aproximação do que se acreditava clivado, clivagem essa necessária para a manutenção do equilíbrio da estrutura psíquica, equilíbrio mantido pelo funcionamento do princípio prazer – desprazer.

Sinal de quê?

Sinal de algo aparecer onde não se esperava, nessa proximidade gozo/desejo.

E esse algo chama-se objeto a.

Quem é?

Algo da ordem do excesso, não encoberto pelo simbólico, vivenciado pelo sujeito como advindo da exterioridade a ele, não articulado ao significante, causando a sensação de estranheza e suspensão da compreensão.

E o objeto a pode aparecer sob diversas vestimentas, enquanto teorizado em diferentes tempos da teoria lacaniana. Como por exemplo:

- ❖ Objeto da pulsão – a – pequeno outro (autre).
- ❖ Objeto a – resto. Resto da operação significante. Ou seja, do fato do ser falante ser mortificado pelo símbolo, se tornando então sujeito, sujeito ao significante, algo

¹ Psicóloga. Psicanalista. Membro do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais – CPMG

falhou nessa operação. Um resto pulsional permanece como excesso, resistente à operação significante, antagônico ao significante, ameaçando o equilíbrio deste organismo, que se mostra então mais tendente ao desprazer. Em suma, estamos falando do objeto a enquanto resto e enquanto queda. Algo cai do corpo significante, permanecendo nas bordas deste corpo, na insistência constante de sua apresentação. Dejeito da operação significante. Outro nome que lhe é dado.

- ❖ Objeto a – causa do desejo. Outro nome do objeto. Mas o que é isto? O excesso se transforma em causa do desejo, ou seja, o excesso causa a movimentação da cadeia de significantes na sua busca da realização do desejo inconsciente. Por trás de cada palavra jaz o a. Por trás de cada palavra ou frase que pronunciamos jaz o a, como uma carga energética, segundo retórica freudiana, carga energética que põe em movimento a cadeia de pensamento. Lembro-me aqui da definição freudiana de pulsão, que me encanta pela sua justeza, presente em "A pulsão e os destinos da pulsão": "Se agora nos dedicarmos a considerar a vida mental de um ponto de vista biológico, uma pulsão nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo".

- ❖ Objeto a – como objeto perdido. Relaciona-se com o objeto perdido freudiano e voltado permanentemente em direção à Coisa. Ou seja, o objeto perdido faz a indicação em direção à Acoisa. Lacan afirma no Seminário – "O saber do analista" – que é necessária a ligação entre os dois termos – a - e a coisa – para dar conta da produção do efeito ameaçador. Pois – a – não é nada, não possui em si o caráter de "estranho" a não ser que esteja implicado na direção à Coisa, em sua aparição dislimitada, terrificante, sendo a angústia o afeto invasivo decorrente.

O sujeito é invadido pela angústia sem saber diante de quê padece.

Donde, a angústia não é sem objeto, formulação lacaniana.

E a angústia não é sem objeto, mas também o objeto em questão é aquele que designa a Coisa.

Falando de outra maneira, segundo Lacan, o objeto que provoca a angústia no neurótico é a "a – Coisa" ou seja, - O Desejo do Outro – enquanto exige que o sujeito apague seus limites, entregando-se-lhe de forma incondicional.

Penso que a apresentação de um pequeno "flash" de um caso clínico possa nos falar algo a esse respeito.

A pessoa vem em busca de análise por se apresentar em estado constante de angústia. Em casa, no trabalho, até no sono.

Nas sessões, se angustia com a sua dor, quer solucioná-la.

Gentil, fala de forma calma, mas o tempo todo.

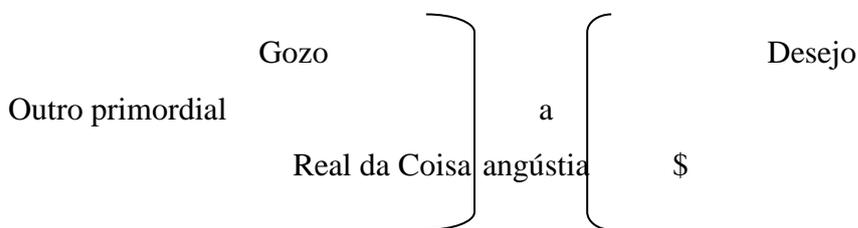
Em certa sessão, em que as coisas transcorriam dessa forma, fui surpreendida pela impressão: "Mas ele não para!", sendo levada a intervir:

"- Você me fala de algo sem parada?"

Silêncio. Responde com associação: "Engraçado, tem muito tempo que não penso mais nisso. Não gosto de pensar nisso. Eu era muito pequeno. Talvez uns cinco anos. Fiz uma experiência. Fiquei diante do espelho e me olhava. Ia observando e pensando quem eu era, filho de quem, onde morava, isso ia indo até que fui possuído por um pânico de não saber mais quem era eu, um vazio sem nada. Esse vazio tomou conta de mim por algum tempo.

Relata sobre uma experiência que o acalma. Gosta de fechar os olhos, deitado e se imaginar no meio do mar, sem limites, no ponto mais fundo do mar, e se ver afundando, afundando, mais nada.

A Coisa apresenta esses dois aspectos paradoxais de repulsão e ao mesmo tempo de atração.



De um lado, o Outro Real (A) tamponado pelo objeto a.

Do outro lado, o desejo, campo do sujeito do significante, campo da significação ou do sentido. Notação: \$

Temos: \$ ◇ a

Fórmula da fantasia, aquilo que faz barra ao gozo, aplaca a angústia e ao mesmo tempo é uma proposta de realização do desejo inconsciente.

Compreendemos aqui o porquê da formulação de Lacan: a angústia tem a mesma estrutura da fantasia.

E quanto ao desejo:

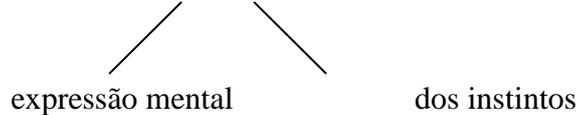
O desejo diz respeito àquele que deseja, que se escreve como \$, que é também aquele que padece da angústia assinalada pelo Eu.

E o desejo do sujeito o é em relação ao objeto que lhe causa o desejo. – a – dando esta intervenção novamente na constituição da fórmula da fantasia inconsciente

\$ ◇ a

Lembramos, em Freud, que toda manifestação da vida mental se dá através de uma fantasia, que é a expressão mental dos instintos.

Temos aí também: \$ ◇ a

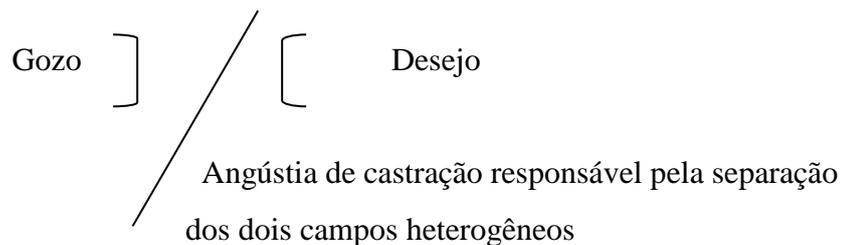


O – a – tem como correlato subjetivo a angústia, suportada pelo \$, donde a estrutura da angústia equivale à estrutura da fantasia.

Para situarmos o desejo, temos necessariamente que marcar o campo do Outro do significante (~~A~~).

E o campo do Outro do significante carrega em si a barra (/) que é a marca da castração (φ).

Em Freud, pensar a angústia implica pensar a castração, pois para ele, a angústia é angústia de castração.



A castração então se refere à simbolização sendo que onde falta a castração aparece a angústia pela presentificação do objeto.

Ainda em relação à angústia e ao significante:

O significante, em sua natureza de semblant, é aquilo que engana.

A angústia, em sua relação com o real, é aquilo que traz a certeza.

E a certeza é aquilo que, por mais significantes que se lhe apresentem, a eles ela não se reduz. Não há possibilidade, por parte do sujeito, de convertê-la em um elemento deslizável, apreensível na cadeia de significantes.

Então:

A certeza advém ao sujeito, não através do significante mas através da ação. Não qualquer ação, mas aquela irrefreável, impulsiva.

Através da ação o indivíduo retira certeza à angústia, apropriando-se dela. Enquanto está envolvido numa ação, o sujeito se situa em um degrau prévio à angústia, desprendendo-se dela.

O processo da cura pode nos apresentar dois tipos de ação: o acting-out e a passagem ao ato.

"O acting-out é uma mensagem ao Outro (analista) para que acorde, para que olhe o que não pode escutar."

É uma exigência de interpretação frente à transferência sem análise.

No Seminário X Lacan diz que, se o analista não analisa a transferência, caído de seu lugar de analista envia o analisando diretamente para o acting-out.

Já a passagem ao ato refere-se a uma retirada de cena, onde a transferência se quebra e o sujeito vai, identificado ao objeto que cai.

E da parte do analista: em que consiste o ato analítico?

Temos:

- a) O engano – através do significante semblant da coisa. O poeta Rilke nos fala o que isto é: "Estamos aqui para dizer: casa, ponte, árvore, porta, cântaro, fonte, janela – e ainda: coluna, torre... mas para dizer, compreenda, para dizer as coisas como elas mesmas jamais pensaram ser intimamente."
- b) A certeza – trazida pela angústia que se resolve no ato.

O rumo das associações é torcido e a analisanda fala dos sofrimentos de criança com a falta de dinheiro dos pais.

Para terminar:

Acredito que a posição do analista – posição de a – que questiona \$ no processo da cura é casada com o efeito angústia. Sendo a angústia o instrumento de base para orientar a sua busca da verdade.

Bibliografia

FREUD, S. "Os instintos e suas vicissitudes", SE, 1915.

"A interpretação dos sonhos", cap. VII, SE, 1900-1901.

JORGE, M.A.C. "Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan", Ed. Zahar, 1952.

LACAN, J. "Seminário X – A angustia", Ed. Zahar, 1962.

"Seminário – O saber do analista", Inédito, 1971-1972.

MILLER, J.A. "De la nature des semblants", leçon I, Internet, 20 novembre 1991.

"Le sujet suppose savoir et le nom-du-père", Cours n° 3, 1991.

Acto e Inconsciente – "Ato e Interpretação" – Ed. Manancial, 1984.

HARARI, R. "O Seminário A angústia de Lacan – uma introdução", Ed. Artes Ofícios, 1997.

NASIO, J.D. "Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan", Ed. Zahar, 1993.

RILKE, R.N. "As elegias de duino", Ed. Globo, 1912-1922.

MELANCOLIA, DESAMPARO, NARCISISMO E ÉDIPO EM “O FANTASMA DA ÓPERA”

Natalia G. Galucio Sedeu

Só me faltou ser amado para ser bom!

O Fantasma

RESUMO: Tendo em mente o tema central deste XVII Congresso do Círculo Brasileiro de Psicanálise, “Interfaces entre a psicanálise e a psiquiatria”, propomo-nos, neste trabalho, a comentar o filme *O Fantasma da Ópera (The Phantom of the Opera)*, dirigido por Joel Schumacher, analisando seus personagens principais à luz de alguns conceitos psicanalíticos e da psiquiatria. Inicialmente, é analisada a situação triangular edipiana existente entre o Fantasma, Christine e Raoul. Para Christine, o Fantasma representa um substituto do seu pai morto, por quem não conseguiu elaborar o luto (código F33 do CID-10). O Fantasma, por sua vez, sente um grande desamparo por ter sido rejeitado na infância pela mãe devido a sua deformidade (código F93 do CID-10); isola-se, pois sente que só recebeu ódio do mundo; sente ódio por todos, restando-lhe a solução de amar a si mesmo: seu narcisismo lhe traz a ilusão de auto-suficiência. Seduz Christine para que o seu poder sobre ela cresça até que “eles se tornem um só”, tentando conquistar à força um pouco do amor que sua mãe não lhe deu. Raoul aproxima-se de Christine e interdita a relação edipiana entre ela e o Fantasma, sendo, dos três, o personagem mais próximo da realidade. No fim da trama, ao receber de Christine a compaixão de que tanto precisava, o Fantasma consegue sentir verdadeiramente amor por ela; percebendo que ela só poderia ser feliz indo embora com Raoul, acaba liberando o casal.

Tendo em mente o tema central deste XVII Congresso do Círculo Brasileiro de Psicanálise, “Interfaces entre a psicanálise e a psiquiatria”, propomo-nos, neste trabalho, a comentar o filme *O Fantasma da Ópera (The Phantom of the Opera)*, dirigido por Joel Schumacher, analisando seus personagens principais à luz de alguns conceitos psicanalíticos e da psiquiatria. Esse filme foi inspirado no musical homônimo de Andrew

Lloyd Webber, por sua vez adaptado do romance original de Gaston Leroux, escrito em 1910. Leroux baseou-se em alguns fatos verídicos: o autor fez uma visita aos bastidores da Ópera de Paris, tendo quase se perdido nas passagens subterrâneas que realmente levam a um lago, visível através de grades de ferro – vestígios do período da Guerra Franco-Prussiana e da Comuna, quando o prédio, ainda em construção, foi usado como uma prisão; em 1896, um dos contrapesos de um lustre do teatro caiu sobre o público, fazendo uma vítima fatal; em 1897, um incêndio destruiu o “Bazar de la Charité”, causando 135 mortes. A partir desses fatos, Leroux relacionou-os à suposta presença de um “Fantasma” que habitaria o lago subterrâneo, criando assim o romance. Vamos aqui analisar os personagens do Fantasma, de Christine e de Raoul como retratados no filme, podendo também usar, contudo, passagens do romance original.

No filme, Christine Daaé (que já perdera a mãe) fica, aos 7 anos, órfã do pai, a quem era muito apegada, e vai morar na Ópera de Paris. O Fantasma mora desde pequeno nos bastidores da Ópera. Raoul, amigo de infância de Christine, torna-se o patrocinador daquele Teatro. O Fantasma nasceu com o rosto desfigurado e sua mãe lhe deu, como primeiro presente, uma máscara – abandonando-o pouco tempo depois. Após trabalhar como atração em um “circo de horrores”, onde é apresentado como o “Filho do Demônio”, consegue fugir e, com ajuda, esconde-se nos subterrâneos da Ópera.

Iniciaremos nossa análise enfocando a situação triangular edipiana existente entre o Fantasma, Christine e Raoul. Christine pensa que o Fantasma é o “Anjo da Música” que seu pai disse que lhe mandaria quando morresse. O Fantasma, apaixonado por ela, coloca-se na posição de um “cuidador”, percebendo Raoul como um rival: *“Tolo ignorante! Este corajoso jovem pretendente, compartilhando meu triunfo!”* Christine vê o Fantasma como um “Mestre”, um guardião que vai estar ao seu lado para guiá-la. Ela o coloca no lugar do seu pai, por sentir muita saudade desse pai morto. O Fantasma é o substituto do pai; mesmo depois de ver o seu rosto desfigurado (que a assusta), ela ainda o mantém nesse lugar – como diz Freud, no trabalho “Uma Neurose Demoníaca do Século XVII” (1923), o demônio, tal como Deus, é um substituto do pai.

No filme, o Fantasma se apresenta de forma muito sedutora para Christine, querendo estar dentro de sua mente, para que o poder sobre ela cresça para ficar *“ainda mais forte”*, a fim de que eles se tornem um só. Christine diz ao Fantasma: *“Aqueles que viram seu rosto se afastam com medo... Eu sou a máscara que você usa...”*. Ele a seduz

para não se sentir desamparado; ela aceita a sedução porque imagina que esteja se comunicando com o pai morto e quer ter esse pai sempre por perto – mesmo que saiba que ele está morto. O Fantasma seduz Christine, dizendo a ela: “*Feche seus olhos e renda-se aos seus sonhos mais sombrios!*”; podemos entender esta frase como um incentivo a que ela se renda aos seus desejos mais inconscientes, que seriam, como disse Freud no artigo “A Dissolução do Complexo de Édipo” (1924), que “*a menina gosta de considerar-se como aquilo que seu pai ama acima de tudo*” (Freud, 1924, p. 217).

No filme, o Fantasma diz a ela: “*Abra sua mente, deixe suas fantasias se soltarem nesta escuridão com a qual você sabe que não pode lutar – a escuridão da música da noite...*”. Essa escuridão é o Id, onde residem as pulsões. O Fantasma vive nessa escuridão, vive no lago subterrâneo para onde quer levar Christine.

O Fantasma tenta impedir que Raoul veja Christine e, de certa forma, o ameaça (quando lhe escreve “*o Anjo da Música está tomando conta dela. Não tente vê-la de novo*”). No papel de pai, o Fantasma não quer que Raoul chegue perto de sua amada. Quando Christine se aproxima de Raoul, pede perdão ao “pai” Fantasma, dizendo a ele: “*Fique ao meu lado, me guie! Anjo, minha alma estava fraca, me perdoe*”. Ela teme que o Fantasma mate o rival pretendente, da mesma forma que, na história de Édipo Rei, há um desejo de morte do rival do mesmo sexo e um desejo sexual do personagem do sexo oposto – a situação do triângulo está presente.

Podemos ver agora a mesma situação do ponto de vista do Fantasma. Ele se coloca no lugar do pai de Christine, pois dessa forma tentaria evitar sentir-se só e desamparado, já que ela precisaria sempre dele como seu Mestre. Quando Christine e o Fantasma estão juntos, para ele é uma forma de se tornarem um só. O que ele busca é **sentir-se um** com alguma pessoa, como poderia ter se sentido com a sua mãe, se esta não o tivesse rejeitado. O Fantasma mostra-se e sente-se como “*esse gárgula repugnante, que queima no inferno, mas secretamente anseia pelo céu, secretamente...*”. Ele sonha secretamente com a beleza, com o amor e a compaixão das pessoas – podemos dizer que esses são os desejos inconscientes do Fantasma. Ele sente que foi “*perseguido por todos, encontrando ódio em todos os lugares, nenhuma palavra gentil de ninguém, nenhuma compaixão em lugar nenhum!*”; que foi abandonado “*na escuridão profunda, como no inferno*”. O Fantasma busca amor nas pessoas, mas só recebe repulsa por causa do seu rosto deformado. Isso gera ódio nele, fazendo com que projete esse sentimento de ódio nas pessoas. No romance de

Leroux, o Fantasma diz a Christine: “*Tem medo de mim? No fundo, entretanto, eu não sou mau! Ame-me e verá! Só me faltou ser amado para ser bom! Se você me amasse, eu seria doce como um cordeiro e você faria de mim o que quisesse.*” (Leroux, 1910, p. 262).

Podemos perceber que o Fantasma se sente muito desamparado, o mesmo desamparo que sente uma criança bem pequena, que depende de outra pessoa – a mãe – para satisfazer todas as suas necessidades. Segundo Winnicott, o bebê vive uma dependência absoluta; esse autor afirma que a mãe identificada com o lactente pode e gosta de prover as necessidades dele: “*isso é a essência do cuidado materno*” (Winnicott, 1960, p. 53). Esse cuidado permite que o lactente construa sua existência pessoal; sem esse cuidado, “*o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser*” (Idem, p. 53). Essa não continuidade, ou melhor, **não existência** é o que vive o Fantasma – por isso se autodenomina “Fantasma”.

Laplanche e Pontalis afirmam em seu Vocabulário da Psicanálise que “*o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia*” (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 156). No livro Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926), Freud escreve que “*o perigo do desamparo psíquico é apropriado ao perigo da vida quando o ego do indivíduo é imaturo*” (Freud, 1926, p. 166). E ainda diz que “*verifica-se que a ansiedade é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural do seu desamparo biológico*” (Idem, p. 162). Em outra passagem do mesmo texto, Freud afirma que “*a situação de sentir falta da mãe não é uma situação de perigo, mas é uma situação traumática*” (Idem, p. 195). O Fantasma passou por esse desamparo referente a um ego imaturo, possivelmente sentindo um desamparo biológico e um desamparo mental. Trabalhamos com a hipótese de que ele sentiu tanto a falta da mãe que fez dois movimentos: o primeiro foi de isolamento; o segundo foi querer se aproximar de Christine para ser um só com ela, igualmente como ele talvez tenha querido tornar-se com sua mãe, que o rejeitou. Isso é demonstrado quando Christine e o Fantasma dizem em coro: “*Seu/meu espírito e sua/minha voz combinados em um: o Fantasma da Ópera está lá – dentro da sua/minha mente...*”.

André Green, no livro Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte, publicado em 1983, descreve os narcisistas como pessoas feridas, que sofreram decepção de ambos os pais, restando a solução de amarem a si próprios. O narcisismo constitui uma ilusão de auto-suficiência. O indivíduo perdeu, precocemente, a confiança e a fé nos objetos interno

e externo, materno e paterno, que lhe decepcionaram, passando a viver uma confiança ilusória e onipotente. O Fantasma é narcisista, sente-se muito poderoso e autoconfiante. Sente que seu desejo é uma ordem e faz ameaças, caso não seja atendido: “*Se estas ordens forem ignoradas, um desastre além da sua imaginação irá ocorrer*”. No momento em que o Fantasma flagra um encontro entre Christine e Raoul, ele se sente negado e traído por Christine – tal como sua mãe o negara quando criança – enche-se de fúria e grita: “*Você vai amaldiçoar o dia em que você não fez tudo aquilo que o Fantasma da Ópera lhe pediu...!*” O Fantasma lança maldições quando seus desejos não são atendidos, da mesma forma que “Sua Majestade o Bebê” (expressão usada por Freud em 1914 para descrever o bebê na fase do narcisismo primário) espera que seus pais realizem todos os seus desejos. A diferença entre “Sua Majestade o Bebê” e o Fantasma é que este último não é a “revivescência do narcisismo dos pais”; pelo contrário, seus pais o abandonaram e ele não teve como viver adequadamente a fase do narcisismo primário. Quando se sente abandonado e traído, o Fantasma se isola do mundo externo, tendo para com este muita raiva e fúria; através de suas ações enfurecidas, ele consegue a realização de alguns desejos, fechando-se logo em seguida na escuridão profunda do calabouço do seu desespero.

Outro autor, Hugo Bleichmar, utiliza o conceito de “narcisação”, que define como um “*processo intersubjetivo que compreende, por parte do outro significativo, uma valoração positiva do sujeito, com a concomitante expressão de prazer, e, por parte do sujeito, uma identificação com essa valoração e esse prazer*”; para esse autor, portanto, “*a narcisação é um encontro de desejos*” (Bleichmar, 1981, p. 92). Podem ocorrer falhas na narcisação, como por exemplo a “desqualificação primária”, na qual o outro significativo direciona à criança um olhar crítico e um sentimento de desprazer, podendo esta criança se identificar ou não com essas atitudes. Produz-se, nesse caso, uma ferida sempre presente, que “*é vigiada para evitar a dor temida*” (Idem, p. 93). André Green descreve essa “ferida” como uma “cicatriz narcisista”, ponto vulnerável à dor que fica registrado no Eu, podendo até ser estabelecida uma “*carapaça narcisista protetora e preventiva contra os traumas*” (Green, 1983, p. 178). O Eu, sentindo-se ameaçado pela angústia de separação e pela angústia de intrusão, usa a frieza, a distância e a indiferença como formas de defesa. A carapaça narcisista “*protege o Eu e alimenta a ilusão da onipotência da libertação do objeto, assegurando-o da auto-suficiência ideal*” (Idem, p. 178), empobrecendo suas relações objetais ao mínimo possível. Temos aqui uma descrição clara do que acontece

com o Fantasma – sendo que, no caso dele, podemos dizer que a “cicatriz narcisista” se materializa na deformidade facial e a “carapaça protetora” na máscara que esconde essa deformidade do mundo externo. O Fantasma se mostra onipotente para não demonstrar a sua impotência frente aos outros, para não sofrer outro trauma, outra decepção.

Herbert Rosenfeld descreve, num artigo de 1971, os aspectos libidinal e destrutivo do narcisismo – no caso do Fantasma, ressaltam-se os aspectos destrutivos. Para Rosenfeld, no aspecto destrutivo do narcisismo existe a idealização das partes destrutivas onipotentes do self e “*estas se dirigem contra qualquer relação de objeto libidinal positiva, e contra qualquer parte libidinal do self que tem necessidade de um objeto e que deseja depender dele*” (Rosenfeld, 1971, p. 250). Quando o aspecto destrutivo se torna mais forte que o libidinal, o que ocorre quando a inveja se manifesta de forma violenta, provoca o desejo de aniquilar o objeto que representa a “*verdadeira fonte de vida e de coisas boas*” (Idem, p. 250). Esse desejo do Fantasma de aniquilar os objetos bons pode ser percebido no filme quando Christine, conversando com Raoul sobre o Fantasma, diz: “*Ele mata sem pensar, ele assassina tudo o que é bom...!*”

A relação do Fantasma com os objetos do mundo externo ocorre pela aniquilação desses objetos; isolando-se desse mundo externo, mostra-se a esse mundo somente através de uma máscara, ou seja, esconde-se atrás da máscara. No baile de máscaras, todos cantam: “*Mascarado! Esconda sua face, assim o mundo nunca o encontrará!*” O Fantasma só mostra o que esconde por trás da máscara para Christine, que percebe nos olhos do Fantasma vários sentimentos: “*Ainda em seus olhos, toda a tristeza do mundo... Aqueles olhos pedintes, que ao mesmo tempo ameaçam e adoram...*” Além do desamparo e da raiva, ela consegue perceber a tristeza que há dentro dele – que, na verdade, ele quer esconder. Notando que ela também sentia desamparo, o Fantasma se identifica com Christine e pode abrir seu mundo interno para ela.

O desamparo de Christine parece existir porque ela sente muita falta do pai, que era para ela um pai e um amigo. Christine parece não conseguir superar a morte do pai; na verdade, ela sente melancolia, como pode ser observado em sua fala frente ao túmulo do pai: “*Querendo de alguma maneira que você estivesse aqui de novo... querendo você de alguma forma por perto... (...) Sabendo que nós temos que dizer adeus... (...) Sem mais memórias, sem mais lágrimas silenciosas... Sem olhar para os anos perdidos... Me ajude a dizer adeus.*” A dificuldade de Christine é de se desapegar das memórias e dos sentimentos

relativos à figura do pai morto. Numa visão psiquiátrica, poderíamos classificar esse estado, de acordo com o CID-10, no código F33 (transtorno depressivo recorrente).

No artigo “Luto e Melancolia” (1917), Freud afirma que, no processo de luto, “*cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido está vinculada ao objeto, é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas*” (Freud, 1917, p. 277). Esse desligamento das memórias e lembranças é feito de forma fragmentada, sendo bem penoso – o que Christine não conseguiu fazer, permanecendo ligada ao pai, na esperança de que ele retornasse para ela. Ao desejar que seu pai ainda estivesse ao seu lado, Christine demonstra estar num processo de melancolia. Para Freud, na melancolia ocorre uma identificação do ego com o objeto perdido. Christine diz: “*Às vezes parecia que, se eu apenas sonhasse, de alguma forma você estaria aqui...*” Uma parte dela sabe que seu pai morreu, outra parte espera encontrá-lo em seus sonhos, em seu mundo interno, na parte do ego identificada com o objeto morto. Quando ela pergunta “*por que o passado não pode apenas morrer...?*”, pode estar dizendo que não consegue deixar a lembrança do morto ir simplesmente embora.

O Fantasma se encaixa nesse espaço de esperança de Christine de que seu pai morto ressuscite e saia vivo do seu mundo interno. Ele, escondido no jazigo do pai de Christine, diz a ela: “*Criança desorientada... tão perdida... tão desamparada... ansiosa por minha orientação...*” Aqui ele se coloca para Christine como um substituto do pai morto; ela se confunde por um momento, não sabendo se está falando com o “Anjo da Música” ou com o seu pai. O Fantasma a está chamando para ele, pedindo que ela não se afaste. Raoul tem, nesse momento, um papel primordial, ao dizer a Christine: “*Este homem... esta coisa... não é seu pai!*” Esta fala serve de teste de realidade, evitando que Christine fosse levada pelo Fantasma. Ao dizer a ela que o Fantasma não é o seu pai, Raoul, de certa forma, também lhe está dizendo que o seu pai está realmente morto. Raoul interdita a relação edipiana, sendo, dos três, o personagem mais próximo da realidade. Em certo momento do filme, ele diz a Christine: “*Eu lutei tanto para te libertar...*” Essa é a importância de Raoul na história: lutar para libertar Christine de uma relação doentia.

Christine precisa se sentir amada para não se sentir sozinha, seu desejo é o de estar sempre com alguém. Em seu encontro com Raoul, ela diz: “*Diga que você precisa que eu esteja consigo agora e sempre... Prometa-me que tudo o que fala é verdade – Isso é tudo o que eu te peço...*” Ela precisa se sentir segura, sem medo, compartilhando com alguém uma

vida. Seus desejos são: *“Me ame – é tudo que te peço... Aonde você for, deixe-me ir também...”* Essa fala de Christine nos parece ligada ao pai, que a deixou e não a levou com ele. Ao pedir a Raoul que a proteja e guie, ela está mais próxima de uma boa solução para o complexo de Édipo – não podendo ter o pai e nem um filho deste pai, vai viver com Raoul, alguém mais adequado a ocupar esse lugar de objeto de desejo da filha e que não se coloca para ela como substituto do pai morto, como faz o Fantasma.

As histórias contadas no filme e no romance são muito interessantes, por ser possível analisá-las segundo alguns conceitos da psicanálise. O Fantasma foi abandonado e rejeitado pela mãe por causa de sua deformidade. Em *“Alguns Tipos de Caráter Encontrados no Trabalho Psicanalítico”* (1916), Freud descreve um tipo de caráter que denomina *“exceções”*: são pacientes cujas *“neuroses se ligavam a alguma experiência ou sofrimento a que estiveram sujeitos em sua primeira infância, e em relação aos quais eles próprios sabiam não ter culpa, podendo encará-los como sendo uma desvantagem injusta a eles imposta”* (Freud, 1916, p. 353). Freud utiliza a obra *“Ricardo III”*, de Shakespeare, para exemplificar a *“exceção”* – no monólogo inicial, um dos personagens, que apresenta uma deformidade, diz: *“Como não posso desempenhar o papel de amante por causa de minha deformidade, serei o vilão; conspirarei, assassinarei e farei tudo o que quiser”* (Idem, p. 355). Essa fala se encaixaria muito bem ao Fantasma; no filme, este diz: *“Por que, você pergunta, eu fui amarrado e acorrentado neste lugar frio e sombrio? Não por qualquer pecado mortal, mas pela perversidade do meu rosto horrível!”* O fato é que o Fantasma gostaria de receber amor e só recebeu ódio; gostaria de receber paixão e só recebeu repulsa. Ao invés de amor, sua mãe só lhe deu uma máscara. Diante disso, quis conquistar à força um pouco de amor através de Christine. Ele sentia que não existia, portanto, não tinha nome, era chamado de Fantasma. Só sentia ódio pelas pessoas. Poderíamos pensar aqui, do ponto de vista psiquiátrico, na categoria F93 do CID-10 (transtornos emocionais com início específico na infância).

No final do filme, Christine diz a ele que *“este rosto assombrado não tem nenhum horror para mim agora... é em sua alma que a verdadeira distorção está...”* Ela se decepciona com ele, transformando um possível amor em ódio. Mas, mesmo assim, ela demonstra paixão pelo sofrimento dele e lhe diz: *“Criatura deplorável da escuridão... Que tipo de vida você conheceu...? Deus, dê-me coragem para mostrar-lhe: você não está*

sozinho...” Em seguida, ela o beija. O Fantasma então, recebendo pela primeira vez um gesto de carinho e compaixão, termina por libertar Christine e Raoul.

No romance, o Fantasma beija Christine na testa e, para sua surpresa, ela não foge dele – o Fantasma declara depois, emocionado: “*minha pobre miserável mãe nunca quis que eu a beijasse... Ela fugia... lançando-me a minha máscara!... nem nenhuma mulher!... nunca!... nunca!*...” Em seguida, ele cai aos pés dela, chorando de felicidade; Christine também começa a chorar. A cena é descrita pelo Fantasma da seguinte forma: “*eu senti as lágrimas dela correrem sobre a minha testa! (...) Eram quentes... eram suaves!... (...) Arranquei a minha máscara (...) e ela não fugiu!... (...) Nós choramos juntos!... Senhor do céu! vós me destes toda a felicidade do mundo!...*” O Fantasma, então, liberta Raoul e permite que o casal vá embora. Nesse momento, Christine, agradecida, beija o Fantasma na testa antes de partir com Raoul.

Nas duas histórias, o Fantasma nunca tinha sentido amor e compaixão, só conhecia a raiva e o controle. Através de Christine, pôde finalmente conhecer o amor. Segundo Fenichel, “*só se pode falar de amor quando a consideração do objeto é tal que a satisfação própria não se consegue sem que haja satisfação também do objeto*” (Fenichel, 1945, p. 76). Ao sentir verdadeiramente amor por Christine, percebe que ela só poderia ser feliz indo embora com Raoul e a libera. Quando ela, agradecida, lhe dá o anel de noivado antes de partir, ele pode ter percebido esse presente como o primeiro objeto bom que recebeu de alguém.

No início, o Fantasma sentia desamparo, não havia nele a possibilidade de sentir e nem de dar amor. Basicamente, ele não confiava no mundo externo, escondendo-se atrás da máscara. Na sua relação com Christine, o Fantasma conseguiu receber a compaixão de que tanto precisava e pôde finalmente dizer a ela: “*Christine, eu te amo...*” Ao fugir, ele deixa para trás a máscara, pois não precisa mais dela.

Concluindo, entendemos que a história aqui analisada nos mostra como o cinema e a literatura podem nos fornecer um rico material de análise para aplicação das categorias psicanalíticas e psiquiátricas.

Bibliografia:

Bleichmar, Hugo (1981). O Narcisismo – Estudo sobre a Enunciação e a Gramática Inconsciente. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª ed., 1987.

Fenichel, Otto (1945). Teoria Psicanalítica das Neuroses. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1981.

Freud, Sigmund (1914). “Sobre o Narcisismo: uma Introdução” in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1974.

Freud, Sigmund (1916). “Alguns Tipos de Caráter Encontrados no Trabalho Psicanalítico” in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1974.

Freud, Sigmund (1917). “Luto e Melancolia” in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1974.

Freud, Sigmund (1923). “Uma Neurose Demoníaca do Século XVII” in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XIX. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.

Freud, Sigmund (1924). “A Dissolução do Complexo de Édipo” in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XIX. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.

Freud, Sigmund (1926). “Inibições, Sintomas e Ansiedade” in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XX. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.

Green, André (1983). Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte. São Paulo, Editora Escuta, 1988.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). Vocabulário da Psicanálise. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

Leroux, Gaston (1910). O Fantasma da Ópera. São Paulo, Editora Ática, 2006.

Organização Mundial da Saúde (1992). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Rosenfeld, Herbert (1971). “Uma Abordagem Clínica para a Teoria Psicanalítica das Pulsões de Vida e de Morte: uma Investigação dos Aspectos Agressivos do Narcisismo” in Spillius, Elizabeth B. (ed.). Melanie Klein Hoje – Volume 1: Artigos Predominantemente Teóricos. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1988.

Winnicott, Donald W. (1960). “Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil” in O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

LUTO E MELANCOLIA VERSUS DISTIMIA

Anchyses Jobim Lopes¹

Resumo: O uso excessivo de remédios psiquiátricos, principalmente nos quadros de depressão. A utilização das classificações internacionais contemporâneas como facilitadoras deste abuso. A simplificação de vários quadros clínicos diferentes sob o rótulo de distímia. A ideologia cognitivo-comportamental e reducionista induzindo a medicalização. A Psicanálise como método terapêutico e visão de mundo opostas às da que embasam o rótulo de distímia.

Abstract: Abusive use of psychiatric drugs, mainly concerning depression diagnosis. Use of the international mental and behavior disorder classifications facilitating this abuse. Over simplification of diverse clinical diagnosis under the label of distimy. Cognitive behavioural ideology inducing over medicalization. Psychoanalysis as an opposite therapeutical method and world view.

Introdução: ‘vai um Prozac aí?’

Na clínica social do CBP-RJ, no trabalho de consultório e no relato de alunos e colegas, é impressionante a hipermedicalização com a qual chegam quase todos os pacientes. Tanto quanto ao número de remédios, quanto à dose dos mesmos. O fenômeno não atinge apenas aqueles que poderiam receber o diagnóstico antigo de ‘depressão’, mas a todos quadros clínicos, mesmo os mais leves.

Já data de várias décadas o fato de que os fármacos psiquiátricos são receitados não apenas por psiquiatras, mas principalmente por médicos das mais diversas especialidades, em grande parte por neurologistas. A má fama devida, em grande parte, do mau uso da

¹ Médico pela UFRJ, Mestre em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Mestre e Doutor em Filosofia pelo Instituto de Filosofia da UFRJ, Professor Adjunto de Psicopatologia Geral e Especial em cursos de Graduação e Especialização em Psicologia, Membro Efetivo e Psicanalista do Círculo Brasileiro de Psicanálise-Seção Rio de Janeiro, Presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise-Seção Rio de Janeiro, ex-Presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise.

psiquiatria, o medo de se procurar ‘médico de maluco’, aliados a propaganda pelos meios de comunicação de massa sobre as descobertas da neurociência, tudo somado a leitura de autores de grande popularização, tal Oliver Sacks, tudo parece corroborar para que o neurologista seja visto como um especialista dotado de um saber mais científico e confiável que o psiquiatra.

Mas o fenômeno da hipermedicalização psiquiátrica atinge todas as especialidades; Recentemente acompanhamos o caso de uma familiar de oitenta e quatro anos, que procurou tratamento com três otorrinolaringologistas (diagnóstico de: sinusite, otite de repetição e desgaste da articulação têmporo-mandibular), todos especialistas altamente qualificados e titulados na especialidade, que incluíram Rivotril na prescrição, a despeito de que a paciente não trazia queixas psiquiátricas.

Nas supervisões coletivas e individuais é constante a procura do tratamento de crianças vindas com diagnóstico de TDA, e sempre medicadas. E igualmente constante a descoberta de que o problema seja principalmente desarmonia familiar ou outros conflitos ambientais, bem como inútil a medicação.

Nas grandes metrópoles brasileiras, e mesmo nas cidades de porte médio, é fácil a constatação visual do número impressionante de farmácias. Em sua maioria lojas lindas e pertencentes a grandes redes. Lojas tão reluzentes, belas e cheias de mercadorias desejáveis como quaisquer outros do grande consumo. O que confirma a constatação feita há vários anos por um cidadão inglês, funcionário de uma grande transnacional, pessoa viajada por grande parte do ocidente e oriente, de que: *em qualquer grande cidade do mundo há um botequim ('pub') em cada esquina, mas no Brasil também há uma farmácia em cada esquina*. Hoje consideramos errada esta afirmação: há pelo menos duas farmácias em cada esquina.

DSM-IV e CID-10: ou como medicalizar sem fazer esforço.

O carro-chefe da antiga psiquiatria, fundada por Emil Kraepelin e Eugen Bleuler ao final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, possuía por fulcro a esquizofrenia. A partir da década de 60 do século passado, com o movimento da anti-psiquiatria e a partir de críticos e pensadores do porte de um Michael Foucault, a denúncia de que o diagnóstico de esquizofrenia servia para toda sorte de controles sociais e

atrocidades, obrigou a mudança do eixo da psiquiatria. Pelo ocidente afora se difundiu o movimento anti-manicomial, que teve como a mais famosa de suas conseqüências iniciais a desativação dos hospícios a partir do trabalho de Franco Basaglia, na Itália, e chegou até o Brasil, tendo seu ápice na Lei Paulo Delgado. Num movimento paralelo de mudança da grande influência cultural, o eixo da psiquiatria foi transferido da Europa aos Estados Unidos. No Brasil os nomes e tratados europeus (Mayer-Gross, Bleuler, Henry Ey) foram substituídos quase que exclusivamente por um título americano (Freedman-Kaplan-Saddock). E, como mudança clínica mais importante, a doença base da psiquiatria foi transferida da esquizofrenia para a ‘depressão’.

Foi bastante criticada a mudança ocorrida nas últimas classificações internacionais², a CID-10 e a DSM-IV. Se por um lado em itens, como em transtornos somatoformes e transtornos dissociativos, ocorreu a criação de diagnósticos novos e mais precisos, assim como houve um pequeno abrandamento na possibilidade de colocar em qualquer paciente mais grave o rótulo de esquizofrenia, por outro lado o abandono de diagnósticos clássicos, que tivessem alguma origem psicanalítica ou em uma compreensão dinâmica dos transtornos, foi muito recriminado. As mais novas versões das classificações internacionais, além da preocupação obsessiva em se desvencilhar de tudo que pudesse cheirar a psicanálise, assim como de toda antiga psiquiatria de psicopatologia fenomenológica, tiveram por meta a construção de diagnósticos meramente descritivos, seguidos de longas listas de sintomas. A nosologia psiquiátrica tornou-se uma lista de rótulos, seguida de receitas utilizáveis com facilidade exagerada por qualquer tipo de profissional, novamente conduzindo ao abuso do conhecimento psiquiátrico, desta vez através da excessiva possibilidade de rotulação e, conseqüentemente, fornecendo um substrato pseudo-científico para a hipermedicalização. Também é apontada a ideologia subjacente a DSM-IV (2002) e CID-10 (1993), profundamente comprometidas com a teoria cognitivo-comportamental. A psicanalista e historiadora Elisabeth Roudinesco resume o projeto das classificações internacionais:

(...) abandonar definitivamente a terminologia psicanalítica, psicodinâmica ou fenomenológica – que humanizara a psiquiatria durante 60 anos dotando-a de uma filosofia do sujeito -, para substituí-la por critérios comportamentais dos quais estava excluída qualquer referência à subjetividade (ROUDINESCO, 2008, P. 187)

² Apesar de referir-se á psiquiatria americana, o uso da DSM-IV ultrapassa muito suas fronteiras, de modo que podemos considerá-la também uma classificação internacional.

Um excelente estudo realizado e publicado no Brasil por um psiquiatra, *A psiquiatria no divã – entre as ciências da vida e a medicalização da existência*³ (AGUIAR, 2004), confirma através de um estudo prático a hipermedicalização e confirma as críticas feitas às classificações internacionais. Mas, e nisto consideramos seu grande mérito do livro, o autor estuda criteriosamente os mecanismos de indução ao consumo de remédios psiquiátricos. Mostra o autor como os diagnósticos e listas da DSM-IV e CID-10 serviram a uma difusão simplificada, mecanicista e nada terapêutica dos diagnósticos psiquiátricos. Como esta simplificação foi utilizada pelos grandes laboratórios para propaganda de seus produtos. De como esta propaganda é comercialmente difundida não apenas pelas publicações médicas, mas, principalmente, pelos meios de comunicação de massa. O reducionismo nosológico tornou a rotulação psiquiátrica acessível não apenas aos profissionais de outras áreas, mas ao público leigo em geral. Sem ter crítica da manipulação mercadológica, os diagnósticos são vendidos à população, seja em artigos de revistas e jornais, ou pela televisão e pela internet. Sempre sob a capa de descobertas científica novíssimas e revolucionárias, reduzindo uma doença ou traço de comportamento à uma explicação genética, algo do tipo: *Foi descoberto o gene que torna levadas as crianças*, ou *Por que os homens tendem a ser mais infiéis que as mulheres*, ou *Você pensa que está desanimado com a vida, mas pode ser distímia*. Em revistas tais matérias são freqüentemente seguidas com listas de perguntas em questionários com o título: *veja se você também tem*

A observação corriqueira mostra como os diagnósticos e listas de sintomas possuem difusão em revistas semanais, em publicações para o público feminino e em revistas de divulgação científica popularizada (usualmente todas das mesmas editoras). AGUIAR (2004) descreve que, induzidos à crença reducionista de que todo o problema advém do transtorno X ou Y, o público já chega ao consultório ou ambulatório, de qualquer nível social, trazendo seu próprio diagnóstico: *Doutor eu sou bipolar*⁴. Os médicos, principalmente os de emprego público ou que sobrevivem de convênios (isto é, quase

³ Acreditamos que o título do livro deva ter sido uma escolha comercial. Não há conceitos ou uma interpretação psicanalítica maiores no texto.

⁴ Sairia do escopo do atual trabalho uma crítica de como mais recente que o termo distímia, o termo bipolar tornou-se um modismo, se aproveitando das variações humanas universais do humor ao longo dos dias. Para que trabalhou extensa e intensivamente em instituições psiquiátricas, e lidou com pacientes verdadeiramente portadores da antiga psicose maníaco-depressiva, hoje transtorno depressivo maior e transtorno bipolar, a vulgarização do termo bipolar soa ofensiva à gravidade sintomas dos reais portadores do transtorno e de seu sofrimento

todos), profissionais mal remunerados, com poucos minutos para a consulta, são sutilmente, ou na tão sutilmente, obrigados a ceder ao pedido do paciente pela droga que solucionará todos seus problemas. Pedido que terá mais sucesso se o médico já tiver sido bombardeado pela visita de representantes de laboratórios, pela propaganda em revistas médicas, por uma formação precária ou nula em Psiquiatria e, também, pelos mesmos meios de comunicação que atingiram ao paciente. Se não atender ao pedido do paciente, e sem tempo e ânimo para contra argumentar, o médico carregará para o resto de sua vida a culpa de não ter dado ao doente o remédio que solucionaria todos os seus problemas.

Distímia: um embrulho só.

A mais grave consequência desta mudança ideológica da criação de novos diagnósticos ocorreu nos transtornos do humor. Neste item a DSM-IV e, em um grau quase imperceptivelmente menor na CID-10, sob a capa de uma suposta cientificidade, produziram uma involução diagnóstica. Na fúria em eliminar o termo ‘neurose’, as classificações fundiram os diagnósticos de neurose depressiva e personalidade depressiva em uma única categoria clínica: a distímia. Na psicopatologia geral a palavra distímia referia-se a um sintoma, o de a quebra súbita do controle do humor, como em analogia, disbulia refere-se a quebra súbita do controle da vontade. Contrariamente a sua origem etimológica, o termo disbulia foi elevado de sintoma a diagnóstico. Ao mesmo tempo a novo uso do termo disbulia tornou este último impreciso quanto sua fronteira com o de transtorno depressivo maior.

Na neurose depressiva ou depressão neurótica temos um quadro de hipotímia, surgido a partir um tempo preciso ou não, mas que nitidamente não existia antes, pelo menos em gravidade. Um quadro clínico que, em sua maioria, não é social e laborativamente incapacitante. Na neurose, a ‘depressão’ surgiu a um tempo determinado, incomoda seu portador, muitas vezes com a mescla de ansiedade e depressão ansiosa, que busca tratamento. As pessoas a volta do paciente podem ou não sofrer com seu transtorno, mas é bem claro que este sofre muito mais. Certamente trata-se mais de um sintoma subjetivo mais que um sintoma social. A experiência clínica mostra como tais pacientes não reagem ou reagem mal aos antidepressivos. Entre pesquisas que classificam taxas altíssimas de incidência e prevalência da ‘depressão’, os pacientes com neurose depressiva

constituem um dos grandes mercados para tratamentos psicoterápicos de todos os tipos. Até a CID-9 diagnóstico depressão neurótica fora mantido.

Em paralelo, na mesma classificação, entre os transtornos de personalidade, era incluído o transtorno afetivo de personalidade, ao qual podiam ser englobados, também, os diagnósticos de personalidade depressiva e de personalidade ciclotímica. Ainda existira em tratados de psiquiatria um termo mais remoto: a personalidade hipomaníaca. Em todos estes diagnósticos, o sintoma é muito mais social que subjetivo. O paciente sofre menos que o outro a sua volta, ou, então, não sofre. Raramente o portador busca tratamento. E, como todos os outros transtornos de personalidade, aqueles associados com a afetividade também não respondem a medicação. Caricaturalmente a personalidade depressiva é rotulada por muitos de *síndrome da hiena*, em referência a um antigo desenho animado infantil, em que a personagem, eternamente queixosa e pessimista, sempre repetia: *ó vida, ó azar!* Quando associado a queixas hipocondríacas, o diagnóstico é facilmente identificável para o leigo: *aquelas pessoas que você se arrepende de perguntar - como vai?*

A distinção de neurose e transtorno de personalidade é equivalente na obra de Freud à distinção entre neurose transferencial e neurose de caráter, que culminou possuindo por fulcro a distinção psicanalítica entre ego-distônico e ego-sintônico. Diferença estrutural básica para a clínica. Curiosamente, os mentores DSM-IV, em sua ojeriza a psicanálise, esqueceram de retirar este conceito, revelando como, mesmo a mais descritiva das classificações torna-se incompreensível sem alguma compreensão dinâmica. Na DSM-IV lemos (2002, pg. 642): (...) *as características que definem um Transtorno de Personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo (i.e., os traços são ego-sintônicos).*

A classificação atual manteve a categoria genérica dos transtornos de personalidade, mas retirou qualquer diagnóstico referente aos transtornos afetivos de personalidade. Além do transtorno depressivo de personalidade, também foram suprimidos os transtornos de personalidade ciclotímico e hipomaníaco. Tratou-se de uma exclusão específica e notória, uma vez que todos os outros transtornos de personalidade antigos foram mantidos: obsessivo-compulsivo, histriônico, paranóide, esquizóide, anti-social. Sendo assim, todo e qualquer transtorno do humor foi considerado ego-distônico.

Neurose depressiva e personalidade depressiva fundidas sob a égide da distímia. E esta um pequeno item, se considerado todos os outros diagnósticos da seção de transtornos

do humor, antigamente considerados ‘psicóticos’. Qualquer leigo com acesso a internet, ou médico de formação precária em psiquiatria, lerá distímia, não entre os transtornos de ansiedade – ‘mais leves’ – mas ao lado da antiga psicose maniáco-depressiva, e dos atuais transtornos bipolar e depressivo maior – ‘muito mais graves e sérios’.

Movida por uma ideologia declaradamente anti-psicanalítica, a redução de todos os quadros de depressão não psicótica no diagnóstico de distímia, embasa o idêa de que todas as ‘depressões’ são medicalizáveis. A aliança da psiquiatria organicista com a terapia comportamental, expressa com grande intensidade também no Brasil, reflete a luta pelo mercado do tratamento das depressões frente a todas outras formas de psicoterapia, principalmente a psicanalítica. A crítica de que a maioria das depressões neuróticas e das personalidades depressivas não reage ou reage mal à medicação, ficou obscurecida pela criação do diagnóstico atual de distímia.

O excesso do uso de antidepressivos tem conduzido a uma revisão crescente de sua eficácia e de seus efeitos colaterais (bem compreensíveis, se considerarmos a psicodinâmica dos transtornos de humor), como o aumento de suicídios, assim como os estudos sobre a cessação de seus efeitos após certo tempo. Críticas que se tornaram ainda mais aguda nos últimos anos. Se forem reais as hipóteses do aumento da incidência dos quadros de esclerose múltipla e de doença de Alzheimer nos países industrializados do ocidente, além de causas ambientais como a poluição, o uso excessivo e continuado de medicações psiquiátricas terá de ser pesquisado seriamente como uma das possíveis causas. Mas a ‘era do Prozac’ baseia-se em mais do que um conflito de interesses de mercado.

Vinheta Clínica: curta as perdas e deixe de curtir os sofrimentos.

Apresentaremos um breve caso clínico. Homem de 54 anos, natural de uma capital do interior do Brasil, da qual veio para cursar a universidade no Rio de Janeiro, com formação em área tecnológica, casado, pai de duas filhas, apresentando na primeira entrevista: hipotímia, ansiedade, irritação e queixas de insônia e fadiga. Os sintomas relatados tinham surgido há pouco mais de dois anos e vinham se agravando. Mudara de clínico geral e, depois, procurara um psiquiatra. Fora medicado com fluoxetina pelo segundo clínico e com imipramina pelo psiquiatra. No primeiro caso relatara melhora, mas o alívio dos sintomas teria cessado após ‘uns seis meses’, no segundo caso relatava que o

remédio ‘descera quadrado’ (sic). Nos últimos seis meses também apresentara dores precordiais. Procurou um cardiologista e fez uma série de exames, inclusive um acompanhamento cardiológico de 24 horas. Foi constatado sofrimento cardíaco, mas cineangiocoronariografia não revelava obstruções significativas, sem haver indicação para uma angioplastia e, muito menos, uma intervenção cirúrgica. O próprio cardiologista apontou causas predominantemente psíquicas e, por muita insistência de sua filha mais velha, o paciente acabou procurando tratamento psicanalítico.

Com duas sessões semanais, após um início de tratamento em que se atinha a problemas cotidianos, descobrimos uma conjugação de três fatos principais. Casado desde que se formara na universidade, aos 23 anos, há mais de doze ou quinze anos seu relacionamento com a mulher vinha se deteriorando e nos últimos anos fora reduzido a quase nada. Sua esposa iniciara uma profissão quando as filhas eram pré-adolescentes, na qual tinha sido muito bem sucedida, tornando-se financeiramente independente. Os dados do casamento eram relatados com indiferença: ‘é o destino natural dos casamentos, que nem o de meus pais’ (sic). O paciente tivera uma ascensão profissional contínua desde sua formatura, trabalhara por dezesseis anos em uma grande multinacional. Há quatro anos fora demitido e iniciara uma pequena empresa. Tinha ciência de que nunca mais galgaria o *status* profissional anterior e, embora menor, a renda atual era suficiente, mas não trabalhava mais na área profissional em que se formara. Também se sentia solitário e inseguro em ser o único responsável pela firma atual. E, em terceiro lugar, o paciente falava sempre de suas filhas como se fossem duas adolescentes e, por falha na primeira entrevista, não havia indagado a idade exata delas. Foi com mais de dois meses de tratamento que fui surpreso com o fato de que tinham 25 e 27 anos, já formadas e com pós-graduação, sendo que a mais velha preparava-se para um pós-doutorado nos Estados Unidos e mais nova planejava brevemente morar junto com o namorado.

Passamos dois anos e meio elaborando essas três grandes perdas. O paciente acabou considerando que seu casamento estava ‘falido’ experimentou fases de grande raiva e ressentimento com a mulher, fazendo extensos relatos de todos os problemas ocorridos durante trinta anos. Apesar de não seguir uma religião, vimos como sua sólida formação em colégios católicos do interior, bem como sua imagem de uma família grande na infância, alimentava uma idealização da qual ele mesmo não tinha consciência da importância. Também teve de ser feito o luto quanto à perda de sua posição profissional, o

fato que seu conhecimento profissional tornara-se obsoleto e a aceitação da perda da ilusão sobre a falsa segurança, dada por trabalhar para uma grande empresa, da qual ‘vestira a camisa’ e subitamente o descartara. Luto para o qual foi mobilizada tanta raiva quanto ao do casamento. Quanto às filhas, das quais sempre fora muito próximo, o paciente passava pela popular síndrome do ‘ninho vazio’, tendo inclusive fantasias de que o insucesso delas as mantivesse morando consigo. Tanto quanto ao casamento, quanto a profissão e as filhas, era perceptível o investimento narcísico, o sentimento de falha em todas suas reparações de objetos infantis por meio da família e trabalho e um excessivo eu ideal, que julgava com severidade seu ‘fracasso na vida’ (sic).

Após dois anos de tratamento todos os sintomas iniciais tinham desaparecido. Sendo que os sintomas cardíacos foram os primeiros, em menos de seis meses. O paciente divorciou-se, o que, para sua grande surpresa, foi muito bem aceito pela ex-esposa. Depois de dois breves relacionamentos, o paciente passou a ter um ‘namoro firme’ (sic) com mulher alguns anos mais jovem, também divorciada e com filhos. Companheira com a qual começou a realizar seu antigo sonho de viajar mais nas férias. Também passou a aceitar melhor sua situação profissional e o afastamento das filhas, com as quais mantinha contato bastante próximo e, para exaspero das mesmas, passou, em conjunto com sua ex-esposa, a ‘pedir netos’ (sic).

Consideramos este paciente como paradigmático, por ter tido perdas simultâneas nas três grandes áreas mais significativas da vida para a maioria das pessoas. Mas não consideramos que tenha sido uma psicanálise no sentido tradicional do termo. Além do tratamento apenas com duas sessões semanais, a neurose infantil e a constelação edípica foram trabalhadas para o abrandamento do eu ideal e dos ataques aos objetos infantis, mas não se tratou de um trabalho tão extenso e maciço como teríamos desejado. Em palavras do paciente, que iniciara o tratamento se dirigindo a mim como ‘você’, mas depois, durante mais de dois anos, sempre se dirigia a mim como ‘senhor’ e ‘doutor’, eu ‘reencarnava’ (sic) seu falecido pai. A alta foi solicitada pelo próprio paciente e não consideramos que a transferência tenha sido tanto desfeita como desejaríamos. Mas o paciente já não precisava tanto de seu grande pai da infância e de todo seu julgamento severo.

Psicanálise: a apologia do luto

A psicanálise foi construída a partir de uma visão trágica da natureza humana. Freud era um notório pessimista, e todos os fatos sócio-políticos da primeira metade do século vinte reforçaram sua visão de mundo e da natureza humana. A psicanálise possui como centrais conceitos como: trauma, castração, objeto a, falta, finitude e, principalmente, o de pulsão, cuja satisfação integral ou permanente seria a morte. Mais recentemente os termos desamparo e ressentimento (KEHL, 2004) apareceram tanto na literatura psicanalítica como em outras áreas do conhecimento sobre o sujeito. É atribuído à Freud o dito de que *o estado natural da humanidade é um estado de branda infelicidade*. Em parte por que o conceito freudiano de felicidade não é o de uma satisfação exclusivamente individualista, mas o de realização limitada dentro das possibilidades reais. Satisfação que é fruto de um pacto simbólico que visa a continuidade e produtividade do sujeito e da sociedade. Não o imediatismo do gozo absoluto e mortífero da promessa do consumismo imediato e irrefreado, da ilusão de um eu absoluto, mas a satisfação parcial ao longo do tempo finito do eu e da cultura, procurando aumentar o mais e melhor possível a vida e o pouco deste tempo que realmente dispomos, o que só possível se temos diante de nós o outro.

A psicanálise está na contramão ideologia da sociedade de consumo globalizada, do consumismo desenfreado e lucrativo, para alguns. Também vai contra a tendência atual de busca por resultados rápidos, da propagando do ‘happy end’ como ideal de vida e da idéia de que todo sofrimento é patológico. De europeia para americana, da ênfase na esquizofrenia para as ‘depressões’, do psicanalítico e fenomenológico ao comportamental, não por acaso a mudança do eixo da psiquiatria foi acentuada pela globalização e difusão pela indústria cultural de massa americanizada, com seu ideal de competitividade e sucesso. Tornou-se fato corriqueiro na áreas psi e social que as drogas alucinógenas idealizadas pela contracultura dos anos 60 e 70, foram substituídas pelas que fornecem a ilusão de poder e sucesso, drogas que mascaram todo sentimento de perda e de desamparo: cocaína e fluoxetina.

Como processo terapêutico, a psicanálise não oferece ilusões de satisfação plena e felicidade permanente. A revivência e a elaboração das perdas, antigas e recentes, constituem-se em pilares do processo psicanalítico. Mas as perdas só podem ser revidas e elaboradas se a agressividade e a ambivalência, constitutivas de todo ser humano, tiverem espaço e tempo para serem manifestas em uma terapia: a diferença entre luto e melancolia.

Sem dúvida, a tomada de conhecimento limitada do lado escuro de nós mesmos é algo que todos gostaríamos de ser poupados, se fosse possível. Claro que a psicanálise é um tratamento caro, mesmo que as sessões sejam o mais barato possível em uma clínica social, por causa da frequência e duração do tratamento, e ainda mais dispendioso em termos de investimento afetivo e comprometimento pessoal. Se a fluoxetina funcionasse o tempo todo e para todos, seria perfeita.

Conclusão: a vantagem em se ser sempre do contra

Cabe ao psicanalista defender a antiga neurose depressiva, muitas vezes seu principal ganha-pão, na certeza de que só a psicanálise pode ajudar eficaz e duradouramente o paciente. A transmissão da psicanálise, em instituições a margem do poder público, lhe dá o dom da liberdade diante dos modismos diagnósticos, mesmo sob a capa de sistemas globalizantes e mais científicos de nosologia.

Só nos resta repetir e estender tanto para o psicanalista enquanto terapeuta, como para psicanálise enquanto terapia, o que já escrevemos em outro texto sobre as próprias instituições que formam esse terapeuta e transmitem esta forma de terapia:

Apesar de todos os narcisismos e querelas históricas, ficou claro o quanto as sociedades psicanalíticas são, ou tentam ser, entidades democráticas nas quais os próprios membros são os donos. Autogestão, propriedade dos meios de produção, participação direta nas Assembléias: termos que os arúspices da globalização vaticinam como ultrapassados, anti-econômicos e impeditivos para a competição. Ainda bem que no mundo das cadeias do fast - fast-food, fast-religion e fast-university – a Psicanálise está onde sempre esteve: na contramão (LOPES, 2004).

Referências:

- AGUIAR, A. A. de *A psiquiatria no divã - entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- CID-10 – *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- DSM-IV-TR – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- HORNSTEIN, L. *As depressões – afetos e humores do viver*. São Paulo: Via Lettera – Centro de Estudos Psicanalíticos, 2008.

KEHL, M. R. *Ressentimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LOPES, A. J. Sociedades Psicanalíticas: Modo de Usar e Efeitos Colaterais, *Estudos de Psicanálise*. Publicação Anual do Círculo Brasileiro de Psicanálise, Número 27, Belo Horizonte, Agosto 2004.

LOPES, J. L. *Diagnóstico em psiquiatria*. Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica, 1980.

ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos – uma história dos perversos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

Endereço do autor:

Rua Marechal Mascarenhas de Moraes 132, ap. 308, Copacabana, Rio de Janeiro, RJ, 22030-040.

anchyses@terra.com.br

Homepepage:

www.anchyses.pro.br

A ANGÚSTIA E A CULTURA DA ILUSÃO¹

Clovis Figueiredo Sette Bicalho²

Palavras-chave

Angústia - Síndrome do pânico.

Keywords

Anxiety - Panic syndrome

Resumo

Questionar a cultura da ilusão para tamponar a falta é o que se propõe neste texto. Parte-se da origem da palavra e da definição de angústia para um percurso na obra freudiana (de forma cronológica). Esse percurso é cotejado por conceitos de outros autores no que tange à estruturação do psiquismo e às possíveis saídas para a angústia.

Abstract

The purpose of this text is to question the culture of ilusion and how it trys to cover the structural failure. The author searches the origin of the word, defining anxiety from Freud's work in of cronologic way, passing by many contemporary authors concepts that have written about psychical structure and the possibles way out for anxiety.

Tornar o homem um ser não faltante é uma busca atual e eterna. Soluções indolores ou quase indolores, eficazes e rápidas são ofertadas com insistência. Obturar toda a falta sem levar em conta sua origem parece ser a solução proposta. Sabemos que a época e o contexto cultural, social e político influenciam a subjetividade do homem e sua inserção no mundo. Os sintomas podemos dizer, são a forma pela qual o sujeito se expressa frente à cultura e, assim, eles espelham tanto o seu modo de ser quanto seu modo de viver. Faz-se necessária uma contextualização desse homem no espaço e tempo em que ele se encontra inserido, para que possamos entender o porquê

¹ O texto original foi apresentado no “XX Encuentro - XV Symposium sobre la Angustia” da Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, em Buenos Aires – outubro/97. Revisto no Grupo de Estudos sobre Angústia (Ângela Lucena de Souza Pires, Eliana Monteiro de Moura Vergara, José Sebastião Menezes Fernandes, Nadja Ribeiro Laender e Túlcia Vasconcelos Barros Poggiali), toma a forma atual. Ao grupo credito a co-autoria.

² Psiquiatra. Psicanalista. Membro do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Ex-Presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise - Gestão 1994/1996 e 1996/1998. Ex-Presidente do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais - Gestão 1991/1993, 2001/2003 e 2003/2005.

ou o que está acontecendo com as pessoas que nos procuram em nossos consultórios. Haveria na contemporaneidade lugar para as angústias existenciais tão típicas da época freudiana e mesmo até certa altura do século passado? Houve um deslocamento nas questões relativas à subjetividade? O que vem acontecendo com a nossa sociedade para que surjam esses novos sintomas? Qual a implicação da globalização, do mundo sem fronteira da internet, do consumo excessivo de produtos, onde o ter e o aparecer são mais importantes que o ser e seus questionamentos?

Podemos conceituar angústia como o estado afetivo advindo do surgimento de uma grande inquietude intrapsíquica, que se irrompe perante ameaça real ou imaginária e se mostra através de manifestações corpóreas (sudorese, taquicardia, dificuldades respiratórias e outras).

Masserman *apud* Tallaferro em *Curso básico de psicanálise* conceitua a angústia, o faz como: “O afeto desagradável que acompanha uma tensão instintiva não satisfeita. É um sentimento difuso de mal-estar e apreensão que se reflete em distúrbios visceromotores e modificações da tensão muscular”.

Na *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10* temos:

“F41.0 – **Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)**. Os aspectos essenciais são ataques recorrentes de ansiedade grave (pânico), os quais não estão restritos a qualquer situação ou conjunto de circunstâncias em particular e que são, portanto, imprevisíveis. Assim como em outros transtornos de ansiedade, os sintomas dominantes variam de pessoa para pessoa, porém início súbito de palpitações, dor no peito, sensações de choque, tontura e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização) são comuns. Quase invariavelmente há também um medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco”.

No *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* de Aurélio Buarque encontramos:

- Angústia:
1. Estreiteza, limite, redução, restrição.
 2. Ansiedade ou aflição intensa; ânsia, agonia.
 3. Sofrimento, tormento, tribulação.

A origem do termo alemão *Angst* nos remete à raiz indo-européia *Angh* (apertar, comprimir). Posteriormente virão as raízes grega *Agchein* (estrangular) e latina *Angina* (sensação de sufocamento, aperto).

“Nem sempre é possível diferenciar os termos ‘medo’, ‘ansiedade’ e ‘angústia’ entre si. Conforme o contexto, tanto *Angst* ‘medo’ como *Furcht* ‘temor’, (palavra também ocasionalmente empregada por Freud) podem corresponder a ‘ansiedade’ e mais raramente a ‘angústia’; entretanto, a rigor, nem *Angst* nem *Furcht* correspondem em alemão a ‘ansiedade’ ou a ‘angústia’” Hanns, *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*.

Na literatura psicanalítica esse é um tema freqüente e atual. Faremos um percurso fundado em Freud no qual nos ateremos basicamente aos textos *Estudo sobre a histeria* (1895), *O inconsciente* (1915), *O ego e o id.* (1923), *Inibição, sintoma e angústia* (1925), *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1932).

Em 1908 no prefácio da 2ª edição de *Estudos sobre a histeria* (1895), encontramos um incentivo para tal trajetória.

Nesse período inicial, com fortes ligações com a neurologia, o tratamento com histéricos abre espaço para a observação de que os sintomas desses pacientes teriam origem em *inibições* na infância e que iriam ser a causa da *angústia* posterior.

“Nós já nos referimos à tendência, por parte do organismo de maneira constante, à excitação cerebral tônica. Uma tendência dessa natureza é, contudo, somente inteligível se pudermos ver qual a necessidade que ela atende.”

“Uma tal perturbação do equilíbrio dinâmico do sistema nervoso – uma distribuição não uniforme da excitação aumentada – é o que constitui a faceta psíquica das emoções.”

Nesse texto a ancoragem no orgânico vai permitir a caminhada para se constatar que a “excitação aumentada” tem como caixa de ressonância os aparelhos respiratórios, cardíacos, gástricos, entre outros.

“Se a emoção original foi descarregada não através de um reflexo normal, mas por um reflexo ‘anormal’, este último é igualmente liberado pela lembrança. A excitação decorrente da idéia emotiva é ‘convertida’ numa manifestação somática.” Freud, *Estudos sobre a histeria*.

Com a conseqüente perturbação da vida sexual, esse histérico com seu corpo erotizado encontra a inibição na zona genital. Daí a angústia emerge transvestida de vários sintomas. Não podemos esquecer de que a inibição é o mecanismo que impede o sujeito de chegar a um prazer. A Fantasia de castração passa a dominar a vida psíquica do histérico.

“... a fantasia contém a angústia, e a angústia por fim transforma-se em sofrimento.” Nasio, *A histeria*.

Em *O inconsciente* (1915), o recalque aparece como mecanismo para evitar o afloramento de pulsões impedindo que o representante ideativo se torne consciente. Dessa maneira, é preciso um trabalho psíquico que leve a uma formação de compromisso possibilitando que o retorno do recalcado se manifeste como sintoma sendo a angústia seu afeto. Melhor dizendo, os sintomas manifestos, via ego, têm sua(s) origem(ns) no inconsciente ao se vincularem as representações verbais do pré-consciente. A experiência analítica proporciona condições de trazer à tona parte do que é inconsciente. A angústia que se manifesta como sintoma passa assim a exigir uma investigação de suas causas.

O processo econômico e dinâmico são conceitos facilitadores para o entendimento do funcionamento psíquico em sua busca pelo equilíbrio.

Em *Inibição, sintoma e angústia* (1925) Freud propõe uma nova teoria que se contrapõe à sua primeira na qual defendia ser o recalque o causador da angústia.

Neste texto a angústia causa o recalque.

Partindo das funções do ego, vamos detectar que desequilíbrios em sua dinâmica farão surgir as diferentes “afecções neuróticas.” E esse descompasso vai deixar evidente a co-relação existente entre inibição e angústia. As perturbações nas funções sexuais, na nutrição, no trabalho, entre outras, passam a ser melhor definidas, e co-relacionadas. “A inibição é a expressão de uma restrição de uma função do ego.”

Tanto o desenvolvimento da sexualidade na infância quanto sua reflorescência na adolescência são situações exaustivamente exemplificadas como fatores causais de uma inibição.

Esse desenvolvimento toma sua evolução dentro de alguns preceitos. Aqui os conflitos entre id e superego têm no ego sua vitrine.

Em 1932, nas *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, Freud afirma:

“Estudando as situações perigosas, constatamos que a cada período da evolução corresponde uma angústia que lhe é própria: o perigo do desamparo psíquico coincide com o primeiríssimo despertar do ser; o perigo de perder o objeto (amor), com a falta de independência que caracteriza a primeira infância; o perigo da castração com a fase fálica; e finalmente o medo do superego, que ocupa um lugar particular, com o período de latência”.

Sobre o perigo real que o homem enfrenta, suas duas reações são de defesa e fuga.

O perigo é conhecido e real, mas a intensidade da reação é desproporcional ao perigo.

Esse excedente mostra a presença do elemento neurótico. Outro exemplo é quando ocorre a separação de um objeto em que esta é dolorosa, podendo produzir angústia, luto ou dor. Novamente o possível descompasso entre a intensidade e a reação nos faz averiguar a real “origem dos sintomas”.

Aqui é abordada com propriedade a *angústia realística* – uma reação que nos parece compreensível frente a um perigo – e a *angústia neurótica* – reação enigmática particular e aparentemente desproporcional.

A angústia neurótica é vista sob três condições: *Forma livre* – é flutuante, pronta a vincular-se temporariamente (*fobia*); *Forma vinculada* – que se fixa em determinadas idéias (*obsessão*); *Forma histérica* – aqui a angústia coincide com o sintoma e fixa no corpo (conversão) ou surge independente como uma descarga.

Freud em 1932, ao escrever “que o ego é a única sede da angústia – e que somente ele pode produzir e sentir angústia” estabelece uma posição nova e estável.

A excitação ocasionada pelo aumento de desprazer é **angústia sinal** – aquela que a um sinal intrapsíquico ativa os mecanismos de defesa do ego a fim de manter o equilíbrio econômico, sempre que necessário. A **angústia sintoma** surge após a entrada em ação dos mecanismos de defesa do ego, acionados pela angústia sinal, e faz com que os sintomas aflorem.

Ralph Linton em *O Homem: uma introdução à antropologia*, assim como Alvin Toffler em *O Choque do Futuro*, discorrem de maneira clara como as mudanças

ocorridas entre gerações vão tendo seus intervalos cronológicos diminuídos. O homem de hoje tem um instrumental tecnológico às suas mãos, em que conceitos de distância e tempo estão profundamente alterados. A satisfação imediata é cada dia mais esperada.

No decorrer do século XX, inúmeras revoluções ocorreram levando a uma modificação, em princípio lenta, não só dos valores vigentes, mas também da família, da moral, da sociedade, acelerada por uma transformação radical nos meios de comunicação e no intercâmbio comercial, determinados pelos avanços tecnológicos e científicos. O mundo torna-se uma aldeia global. Todos sabem de tudo no momento mesmo em que o fato acontece e o acesso aos bens de consumo se difunde em quase todas as estratificações sociais.

Paralelamente e em decorrência desse processo, os papéis do homem e da mulher tiveram uma redefinição. As mulheres, com o movimento feminista, libertaram-se dos grilhões machistas e asseguraram o direito ao voto, ao trabalho, ao prazer sexual, obtendo um papel econômico e social nunca antes imaginado. Graças à pílula anticoncepcional, a sexualidade se desvincula da procriação, e ela de seduzida passa a ser a sedutora. Da passividade para a atividade. Freudianamente pensando, tornaram-se mulheres com poder. Hoje muitas trabalham, se sustentam e, em boa parte, fazem as abordagens de sedução. Como ficou o papel do homem? Com a concorrência feminina, o seu mercado de trabalho diminuiu, a masculinidade deixou de ser medida pela agressividade e ação, e o seu desempenho sexual foi posto cada vez mais em xeque. A falicidade do homem é colocada em questão. Porque na cultura, dois pólos que lhe serviam de suporte se fragmentaram: o campo da troca simbólica, onde eles não detêm mais o poder econômico, e o da troca amorosa, onde a maioria das mulheres não se coloca mais no lugar de objeto de desejo do Outro (posição passiva), mas sim no lugar de sujeito de desejo.

Do enunciado de uma idéia à sua concretização, o tempo é cada vez mais exíguo. As coisas acontecem no aqui e agora, o ontem ou o futuro tornam-se nebulosas desinteressantes e desnecessárias.

É importante ressaltar que em decorrência dessas transformações psicossociais, observa-se que o diagnóstico de síndrome do pânico tem aumentado e chama a atenção de múltiplos setores estudiosos do assunto. Estará o convívio na sociedade pós-moderna nos obrigando a “resolver” esse incômodo de maneira rápida e

até cirúrgica? Serão esses incômodos insuportáveis ao homem da pós-modernidade? A necessidade de tamponamento da angústia cria o efeito “panela de pressão” que quando rompe traz essa percepção de morte iminente (síndrome do pânico)?

Não suportamos conviver com angústia.

Conviver com o deslizamento de um afeto até o real e daí ver o surgimento da angústia. Afigura-se aí que o lenitivo *cultura da ilusão* passa a ser a solução e a sociedade é cada vez mais violenta, perversa, cheia de fetiches.

Mesmo com o advento dos contatos virtuais, das clonagens e de todas essas mudanças que estão por aí, não podemos pensar o ser humano como um sujeito que encontrou a maneira de obturar seu vazio e assim deixar de ser um ser faltante. É impossível querer ignorar as etapas de desenvolvimento na estruturação do psiquismo.

“Sam estava sob a influência da droga em mais de uma maneira: deixara que o Prozac não só curasse o episódio da depressão mas também que lhe mostrasse como era constituído.” Kramer, *Ouvindo o Prozac*.

Pergunta-se: Seria apenas o uso químico? A relação transferencial e a intervenção psicoterapêutica não teriam valor? Que constituição é esta a qual alude?

Raciocínio como o citado acima nos remete a conjecturas sobre o desejo de que a vida não tenha percalços e que sejamos todos seres completos e perfeitos. Melhor dizendo, narcísicos.

Uma vida sem angústia!

Igrejas (evangélicas, renovação carismática e assemelhadas) proliferam com grande aceitação, e calcam o seu sucesso em promessas nas quais o Senhor Deus suprirá as lacunas existentes no sujeito. Opera-se assim a completude deste. Aos que seguirem os preceitos, a alegria de ser não tem contornos oriundos da dor de existir. Mais uma vez, a tentativa é de obliterar a angústia.

Correm-se riscos de danos de maior monta ao se embarcar em aventuras do passado e futuro negados e/ou ao fixar-se no aqui e no agora.

O desregramento da relação com o tempo é mais um fator dessa claridade imaginária a ofuscar a dificuldade do homem de se defrontar com seus limites e incapacidade de soluções de efeitos extraordinários, como lenitivo à sua dor e falta.

Queremos deixar claro que não pontificamos a dor do homem como uma virtude da vida, nem que religiões, pesquisas científicas e psicofármacos devam ser

ignorados. Entretanto, não procurar a psicogênese dos vários sintomas da chamada síndrome do pânico é desprezar o sujeito e o seu desenvolvimento emocional.

Angústia sinal e angústia sintoma constituem dois pólos impossíveis de serem neutralizados. Entre eles se deslocam e se produzem a direção e o sentido do ser humano, num constante movimento de busca de seu equilíbrio e apaziguamento.

Bibliografia

- BÉNASSY, M. Le Moi et ses mécanismes de défense - Étude théorique. In: *La Théorie Psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1969, p.285.
- BIRMAN, Joel. As alquimias no mal-estar da atualidade. In: *Jornal do Brasil*. 17/06/1997.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. oord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.137.
- FREUD, Sigmund. Estudo sobre a histeria. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. II.
- FREUD, Sigmund. A história do movimento psicanalítico. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XIV.
- FREUD, Sigmund. Conferências introdutórias sobre psicanálise. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XVI.
- FREUD, Sigmund. O ego e o id. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XIX.
- FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XX.
- FREUD, Sigmund. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XXII.
- HANNS, Luiz. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2.ed.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- KAUFMANN, Pierre. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- KRAMER, Peter D. *Ouvindo o Prozac: uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a "Pílula da Felicidade"*. Rio de Janeiro: Record, 1994.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1970.
- LEITE, Márcio Peter de Souza. O inconsciente está estruturado como uma linguagem. In: *Idéias de Lacan*. São Paulo: Iluminuras, 1995, p. 31.

- LINTON, Ralph. *O Homem: uma introdução à antropologia*. 7.ed.. São Paulo: Martins, 1970.
- MELMAN, Charles. *Novos estudos sobre a histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- MILLER, Jacques-Alain. A propósito de los afectos en la experiencia analítica. In: *Matemas II*. Buenos Aires: Manantial, 1990, p.147.
- NASIO, J. D. *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- SALLES, Ana Cristina T. C. & MORAIS, Marília Brandão L. A roupa nova de deus Pã. In: *Reverso*. Belo Horizonte: Mazza, n.43, maio, 1997. Publicação do CPMG.
- TALLAFERRO, A. *Curso básico de psicanálise*. 2.ed.. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- TOFFLER, Alvin. *O choque do futuro*. 3.ed.. Rio de Janeiro: Artenova, 1973.

O NÃO DITO: PENSAMENTOS DE UMA PSICANALISTA NO TRATAMENTO DE UMA PACIENTE BIPOLAR

Lilia Pandolfi¹

RESUMO: Sem interferir na área psiquiátrica, presente em várias fases, um relato do caminho percorrido ao longo do relacionamento desafiador com uma paciente bipolar com histórico de duas tentativas de suicídio. Diante de uma jovem revoltada, descrente dos valores conhecidos que a oprimem, considerada caso perdido pelos pais adotivos, mãe precoce sem acesso direto à própria filha, refugiada na fantasia de um romance sado-masoquista permeada pelo uso de drogas, arisca diante de uma nova invasão ao seu mundo, qual a abordagem inicial do analista? Apresentação das idéias de uma terapia adequada à paciente, gerando atitudes intuídas para cada momento dos contatos no *setting*.

Palavras-chave: aceitando as provocações; acompanhando as fantasias; fases do tratamento passo a passo.

RESUMEN: Uno de los factores que conducirá el trabajo del psicoanalista, además de alguna técnica o teoría, será dictado por lo que su intuición exija. El *setting* se transforma em um espacio de reproducción de emociones, permite uma reviviscencia donde el psicoanalista ofrece su empatia para crear una elaboración que favorezca *insights* de registros. Uno relato de los grados de represión de los primeros años de vida de la paciente y los momentos específicos del lenguaje que se estableció junto a las amenazas de su resistencia. Encuentros com uma joven ravisosa, primero, y que empieza, después, uma lucha de voluntad para acertar su desarrollo.

Palabras-llave: represión - tratamiento paso a paso.

APRESENTAÇÃO

Uma visão de tratamento-relacionamento. Algo de atitude afetiva presente. Talvez tenha sido este o clima criado pela minha intuição para lidar com a situação apresentada.

¹ Membro efetivo do Círculo Brasileiro de Psicanálise- CPS - Seção Rio de Janeiro

Não quero nem nomear de caso, pois a palavra induz a classificar a paciente como *uma a mais*. Quando, de fato, cada paciente é único sempre.

Partindo do esforço de me colocar na altura em que ela se encontrava, não me assustando com seus desequilíbrios, suas quedas, o foco em mente foi devolver-lhe a fé em si mesma, tão machucada. Demonstrando em palavras minha própria crença em seu valor, o que foi fundamental desde o primeiro encontro.

Uma das propostas: instigar para que dela aflorasse sua própria verdade. Ajudando-a a se livrar dos acúmulos de condicionamentos que travavam seu caminhar, diante do desafio e da resistência aos movimentos de mudança, acumulados durante toda a vida até aquele momento.

Cabe ao psicanalista identificar os graus de repressão e permissividade que seu paciente experienciou durante toda sua história, através de suas atitudes, relatos de sonhos, atos falhos, sintomas e *insights*.

O *setting* vai reproduzir, na relação analítica, as vivências necessárias à constituição do ser nos primeiros anos de vida.

A empatia entre o analisando e o psicanalista oferecerá condições para que o trabalho seja conduzido, acima de tudo, dentro de uma linha que obedece mais à intuição, que a qualquer teoria ou técnica.

Como em tudo na natureza, cada indivíduo exige um conhecimento específico do nível de resistência e suas potencialidades de realização. Cabe ao psicanalista apreender os significados subjacentes na linguagem que se estabelece com seu analisando, ouvindo, calando, pressentindo perigos sob a ameaça da resistência, recuando, acelerando descobertas, acompanhando o ritmo de seus passos, descobrindo junto.

2- QUESTÃO

Jovem com vinte e seis anos, mãe de menina de sete anos; aos três anos de idade foi adotada por uma senhora que agora tem sessenta e três anos e o marido que completou setenta.

Passa pelos seguintes estágios:

1-Chega revoltada, considerada *possuída* pelos pais adotivos, adeptos de uma religião espiritualista. No primeiro encontro, chorando muito, olha para mim com muita raiva, esperando, talvez, ver um reflexo da sua mãe adotiva que, sentia, parecia ter desistido dela

. Ao ver-me tratá-la com muita informalidade e simpatia, começa a se desarmar, descruza os braços , mas mantém a bolsa no colo, uma mochila bem grande e pesada, depois a coloca no chão. Parece me dizer que, pela primeira vez, alguém olha para ela sem medo neste últimos tempos;

2- digo-lhe que estou disposta a começar um trabalho útil à sua vida se ela quiser; se não quiser, não vai adiantar. Que acredito nas suas possibilidades como pessoa;

3- responde que ninguém confia nela, se eu acho que ela teria uma solução. E começa um choro convulsivo que dura alguns minutos;

4 – diz que foi adotada aos três anos,que vivia numa casa muito pobre vizinha à casa da mãe adotiva,que não podia ter filhos ; todo dia ficava olhando para a mãe adotiva junto com mais dois irmãos pequenos , até que um dia esta senhora combinou com sua mãe biológica que iria adotá-la; ela sentia ao mesmo tempo pena dos irmãos , hoje moços e com pouca instrução, que continuaram vivendo com a mãe natural sem recursos, e ao mesmo tempo pena de si mesma por ter sido rejeitada pela mãe, escolhida para deixar a família; conta que freqüentou bons colégios ; temia, também, que mãe adotiva estivesse arrependida porque atualmente só falava com ela para repreendê-la ; sentia-se até culpada por sua mãe adotiva ter passado por um câncer e admitia que realmente tem feito muita coisa errada, que já pensou em tentar suicídio.

Na tentativa de preservar o que sente de benigno dentro de si, há momentos em que sente que tudo estaria bem, se uma unidade de referência maligna pudesse ser eliminada... tentativa de suicídio – com o objetivo de destruir o mal interior; a fantasia total do suicídio inclui a sobrevivência ... mas a sobrevivência pode não ocorrer. (a)

5- observo que nos olhamos bem dentro dos olhos, ela se senta na ponta da poltrona à minha frente; digo-lhe que ela pode falar comigo qualquer coisa, que aquele espaço será só nosso, que pode confiar, falar tudo que lhe der vontade;

6- sinto que já nesse primeiro encontro ela está transferindo para mim um pouco da confiança que gostaria de ter na mãe adotiva;

7- apresenta uma melhora inicial muito expressiva: no segundo mês de tratamento resolve estudar, entrando para um curso de preparação para concurso de funcionário público;

8- começa a perceber que o namorado atual não a considera com dignidade; ambos costumavam se drogar; confessa que, quando fica muito angustiada, ainda fuma maconha .

Reina entre eles uma voracidade em que buscam uma fusão original de amor e agressão embora o amor neste caso esteja confinado ao amor-boca. (b)

9- Não entende bem minha atitude acolhedora e de lhe dar estímulo: mostro – lhe suas qualidades, que se expressa bem, que não vai ter problemas na prova de português; começa a trazer presentes: flor, frutas do jardim da sua casa ; às vezes ela brinca de falar como criança, tipo *tatibitati*, fazendo gracinhas , querendo que eu admire a criança que estava anestesiada, congelada dentro dela;

- confessa que o pai de sua filha morreu por motivo de drogas; e para dar nome à filha, casou-se com um homem que queria forçá-la a se prostituir , então ela voltou para a casa dos pais adotivos; o atual namorado se droga e não trabalha, recebe ajuda da família .

Às vezes a agressão se manifesta plenamente e se consome, ou precisa de alguém para enfrentá-la e fazer algo que impeça os danos que ela poderia causar... (c)

10- Começa a se atrasar nas sessões, conta que tem faltado ao curso; percebo que me mostrei acolhedora demais com ela; passo boa parte de uma sessão mostrando para ela a necessidade de respeitar os limites ; senti-me muito dura, ela saiu da sessão chorando; passei dias sem saber se fui rígida demais, com vontade de telefonar, mas achei melhor aguardar sua próxima vinda;

Sofro dúvidas pelo fato de ela vir de muito longe, sobre até quando aceitar seus atrasos, e suprir, com mais alguns minutos, sua sessão quase perdida.

11- seu comportamento fica desmotivado, ameaça largar a terapia; mostra-se incompreendida , que me decepcionou, como faz com sua mãe; explico que não se muda um comportamento, assim, como numa mágica.

Volto a ser um pouco mais simpática, vendo nela a criança que recebeu cuidados de saúde, educação, cultura, mas não foi atendida no seu apelo de compreensão, ninguém lhe perguntou o que estava sentindo, apenas lhe mostravam como tinha sorte de ter sido escolhida para receber comida e escola. Quase repeti a atitude de sua família, cobrando

gratidão, quando ela apenas quer compreensão. Não vejo mais a mulher que me agride, que mostra que não precisa de mim, nem de ninguém, mas a criança sem diálogo dentro dela, o grito que vem do seu íntimo pedindo socorro, pedindo que a olhe mais profundamente, que entenda suas carências.

12- Ela traz foto da filha, conta que a menina está indo bem na escola e que deseja merecer o seu respeito; traço um paralelo do seu comportamento na terapia com seu comportamento em casa, que não suporta receber limites, mas que na vida tudo é feito de limites.

Sinto que meus limites estão saindo do lugar, sempre que percebo necessário, avançando um dia, pontuando atitudes, recuando e apenas acolhendo no outro. Assim, também, ela não me vê de maneira previsível, pois meu comportamento muda. Mas sempre demonstro que ela pode contar comigo.

Que não vou abandoná-la, como fizeram com ela, aos três anos de idade. O pai sumiu e a mãe lhe entregou para outra, como se fosse um brinquedo, brinquedo como hoje é tratada pelo namorado.

Mostro-me interessada na suas pequenas travessuras, rio das atitudes que tem nas brigas com o namorado. Não se sente censurada, mas sabe que existe um olhar atento para ajudá-la a se decodificar para si mesma.

Houve um dia em que pegou o telefone celular do namorado e jogou longe, quebrando-o. Depois de rirmos juntas, procuramos descobrir o que lhe causou tanta raiva, tanto descontrole, que registro machucado foi tocado para provocar tão forte reação. Voltamos a eventos, memórias e mesmo sonhos que lhe suscitam narrações inteiras de situações de muita ansiedade.

Vejo sua vontade de acertar convivendo em conflito com seu medo de correr novos riscos. Medo de descobrir que precisa reagir às desconsiderações do namorado com ela, medo de tomar a iniciativa de terminar o namoro.

Há momentos em que parece deixar que sua alma se afaste, parte de sua alma parece abandonar o corpo, o olhar. Se sua alma estiver morta, como mostra, fica difícil se cobrar atitudes, e ela se sente sem o direito de se esforçar para conseguir boas coisas.

Há dias em que chega com a mochila pesada de livros e não a abandona, precisa mantê-la no colo, como se fosse um muro para defendê-la de decisões sérias que possam aparecer no caminho do nosso diálogo.

13- Começa a se afastar do namorado e suspender o uso da maconha; vê-lo preguiçoso a incomoda; sai escondida com um amigo, mas sente falta do namorado e quando ele a procura, volta para ele;

14-- ao perceber que não tem muita condição de concorrer para o cargo visado no seu curso, começa a faltar e criticar a organização e os professores; a mãe se revolta por ter feito mais um investimento nela sem resultado; mas ela se sente também pressionada a conseguir um bom resultado muito rápido e isso a assusta.

Podemos notar, aqui, como às vezes os pais cobram dos filhos um desempenho a que eles não podem corresponder, e isso os angustia. Os pais, também, não confiam no efeito da terapia, acham que bastam algumas sessões para tudo se resolver e quando os meses passam e o jovem continua com problemas, eles pensam que a terapia não está dando efeito, mas é justamente o tratamento que vai lhes dar capacidade para enfrentar as dificuldades.

15-Sofre várias recaídas; confessa a cada vez que utiliza maconha, mas admite que está se esforçando para largar definitivamente; percebo que preciso ser mais acolhedora de novo com ela, que está sem apoio da mãe (adotiva), o pai adotivo não toma posição; mostro que ele não pode ir contra a mãe, e o namorado está reagindo com violência(gritos, brigas com palavras que a desvalorizam como mulher e pessoa) e frieza à sua crítica; acho que é momento de ficar menos severa : endureci muito para lhe mostrar suas responsabilidades, a sorte de ter a mãe adotiva que lhe oferece terapia,além de assumir a educação de sua filha; depois do quinto mês , em que alternei simpatia e endurecimento, sempre justificando objetivamente, mostrando as auto-sabotagens que faz por culpa e medo de arriscar , ela entende que pode confiar em mim e que não está sozinha na auto - avaliação ; começa a reagir;

16- ela e o namorado têm muitas brigas, parte dela começa a vê-lo com crítica , outra parte teme ficar sozinha; trabalhamos a necessidade de ver sua realidade com menos fantasia , que a natureza dos problemas exige tempo para serem encaminhados e resolvidos aos

poucos, mas que o importante é recomeçar sempre até pegar um ritmo confiável;ela gosta de perceber que não me assusto com suas recaídas e indecisões , que trabalhamos para ela se sentir bem,diminuir seu sofrimento;é rara a sessão em que ela não chore; muitas vezes fala na família de origem com muita pena, ainda tem algum contato com eles, que moram no interior do Rio de Janeiro. Preocupa-se com a dificuldade de suas vidas.

Penso no pensamento de Bión sobre a droga: *é o recurso de quem tem pressa.*

17- Ofereço um horário grátis de quatro sessões para lhe dar um reforço; das quatro sessões comparece a duas;

18- passa por uma crise de coragem para se afastar do namorado, mas sua motivação para ser bem vista pela filha lhe dá forças, somando-se à decisão de se tornar independente com oportunidades de trabalho que começa a buscar; a mãe concorda que ela largue o curso destinado ao concurso; organiza uma festa para o aniversário do pai adotivo que faz setenta anos e tudo corre bem, é um sucesso; cria uma imagem melhor na família;

19- é claro, para mim, que, quando a mãe adotiva percebe que ela está melhor, sente-se ameaçada, inclusive com ciúme de mim, me telefona querendo saber se ainda vai demorar muito o tratamento; tento lhe mostrar que é melhor investir no tratamento que depois conferir que ela ainda não tem condição emocional para estudar e trabalhar, precisa de um apoio para prosseguir e criar forças para ser auto-suficiente.

Na observação de Nadia Gonçalves:

Esta mãe foi castrada de gerar em seu ventre um filho. Adota uma menina (a paciente) que não desejava na época viver esta passagem e se separar dos seus irmãos.(d)

Questiono: será que ela sente que foi escolhida porque a mãe biológica a queria longe, queria jogá-la fora? Em sua fantasia, além da primeira mãe, todas as pessoas a jogam fora? Ficar com namorado, por pior que ele seja, será não se jogar fora. .A convivência com o namorado, passivo em vários setores da vida, lembra-lhe a inversão em sua casa, o pai passivo, a mãe ativa, quem decide. Mesmo que seja ela a se decidir, a se afastar, teme sentir a dor do afastamento como se ele a jogasse fora. Sente-se arrancada do convívio. Quando falo muito sério com ela, chora para que eu não a jogue fora também? Quando não se apega muito a mim, está se prevenindo para, se eu jogá-la fora, não sentir tanto?...

20 – Nas sessões seguintes, mostra-se fraca, relatando as críticas que a mãe lhe faz, e sai fortalecida, quando revê as conquistas já obtidas; queixa-se muito da possessividade da mãe com relação a ela e à sua filha, revela o medo de a mãe deixar de pagar a terapia porque não gosta de ouvir falar de mim como uma pessoa importante na vida dela; diz que começa a não se sentir mais tão desconhecida para si mesma. Mas que a mãe quer lhe levar a um neurologista.

21 – a mãe me telefona contando que encontrou maconha no quarto dela, aproveito para conversar com paciência com ela, mostrando que a filha precisa muito da sua atenção. O telefonema dá bom resultado, pois as duas passam a ter uma comunicação maior.

Meu comportamento mudou de limites também com a mãe; no início expliquei que ela não devia me telefonar e falar sobre a filha, que eu não poderia falar nada sobre ela, que a análise considera o espaço de confiança sagrado, e que mesmo que não lhe contasse, o inconsciente da minha paciente sentiria que estava sendo invadido em seus segredos e lealdade. Mas nos últimos tempos senti que ela estava precisando de um pouco de atenção, estava se sentindo incapaz de entender a filha e fui um pouco mais afável com ela, mesmo sem abrir qualquer assunto da intimidade da paciente. Ela se sentiu mais considerada, pareceu confiar mais em mim, e esperar que através do trabalho comigo a sua dedicação aparecesse, e se facilitasse o entendimento entre elas, que continuava bem difícil. Senti que eu respeitava o seu lugar de mãe e os esforços que vinha fazendo pela filha e pela neta.

22-O neurologista lhe receita um medicamento que a deixa muito desanimada, ela evita tomar por conta própria. Sugiro um psiquiatra da minha confiança que, penso, provavelmente identificaria seu transtorno bipolar evidente. Escrevo um bilhete para o neurologista informando sobre os efeitos da medicação e dizendo que gostaria de encaminhá-la para o profissional com quem trabalho, mas ela não vai entregar, inclusive porque a mãe se recusa a pagar consultas fora do seu plano de saúde. Depois de algumas semanas deprimida, volta dizendo que prefere não ingerir remédio algum. Começa a distribuir currículos, visando a um trabalho; está cada vez mais afastada do namorado; percebe, na fase em que se encontra em estado de euforia, que tem outras alternativas, faz novas amizades, revela que as relações sexuais com ele estavam (e me parece que sempre foram) muito insatisfatórias.

23 – O namorado resolve reconquistá-la, começa a buscar trabalho e aparece de surpresa na terapia. Quando faltavam alguns minutos para o término da sessão, convido-o para entrar e conversar. Falo sobre a fase inicial da psicanálise, a importância do nosso inconsciente, do lado oculto que comanda grande parte das nossas escolhas . Ele fica encantado, parece querer me agradar, diz que eu devia recomendar terapia para os pais da namorada. Explico que não é assim que funciona, e que, quando o analisando muda, muita coisa se altera em sua vida . Que o foco é de quem vai buscar a análise.

Eles saem juntos, ela esquece os óculos.

O que será que deixou que não quer ver agora, mas me encarrega de tomar conta?...

CONCLUSÃO

Passados vinte meses do tratamento, afastada pela mãe, que a considera *curada*, e morando noutra cidade, ela está concluindo seu curso de Segurança do Trabalho, onde se revelou líder da turma; vai ser oradora, na formatura, e já está com experiência de estágios e trabalhos prometidos, assim que se formar.

Recebo sempre notícias dela, mantendo nosso contato.

E confirmando meu pensamento de que ocupo o ofício de psicanalista como aquele que acredita existir alguém bem resolvido dentro do paciente que chega confuso, aflito, questionando o significado da própria existência.

CITAÇÕES

a) WINNICOTT, D.W., Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: F. Alves, 1988.

b) WINNICOTT, D.W., Deprivation and delinquency, London, Tavistock Publ., 1984.

(c) Idem acima item b.

(d) GONÇALVES, Nadia Sposito: Seminários Brasileiros-Winnicott-Cap.17, Rio de Janeiro, RJ: Editora Revinter, 2005.

BIBLIOGRAFIA

FREUD, S. Obras Completas: volumes I, IX, XII, XIX . Imago Editora Ltda, 1969.

LEDOUX, Michel, H. Introdução à obra de Françoise Dolto. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor, 1991.

WINNICOTT,D.W. O brincar e a realidade.Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora, Ltda., 1975.

WINNICOTT, D.W. Textos selecionados:da pediatria à psicanálise.Rio de Janeiro, RJ:
F.Alves, 1988

WINNICOTT,D.W. Deprivation and delinquency, London: Tavistock Publ., 1984.

ZYGOURIS, RADMILA. O vínculo inédito. São Paulo, SP: Escuta, 2002.

SER OU ESTAR CO-DEPENDENTE?

Silvana Sobral Pinto Dias¹

Resumo: Controle, manipulação e sofrimento são as máximas de um relacionamento co-dependente, que apesar de confundir-se com a neurose obsessiva, possui particularidades importantes, muito similares aos dependentes químicos. Esse trabalho se propõe analisar a co-dependência pelo viés neuroquímico, filosófico e psicanalítico, onde a pergunta que se faz é como superar mais essa herança familiar?

Palavras-chave: Relacionamentos; Controle; Anestesia; Droga; Compulsão; Negação.

Introdução:

Em 1981, foi introduzido o conceito de co-dependência por Wegscheider (1985), caracterizando uma obsessão familiar sobre o comportamento do dependente químico, visando, no controle da droga, ao eixo da organização familiar. O usuário era analisado como dependente e o familiar co-dependente.

Posteriormente, Andolfi trouxe o conceito do paciente identificado, no qual o sistema familiar necessitaria do outro como forma de pedir ajuda, uma vez que a pessoa sintomática estaria em um papel em que provavelmente o outro membro da família não assumiria. (Laranjeiras et al, 2004)

Assim como os dependentes químicos se drogam de substâncias psicoativas, os co-dependentes se drogam do outro!

Num sentido mais amplo, a co-dependência pode ser definida como uma adicção a pessoas, comportamentos ou coisas, e a ilusão de tentar controlar os sentimentos interiores através da interferência direta aos acontecimentos exteriores.

Nessa co-dependência inter pessoal, ele se envolve com o outro de um modo tão elaborado que o próprio sentido de sua identidade é brutalmente restringido, superlotado pelos problemas e pela identidade desse outro.

¹ Silvana Sobral Pinto Dias é membro efetivo do Círculo Brasileiro de Psicanálise seção RJ, Pós-Graduada em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo.

Êxtase e anestesia, onde o “eu” se perde na imensidão da vida, e/ou da doença do outro!

Além disso os co-dependentes podem agir , puxando para si não apenas outra pessoa, mas também substâncias químicas (basicamente álcool ou drogas) ou coisas : dinheiro, comida, sexualidade ou trabalho. Eles lutam sem tréguas para preencherem o grande vazio emocional que trazem dentro de si.

Sou ou estou co-dependente?

A co-dependência caminha paralela à dependência química. Os conceitos de dependência e co-dependência não se restringem mais ao álcool; ele inclui toda a gama de substâncias químicas: cocaína, tabaco, heroína e outras. Essas “outras” incluem na prática qualquer obsessão compulsiva, uma coisa ou um comportamento levado ao extremo.

Distúrbio na alimentação (bulimia e anorexia por exemplo) , ninfomania, ataques de raiva, apego doentio ao trabalho, a compulsão ao consumo ou um modo de vida com leis super rígidas.

Renuncia a aspectos da sua própria vida oferecendo-se como um “lugar vazio”, uma “tela de projeção” para a personalidade do outro.

Todo o investimento terapêutico vai para o dependente químico que assume o lugar de centro dessa tragédia familiar, e o lugar desse familiar é a sombra e o esquecimento.

Entende-se a co-dependência como uma doença não somente física, emocional e espiritual, mas também como uma doença familiar, de natureza multigeracional, onde a família é parte integrante de sua gênese, de sua evolução e de seu tratamento. A séria disfunção da família fundadora vai ser absorvida pelas crianças da família, criando uma onda de sofrimento que se estenderá cada vez mais longe com o passar dos anos.

As estatísticas dizem que pelo menos quinze milhões de americanos são alcoólicos ou dependentes de drogas. Acredita-se que cada alcoólico causa um forte impacto em pelo menos quatro outras pessoas, tais como esposas ,os filhos e colegas de trabalho. Existem além disso uma estimativa de que mais ou menos vinte e oito milhões de americanos são filhos de adultos de alcoólicos e ainda sofrem da co-dependência que vivenciaram na infância.

E isso é só em relação ao álcool. Esses dados não se referem à co-dependência gerada por outras adicções e compulsões além da dependência química; e são portanto extremamente conservadores. O verdadeiro número de co-dependente é portanto muitíssimo maior. (Toffoli et al, 1997)

Assim como na dependência química, ainda são poucas as referências para se fechar algum conceito sobre a co-dependência.

O que se sabe é que os consultórios estão recebendo a cada dia, mais pessoas com identidades desestruturadas e em sofrimento agudo; ansiosas e com os limites distorcidos em relação a si próprio e ao outro. Envolvidas em relacionamentos com personalidades perturbadas , quimicamente dependentes ou com outro co-dependente.

Sentem-se diferentes das outras, desconfortáveis quando recebem elogios, isoladas, sozinhas ou vazias, mesmo na presença de outros .

Apresentam excessiva confiança na negação, são impulsivas, deprimidas, hiper vigilantes, ou foram vítimas de repetidos abusos físicos (maus tratos na infância) ou sexuais ;estressadas e com doenças físicas ou psicossomáticas .

Podemos também considerar um co-dependente, aquele que permaneceu em um relacionamento principal com um dependente químico na ativa ,por pelo menos dois anos, sem procurar ajuda profissional.

Apresentam outros sintomas como autocrítica exagerada, dificuldades para expressarem seus sentimentos, de aceitarem ajuda e dizerem não. Possuem a crença que se pudessem mudar os outros, suas vidas melhorariam.

Norwood (1985), define um co-alcoolatra como “alguém que tenha desenvolvido um padrão doentio ao se relacionar com outros, como resultado do envolvimento íntimo com alguém que tenha a doença do alcoolismo”. Ele combina essa definição com sintomas primordiais intrapsíquicos, tais como baixa auto-estima, necessidade de ser útil, ânsia de mudar os outros e de controlá-los e uma disposição para sofrer.

Como foram observados , os sinais e sintomas da co-dependência são tão abrangentes e diferentes que nenhum indivíduo apresenta todos eles. Os co-dependentes que ainda estão na negação irão freqüentemente apontar aspectos da doença que não se encaixam neles. Usam tal evidência negativa para provar que não são co-dependentes, ou para minimizar a extensão de sua doença .

Estas pessoas entrarão em contato e se libertarão desses sentimentos, quando conseguirem desarmar este sistema psíquico e social, principalmente o da negação, reprimidos.

Com isso poderão trazer à tona as regras que governam as famílias quimicamente dependentes, como as três que Black (1981) cita no livro “It will never happen to me”. São elas: “não fale, não confie, não sinta”. Estas regras codificam as proibições tácitas de falar honestamente sobre o problema. Para serem aceitos, deverão se submeter a estes princípios, ou serão tratados como desviantes, mesmo com um comportamento mais sadio do que a norma da família. (Black, 1981)

O que é o amor?

Pelo viés neuroquímico:

“Se você já se apaixonou alguma vez, provavelmente chegou a pensar em classificar esse sentimento como um vício. Os cientistas estão descobrindo que o mesmo processo químico que ocorre nos dependentes químicos, ocorre quando nos apaixonamos por alguém”.

Algumas pessoas podem ser viciadas no “barato” do amor. Elas precisam da sensação da dopamina, norepinefrina e feniletilamina, tão parecidas com a sensação gerada pelas anfetaminas. Como o corpo adquire uma certa tolerância a essas substâncias, é necessário cada vez mais para dar o “barato”, então pulam de relação em relação sempre em busca de mais.

O amor também é um estado mental químico que faz parte dos nossos genes e é influenciado pela nossa criação, ou melhor pelas influências parentais.

O amor romântico nos estimula e motiva, e as substâncias químicas que percorrem o nosso cérebro, quando estamos apaixonados, têm várias finalidades, mas seu objetivo primordial é a continuação da nossa espécie, formar famílias e ter filhos. Depois estas substâncias mudam para nos encorajar a permanecermos juntos.

Poderíamos também considerar que amor seria uma “sopa química de neurotransmissores”, a serviço dos nossos registros afetivos ou lembranças mnêmicas.

Na adolescência , logo após a puberdade, junto com a pulsão sexual, o estrogênio e a testosterona ficam ativados em nossos corpos pela primeira vez,e propiciam o desejo de experimentar o amor.

Na fase da união ou compromisso, quimicamente precisamos das oxitocinas , vasopressinas e endorfinas além de todo um construto emocional que veremos mais adiante, para nos mantermos firmes nesse propósito de união.Essas substâncias são liberadas quando fazemos sexo.

Quando estamos apaixonados várias substâncias químicas correm na nossa corrente sanguínea; estrogênio e testosterona nos “impulsionam” para nos aventurar no mundo do “amor”. A tontura inicial do início da paixão e a aceleração do coração, rubor da pele e umidade nas mãos ocorrem pela dopamina, norepinefrina e feniletilamina que eliminamos.

A dopamina aciona o sistema de recompensa cerebral , produzindo felicidade, paixão e vício. A norepinefrina é semelhante à adrenalina e causa excitação e aceleração no coração, aumento da atenção, memória em curto prazo, hiperatividade, falta de sono e comportamento orientado.

Os dois juntos segundo Helen Fisher, antropóloga e pesquisadora do amor na Universidade Rutgers ,causam elevação, energia intensa, falta de sono, paixão, perda de apetite e foco único. É o direcionamento biológico de focar em uma única pessoa. Em outras palavras, fazem com que o casal se concentre no relacionamento e deixem de lado todo o resto.

Nesta fase os apaixonados têm níveis baixos de serotonina, e os circuitos nervosos associados à avaliação dos outros são reprimidos, equivalentes aos encontrados em pessoas com transtorno obsessivo compulsivo.

No amor romântico, quando duas pessoas fazem sexo, a oxitocina é liberada, o que ajuda a unir os parceiros. Segundo pesquisadores da Universidade da Califórnia, em São Francisco, o hormônio oxitocina está associado à habilidade de manter relacionamentos interpessoais e laços psicológicos saudáveis com outros indivíduos.

A vasopressina, um hormônio antidiurético, é outra substância associada à formação de relacionamentos duradouros e monogâmicos. A Dra Fischer acredita que a oxitocina e a vasopressina interferem nas reações químicas da dopamina e norepinefrina,

o que pode explicar por que o amor romântico se apaga quando o relacionamento se fortalece.

As endorfinas, os analgésicos naturais, também são importantes para os relacionamentos duradouros. Elas produzem uma sensação de bem-estar, incluindo um sentimento de calma, paz e segurança. Assim como a dopamina e a norepinefrina, as endorfinas são acionadas durante o sexo, o contato físico, o exercício físico e outras atividades. De acordo com Michel Research Center, de Londres, elas induzem a uma dependência semelhante à das drogas. (How stuff works, 2008)

Pelo viés filosófico:

Jogos lingüísticos, comportamentos irônicos e patológicos aparecem como o contraponto para que o amor se sinta ofendido e se manifeste mostrando que é real. Seria o amor visto pelo viés sado-masoquista.

Nietzsche, escreveu que “a maior parte da filosofia foi inventada para acomodar nossos sentimentos às circunstâncias adversas, mas tanto as essas adversidades como nossos pensamentos são efêmeros”, deduzindo que os sentimentos não o são.

Acreditava Nietzsche que o amor chegava quando se tenta desejar o bem em sua totalidade para algo. Dizia que quando amamos juntamos as melhores propriedades das maravilhas e perfeições do mundo, e as considerações similares ao objeto amado, portanto, conclui-se que essa forma de amar o amor, pode distorcer a representação da realidade, trazendo muita dor e sofrimento. (Correia 2006)

O amor aparece nas mais diversas áreas do pensamento humano, da poesia à imagem funcional do cérebro, da mitologia à patologia, da razão para o prazer à motivação para o crime.

Platão em o “O Banquete”, foi o primeiro a comentar a existência de dois ou mais tipos de amor: o “Amor Autêntico” é aquele que liberta o indivíduo do sofrimento e conduz sua alma ao banquete divino. A esse amor Eros toma a face do filho de Afrodite Urânia, a celeste, divina e elevada. É o amor impessoal e altruísta.

No “Amor Possessivo”, Eros se torna vulgar e profano, filho de Afrodite Paudênia, a popular assume o movimento oposto, no qual persegue o outro como um

objeto a devorar, possuir e sufocar. É o amor co-dependente na sua plenitude, promovendo sofrimento e angústia.

Muito tempo depois de Platão, esta conceituação foi retomada por Immanuel Kant, onde somente o “Amor Ação” é o verdadeiro amor altruísta e aceitável, uma vez que se manifesta em preocupação verdadeira e desinteressada pelo bem estar do outro, da pessoa amada. Seria também o Eros Celeste.

Em contrapartida falava do “Amor Paixão”, narcísico, egoísta e impossível de se controlar, voltado aos interesses próprios, manifestando o desatino e desprezo pelo outro.(Platão,1996) Na idéia de Kant, o Amor Paixão tende a satisfazer muito mais a quem ama do que quem é amado. Seria o Eros Vulgar e a sua contrapartida nas relações co-dependentes seria encontrada na onipotência e controle do familiar adicto; estariam a serviço de um processo de defesa aos abusos físicos e/ou psicológicos submetidos à exposição da adicção.

A fantasia do poder sobre o outro devolveria a quem ama, a sanidade e segurança pedidas.(Dias, 2006)

Pelo véis psicanalítico:

Possivelmente o comportamento co-dependente se desenvolve pelo tipo de ligação não resolvida na primeira infância. “Esta tem início na relação mãe /bebê, ressaltando que nela ficam incluídas a relação do pai com o bebê, da mãe com o pai, dos avós, e outras relações próximas e suas expectativas, condições, cultura e o momento que estão vivendo”.

Esta relação seria específica daquela mãe com aquele bebê, com seus conteúdos inatos, hereditários e desenvolvidos, portanto, o que acontece, é algo oriundo daquele vínculo que não se estruturou, e a mesma mãe pode ter uma ligação diferente com outros filhos. O bebê assim, de forma compulsiva e inconsciente, repete aquela relação.

Se a mãe não pode ajudar a estruturar um ego, por também não tê-lo desenvolvido é porque naquela relação e momento não teve condições para isso, a criança desenvolve um ego frágil.

Seu superego, por sua vez sendo herdeiro das influências parentais, quando estas estão confusas, fica sem parâmetros reais, idealizado, num momento fazendo requisições desmesuradas, em outro sem exigência nenhuma. Seus desejos, conseqüentemente ficam

recalcados, e quando podem se soltar, o fazem como se não houvesse princípio de realidade, somente guiado pelo princípio do prazer.

O ego, sendo pouco estruturado, não consegue lidar com esse superego imperativo e com esse id demandante, além, da realidade que quer se impor. Deste modo deve acirrar seus mecanismos de defesa, que por terem pouca flexibilidade trazem muito sofrimento e dificuldade de mudança. Além disso, o uso indiscriminado desse mecanismo de defesa leva o indivíduo à não ter consciência de muitos de seus sentimentos, que dessa forma permanecem inconscientes.

São indivíduos que sentem muita angústia, uma vez que o ego fica sempre alerta, sentido perigos no mundo externo e interno. Sentem também muita culpa devido às exigências desmedidas do seu superego.(Humberg,2003)

Ainda no Banquete Aristófanes em seu discurso sobre os seres andróginos, marca a busca do homem, “daquele” ou “daquilo” que lhe faltava, Eros aparece como a energia que mobiliza o homem em busca de sua necessidade (amor e completude) através de sua outra “metade”.(Dias,2006)

Os co-dependentes espelham suas atitudes num comportamento simbiótico, como se fosse um só , um a metade do outro, como os “andróginos de três sexos” citados por Aristófanes.

Sentem-se inseguros e com muito sofrimento e buscam no outro, o remédio e alívio para as suas dores físicas e psíquicas. Se a relação é parental, fica mais reforçado o comportamento “de dois fazer um só e assim reforçar a antiga necessidade de perfeição”.

Winnicot (1990) e Bleger (1997), destacam a importância das primeiras relações para o desenvolvimento dos indivíduos.

Winnicot (1990), descreve o conceito de “mãe suficientemente boa” como aquela com boa capacidade de holding, que é “não só o segurar físico do lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com”. Isto implica os cuidados com o bebê, a necessidade deste de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos e dele próprio.

Na fase holding, o bebê se torna gradualmente capaz de experimentar a ansiedade de separação. Isto se dá a partir da sustentação dada pela mãe. Dessa forma vai se tornando uma pessoa com individualidade própria.

Winnicott (1990) diz que quando a mãe é suficientemente boa, o desenvolvimento ocorre de forma adequada e o bebê aprende a capacidade de estar só. Estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, quando sua imaturidade é naturalmente compensada pelo apoio da mãe.

Na medida que o tempo passa, o indivíduo introjeta essa figura, e dessa maneira torna-se capaz de ficar só, sem o apoio ou símbolo materno. Quando as coisas não vão bem, o bebê reage tornando-se muito demandante, necessitando da presença física da mãe ou de alguém para se acalmar, ou fica sem reação, mascarando suas necessidades que a mãe não pode escutar.

Winnicott (1990) se utiliza de conceitos desenvolvidos por Melaine Klein(1970) e diz que a capacidade de se estar só, depende da existência de um objeto interno bom, junto à confiança em relação às realidades internas, que lhe assegurem auto-suficiência para viver, de modo que se fica temporariamente capaz de descansar contente, mesmo na ausência de objetos estimulantes externos.

Humberg (2003) sinaliza que a maturidade e capacidade de estar só, significam que o indivíduo teve oportunidades através da maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através de gratificações instintivas satisfatórias. Conseqüentemente podemos dizer que o dependente de vínculos não teve uma maternagem suficientemente boa e não desenvolveu a capacidade de estar só (Kalina, 1990)

O co-dependente não suporta a solidão, justamente porque nela fica suporte, ou melhor, porque na solidão volta a experimentar a insuficiência do apoio recebido quando era criança.

Esse reencontro com o ausente (os afetos), tem para o co-dependente o efeito de uma catástrofe. O fato da solidão, equivaler à vivência de morte, deve-se precisamente a isto: a solidão adquire o caráter de uma experiência na qual o dependente se percebe vazio, isto é, sua inconsistência.

Trata-se de um sentimento de impotência irreversível, na medida em que dominado por ele, o co-dependente não tem a quem ou a quem recorrer para suportá-lo e, muito menos ainda para superá-lo.

Assim o ato drogadicto, de drogas ou pessoas, pode ser visto como uma prevenção: o dependente e co-dependente o realizam para evitar que se manifeste, com toda sua

contundência, a experiência desintegradora da solidão – morte. Paradoxalmente, consumado este ato de maneira sistemática (isto é claramente adictiva), vê-se favorecida a irrupção da definitiva aniquilação.

Winnicott (1960), diz que quando a mãe não é suficientemente boa, e não tem capacidade de holding, o bebê vai desenvolver o falso-self, que pode ser explicado através das primeiras relações objetais. Neste momento o bebê ainda não está integrado e é dependente da sua mãe. Periodicamente um gesto do bebê expressa um impulso espontâneo. A fonte desse gesto é o verdadeiro self. Dependendo da maneira como a mãe responde a esse gesto, ele poderá ou não desenvolver a sua espontaneidade.

Se a mãe alimenta a onipotência infantil, esta reforça o ego do bebê. Se não for capaz de complementar a onipotência do bebê, e substitui o gesto deste pelo seu próprio, este desenvolverá submissão, que é o estágio inicial do falso-self, resultado da incapacidade da sua mãe de sentir as necessidades do seu filho.

O self verdadeiro não se torna uma realidade se não houver êxito repetido da mãe em complementar a onipotência do bebê. Havendo, o bebê pode, aos poucos, ir renunciando a onipotência. Pode começar a gozar a ilusão do onipotente criando e controlando. Essa é a base da simbolização. Entre o bebê e o objeto existe algo, uma atividade ou sensação e isto os une. E se há algo separando ao invés de unir, a função de simbolização fica bloqueada. Podemos ver nos dependentes de vínculos a dificuldade de simbolização que viria dessa relação precoce. O desenvolvimento do falso self funciona como uma defesa à exploração do verdadeiro self. (Humberg, 2003)

Conclusão:

Assim como na dependência química, ainda não se tem uma terapia única que satisfaça e atenda a demanda da adicção de drogas ou pessoas. O que se possui são experiências terapêuticas com bons resultados, como os grupos de auto ajuda, através das partilhas e do reforço que é feito ao ego; da literatura sobre co-dependência, para os esclarecimentos sobre a adicção; da terapia familiar que poderá ser cognitiva, comportamental e de base analítica; e a terapia individual, com profissionais psicanalistas ou psicólogos abertos a esse olhar da adicção.

Quando o co-dependente se autoriza a falar sobre a sua dor, as coisas começam a mudar, enfrentam seus medos e inseguranças e descobrem que a “dor é necessária , mas o sofrimento é opcional”.Essa autorização poderá vir de um grupo de ajuda e/ou de uma abordagem sincera do terapeuta a respeito da co-dependência, vinculada aos construtos psicanalíticos como suporte e apoio.

O que não se pode é fechar os olhos para a dependência e co-dependência químicas,e excluir qualquer forma de tratamento que proporcione a recuperação dos adictos na “ativa”, pois como dizem nos grupos de ajuda: “a doença da adicção é incurável, progressiva e fatal”.

Dentro dos vários princípios terapêuticos, os dependentes e co- dependentes, poderão encontrar um lugar de felicidade e realizações dos propósitos individuais , apoiados nos próprios recursos, nem que seja “só por hoje”!

*Silvana Sobral Pinto Dias é Arquiteta, Membro Efetivo do Círculo Brasileiro de Psicanálise - RJ, Pós Graduada em Dependência Química Pela Universidade Federal De São Paulo, Professora de Dependência e Co- Dependência Químicas no CBP –RJ.

***Abstract:** Control , manipulation and suffering are hallmarks of a co-dependence relationship which, although can be mistaken for an obsessive neurosis, has important particularities, very similar to chemical dependence. The aim of this study is to analyze co-dependence in a neurochemical, philosophical and psychoanalytic way, where the question to be “how to overcome another familiar inheritance?”*

***Keywords:** Relationship; control; anesthesia; drugs; compulsion; denial; co-dependence*

Referências

1-Livros:

Bleger,J.*Simbiose e Ambigüidade*, Rio de Janeiro.Editora Francisco Alves, 1997.

Laranjeiras, R.;Bordin,S.;Nelliana,F.*Dependência Química*, São Paulo. Editora Roca Ltda, 2004.

Kalina,E. e Col. *Drogadição hoje. Indivíduo, Família e Sociedade*, Porto Alegre. Artes Médicas,1990.

Norwood,R. *Women who Love Too Much* : Jeremy P. Tarcher,nc,Los Angeles 1985.

Platão,*Diálogos I*, Menon, *Banquete* e *Fedro*, Rio de Janeiro. Editora Ediouro, 1996.

Winnicott,D.W. *Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro Self in O Ambiente e os Processos de Maturação, Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional, Porto Alegre*. Editora Artes Médicas, 1990.

Winnicott, D.W. *A Família e Desenvolvimento do Indivíduo*, Belo Horizonte. Interlivros, 1980.

Winnicott,D.W. *Tudo Começa em Casa*, São Paulo.Martins Fontes, 1990

2-De publicações periódicas :

Correia,W./*SaberEnsinarAprender*,www.saberensinar.uiniblog.com.br/105099/ainda-o-amor.html/p.1-3,setembro 2006.

“How Stuff Works- autores do How Stuff works”. Publicado em 11 de setembro de 2000(atualizado em 19 de agosto de 2008) <http://pessoas.hsw.uol.cpm.br/>

3-De artigo em revista:

Black, Cláudia, Phd. *It Will Never Happen to Me*: M.A.C. Printing and Publications Divisions, Denver, 1981.

Toffoli,A; Wanjstock,A; Mantel,M.M.B; Biscaia, M.F.C. *Co-Dependência: Reflexão Crítica dos Critérios Diagnósticos e uma Analogia com o Mito de Narciso e Eco*. *Informações Psiquiátricas*; v.16,p92-7,1997.

Wegscheider-Cruse, S.;*Choisemaking: Health Communications Inc*, Pompano Beach,Flórida, 1985.

4- De monografia:

Dias,S.P.S,*O Banquete de Platão e o Amor Co-dependente*. :São Paulo.Universidade Federal de São Paulo, Unidade de Álcool e Drogas,2006.

5-De tese:

Humberg,V.L./ *Dependência do Vínculo: Uma Releitura do Conceito de Co-Dependência*. São Paulo.Universidade de São Paulo,2003.

AMOR DI N'CRÊ TCHEU ^{1, 2}

Bernardo Assis Filho

Resumo: Freud disse, nos seus últimos textos, que o homem é o único animal capaz de destruir a si mesmo. Disse inclusive, que nossa morte natural, pode ser um suicídio dissimulado. Ele só não imaginou as **formas**, como o homem passou a se destruir no século XXI, do 11 de setembro a Bagdá, todas estas infinitas atrocidades. Freud disse, Portanto, em tempos de Blair, Bush, **Bin, Buumm!!** Vamos falar de amor.

Quando fui a República de Cabo Verde pela primeira vez, conheci a expressão Amor di n'crê tcheu. Durante sete meses procurei mas não encontrei o significado, o sentido a que ela se referia, apesar de ter esquadrinhado o país, desde o mais underground, até palácios e ministérios. Nesta época eu era o único psiquiatra da nação.

Voltei lá noutra ocasião em que passei mais de um ano, sem conseguir ainda decifra-la. Dez anos depois, de férias, pensei em retornar, e desta vez por apenas quinze dias. Dr Jordan, psiquiatra, psicanalista e amigo fraterno, dizia: “Esse idiota em vez de passar as férias em Paris, vai para a África! E logo no mês de julho!!”

Mas eu tive que voltar mais uma vez, porque só desta pude entender de fato, o que esta expressão queria dizer. É um amor que se **representa** no sentido de plenitude e substituição. Não um amor exclusivo, nem o amor do “amai-vos uns aos outros como a si mesmo”, mandamento judaico que se tornou princeps do cristianismo, cuja impossibilidade parcial, Philippe Julien assinala em O estranho gozo do próximo¹, e que Freud já havia referido no Mal Estar na Civilização (1930).

Não é exclusivamente o amor por uma pessoa. É o amor maior por alguma coisa, que pode ser inclusive uma pessoa, a natureza, aquele determinado jeito de corpo de alguém, um objeto pessoal que se goste muito, ou a primavera, por exemplo.

¹ Expressão do dialeto crioulo – República de Cabo Verde – África Ocidental

² Recorte de trabalho realizado, fruto de experiência do autor quando prestou serviço ao PNUD (Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento) assessorando, dirigindo e exercendo clinica na área de saúde mental na República de Cabo Verde.

É um amor que vai além de julgamentos e comparações. Portanto, um amor por que se dá, antes de receber.

Convivendo com uma comunidade internacional, no processo de construção² do país tornado independente da “coroa” portuguesa, tínhamos no dialeto crioulo nosso ponto de contato, comunicação e trabalho. Era o nosso esperanto. Foi através dele que entendemos que a palavra solidariedade, significa a mesma coisa, em qualquer parte do mundo. Acreditávamos inclusive que este conceito de amor, perpassava ideologias, religiões, sistemas políticos, enfim, todas as utopias possíveis.

Conversei com todos os loucos do país – loucos fedidos, loucos elegantes. Loucos fudidos, loucos bem de vida. Foi duro, mas consegui entender, como estava em Proust, que amar di n’crê tcheu, é amar sabendo que “ **o amor mais exclusivo por uma pessoa, é sempre o amor de uma outra coisa**”, como ele definiu no seu caudaloso, Em busca do tempo perdido.

Podemos rever esta frase no último Lacan³, e antes em Freud, tanto em Um tipo especial de escolha de objeto (1910) como em Tendência universal a depreciação na esfera amorosa (1912) onde este aponta o caráter de substituição existente nos objetos amorosos escolhidos. Ele via o amor como um freio ao narcisismo (1921) e por isto, um fator de civilização; enquanto Lacan, talvez em contraponto a esta visão complacente de Freud, assinala também o caráter devastador do amor, quando se olha mais de perto.

O objeto, diz Freud, nunca mais será o objeto original, mas apenas um sub-rogado do mesmo. A perda desse objeto, se **representa** por uma sucessão infindável de objetos substitutos de satisfação incompleta, mas que demandam de algo que fez signo.

Quando perguntaram a Richard Rorty(4) sobre o sagrado, “ o ateu rematado” respondeu: “Minha noção de sagrado se prende a esperança de que, em algum dia distante, nossos descendentes viverão numa civilização global em que o amor será a única lei”(5).

Mais recentemente, como que reeditando Rorty, o filósofo francês Luc-Ferry sugere que se abandone o “raciocínio binário que encara o mundo de forma simplista: sim ou não, bem ou mal, capitalismo ou socialismo,etc., e que se passe a viver sob a égide da sacralidade do humano. Propõe através do processo educacional, criar uma sociedade menos consumista e mais voltada aos valores simples do amor e fraternidade”(6).

Então, como a expressão Amor di n'crê tcheu envolve um conceito particular de amor, assimilado como constatei, por pessoas de varias partes do mundo, com toda licença histórica, de Abraão a Lacan, **o amor demanda o amor.**

1 – Julien,P., “*O extranho Gozo do próximo:Ética e Psicanálise*”. Rio de Janeiro:Jorge Zahar Editora, 1996.

2 – Fomos convocados para a reconstrução nacional, mas na prática, nos sentíamos construindo.

3 – Podemos considerar que houveram três Lacans. O primeiro, do :Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade (1932) e do Estágio do Espelho (1936).

O do meio – dos Seminários – e o último, que foi um Lacan minimalista, que disse que só a poesia chinesa nos pode fazer entender, o que é da ordem do inconsciente.

4 – Richard Rorty (1931 – 2007) pensador pragmatista americano.

5 – in Habermas,J.,”*Filósofo poeta e amigo*”, Folha de São Paulo,17/06/07,p8, São Paulo.

6 – in Avena,A.,”*A Sacralidade do Humano*”,A Tarde,03/05/08,p21, Salvador/Ba

O QUE É PERVERSÃO?

Cibele Prado Barbieri¹

“Tenho o direito de gozar de teu corpo, pode dizer-me qualquer um, e exercerei esse direito, sem que nenhum limite me detenha no capricho das extorsões que me dê gosto de nele saciar.” (Lacan, Kant com Sade)²

Falar de perversão costuma provocar sono nos ouvintes, certamente porque mobiliza nossos restos de perversão e nossos recalques. Em compensação, ouvir o perverso é sempre de tirar o sono, pois ele tem um jogo de cintura, às vezes tão sutil, para manobrar as coisas a seu modo, que se torna imperceptível para os incautos. Não me refiro apenas aos grandes perversos descobertos e declarados, ou aos enrustidos, políticos ou criminosos. Refiro-me também ao perverso que não se acha perverso, que não percebe seu modo manipulador e precisa que alguém o confronte, para poder dar-se conta de como ele lida com suas frustrações e angústias de uma forma que, tecnicamente, chamamos perversa.

Sabemos desde Freud que, se não o somos mais, já fomos um dia perversos polimorfos e não estamos isentos da essência perversa da nossa fantasia fundamental. Talvez possamos daí entender as dificuldades em lidar com este conceito que, ao longo do tempo e dos interesses da ciência, acabou por ser excluído do glossário psiquiátrico.

Este nome não figura mais na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10³, criada pela Organização Mundial de Saúde. No DSM-IV⁴, encontramos um verbete que explica que a Psiquiatria substituiu o termo perversão por “parafilia”, por causa de seu peso pejorativo no senso comum e [...] para amenizar o estigma que a palavra perversão coloca sobre a sexualidade humana normal”, deixando o termo perversão para o uso jurídico⁵.

¹ Psicanalista. Presidente do Círculo Psicanalítico da Bahia e do Círculo Brasileiro de Psicanálise (2006-2008).

² Máxima sadeciana, segundo Lacan, no texto Kant com Sade. In: ____ *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. p.780.

³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993. Classificação (e descrição) das doenças mentais da Organização Mundial de Saúde (ONU).

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Classificação (e descrição) das doenças mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria.

⁵ <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dicionario_janela.php?cod=421e
<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=78&art=166>>.

Elisabeth Roudinesco, em seu recém-lançado livro, *A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos* assinala que “no que se refere à estrutura, denominação e significação, a perversão só foi estudada pelos psicanalistas”⁶.

Entretanto, os saberes reunidos sob este termo antecedem o advento da psicanálise e da psiquiatria em vários séculos e se inscrevem no discurso leigo, teológico e jurídico como questão que sempre provocou interesse pelas ambigüidades que apresenta.

A palavra perversão é muito antiga e sua polissemia é extensa. Segundo o *Online Etymological Dictionary*⁷, o sentido vinculado a crenças religiosas predomina no uso mais antigo do termo com o significado de “desviar alguém de uma crença religiosa correta para uma falsa ou errônea” e, ainda, corromper, tomar o caminho errado.

O adjetivo, perverso, que existe desde 1369 com o significado de mau, ruim, pecaminoso, vicioso e também malvado, pernicioso, tem, ao mesmo tempo, antiteticamente, o sentido de muito bom, excelente (em inglês: *wicked*; “The Wicked One”, o capeta).

Oriundo da teologia moral cristã, este termo refere-se em sua origem, segundo Mario Fleig, “a todas as formas de pecar quanto ao sexo. A suposição de uma lei natural que imprime à sexualidade o objetivo único da procriação introduz o sentido de perversão como *inversão do suposto natural*”⁸. Esta idéia é também relacionada à antiga tradição da lei comum inglesa, engajada na doutrina de que nenhuma atividade sexual é justificável, a não ser que seu objetivo seja a procriação.

No desenvolvimento que Roudinesco faz da polissemia do termo perversão, predominam os sentidos antitéticos:

[...] o pervertedor era em primeiro lugar uma criatura dúbia, atormentada pela figura do Diabo, **mas ao mesmo tempo** habitada por um ideal do bem que ele não cessava de destruir, a fim de oferecer a deus, seu senhor e seu carrasco, o espetáculo de seu próprio corpo reduzido a um dejetivo. Embora vivamos num mundo em que a ciência ocupou o lugar da autoridade divina, o corpo e da alma, e o desvio e do mal, a perversão é sempre, queiramos ou não, sinônimo de perversidade. E, sejam quais forem seus aspectos, ela aponta sempre, como antigamente, mas por meio de novas metamorfoses, para uma espécie de **negativo da liberdade**:

⁶ ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p.7.

⁷ Id., *ibid.*

⁸ FLEIG, M. *O desejo perverso*. Porto Alegre: CMC, 2008. p.15

aniquilamento, desumanização, ódio, destruição, domínio, crueldade, gozo.⁹

Ela continua citando, ainda, uma definição muito interessante do Littré: “Transformação do bem em mal. A perversão dos costumes. Distúrbio, perturbação. **Há perversão [...] da visão na diplopia.** A diplopia é uma alteração da visão, uma má convergência, que faz com que vejamos dois objetos em lugar de um”¹⁰.

Chama a nossa atenção, nesse trecho, a ambigüidade dessa posição em relação à liberdade de ação, a convergência de princípios opostos e contraditórios em relação ao princípio lógico da não-contradição e o exemplo dado pelo Littré, que estabelece relação entre perversão e diplopia, marcando também esta dualidade paradoxal.

Com o surgimento da psiquiatria, surge um sentido psicológico, de desvio comportamental. São criadas classificações que descrevem e isolam tipos de perversões especificamente sexuais nas quais a satisfação se diferencia do relacionamento heterossexual considerado normal.

Nesse contexto em que aparece, segundo Roudinesco, uma verdadeira obsessão em relação à masturbação infantil, à histeria e à homossexualidade¹¹, consideradas perversões, a psicanálise surge propondo de saída uma construção teórica da perversão que se situa como marginal ao campo da biologia e da medicina, e também destituída do sentido religioso e moral. Aplicando a tese da etiologia sexual e do recalque, Freud faz o contraponto entre a perversão e a neurose.

Não é à toa que ele inicia os “Três ensaios”¹² pelas aberrações sexuais, após quatro anos de silêncio desde a publicação da “Psicopatologia da vida cotidiana” [1901]. Provavelmente, ele discerniu no cotidiano as raízes perversas da sexualidade e o avesso do recalque, capazes de confirmar suas hipóteses. Inicia seu ensaio em uma forma sutil e elegante de quem introduz um assunto polêmico, carregado de preconceitos morais e éticos, e termina dizendo, no Resumo, que a neurose é o negativo da perversão¹³.

⁹ ROUDINESCO, E., op. cit., p. 10-11. Grifo nosso.

¹⁰ Cf. ROUDINESCO, E., op., cit., p. 9; LITTRÉ, Émile. *Dictionnaire de la langue française*. Paris: Gallimard-Hachette, 1966. v.5. Grifo nosso.

¹¹ Id., ibid., p. 10.

¹² FREUD, S. *Tres ensayos para una teoría sexual* [1905]. 3.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. v. II, p. 1.172.

Tradução livre do espanhol.

¹³ Id., ibid.

Vou arriscar afirmar, porque desconheço outra referência, que Freud inaugura com este ensaio um novo saber sobre a perversão, que permite ver nas ambigüidades que a cercam sua característica fundamental.

Afinal de contas, diz ele, “o que temos que encarar neste assunto é um campo de fenômenos como qualquer outro”¹⁴. “Aqueles que limitam o sentido do sexual aos objetivos da procriação e do prazer genital, sacrificam [assim] a compreensão das perversões e do enlaçamento que existe entre estas, a neurose e a vida sexual normal”¹⁵. “Por mais infames que possam ser [as perversões], por mais nítido que se faça o contraste com a atividade sexual normal, uma reflexão tranqüila mostrará que, um ou outro traço de perversão raramente está ausente da vida sexual das pessoas normais”¹⁶.

Talvez a bibliografia sobre a perversão prolifere constantemente no campo da psicanálise, porque, ao considerarmos a perversão como um efeito da subjetividade, temos que articular este modo particular de o sujeito fazer uso dos recursos que a língua oferece, tanto quanto o modo particular da neurose ou da psicose.

Apesar de o discurso da pós-modernidade trazer novas roupagens para os sintomas, os parâmetros fundamentais aí implicados continuam os mesmos. Isto torna possível entendermos que fenômenos e expressões aparentemente diferentes possam ser recobertos por um mesmo termo quando analisados à luz dos conceitos psicanalíticos, apesar das novas apresentações sintomáticas que nascem da proliferação de novos objetos de prazer e de gozo.

Para melhor justificar essas afirmações, partirei do básico. Em Freud, “a disposição para as perversões é a disposição originária e universal da pulsão sexual dos seres humanos”¹⁷, o que torna insuficiente de saída a concepção de inversão contra a natureza. No ser falante, a natureza está subvertida pela plasticidade do objeto pulsional, que admite toda sorte de variações. A sexualidade é perversa polimorfa, na medida em que se organiza em torno de objetos parciais, e isto não deve ser confundido com a perversão em sentido estrito, pois toda criança é perversa polimorfa, mas nem todas se tornam perversas na

¹⁴ FREUD, S. A vida sexual dos seres humanos - Conferências introdutórias sobre psicanálise [1916-1917]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVI, p. 359.

¹⁵ Idem. Cinco lições de psicanálise [1910 (1909)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. 1976, v. XXI, p. 43.

¹⁶ Idem. O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais - Conferências introdutórias sobre psicanálise, op. cit., v. XVI, p. 377.

¹⁷ FREUD, S. Tres ensayos para una teoría sexual [1905]. 3.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. v. II, p. 1.172. Tradução livre do espanhol.

maturidade. O que Freud observa é que, ao longo do percurso da criança rumo à maturidade, ela adotará diferentes modos de lidar com esta disposição a partir da descoberta da diferença anatômica entre os sexos, dependendo do contexto edípico em que está inserida.

Se a criança não faz uma representação da diferença ou rejeita e expulsa esta representação para fora do campo das significações, este mecanismo, chamado por Freud de *verwerfung* (ou forclusão), promoverá os efeitos que conhecemos como psicose.

Se ela faz a representação, mas relega essa idéia ao esquecimento, ou seja, ao inconsciente, barrando seu acesso à consciência para não saber mais nada sobre ela, Freud chama a isto *verdrängung* (ou recalçamento), que resulta na contenção da pulsão pela interdição de sua satisfação, provocando o sintoma neurótico.

Mas se ela simplesmente recusa essa representação como verdadeira e neutraliza sua ação e seus efeitos sem, contudo, excluí-la do campo das representações e da consciência, isto, para Freud, é *verleugnung*, cuja tradução é problemática.

Na tradução para o português, utilizou-se, principalmente, o termo recusa, mas também renegação ou rejeição; termos que implicam a *negativização* de uma representação, no sentido de que a idéia é mantida na consciência, mas ao mesmo tempo sua veracidade é negada, *negativizada*. Na tradução para o francês, Lacan propõe o termo *dementi*, desmentir, que tem como vantagem o sentido de desdizer a veracidade do que foi dito com outro dito, evitando confundi-lo com a denegação (*verneinung*), que tem um efeito de retificação de uma afirmação.

Freud diz, no Esboço de Psicanálise,¹⁸ que esse mecanismo responde especificamente à descoberta da castração feminina e está presente nas várias formas de perversão, permitindo que duas idéias opostas coabitem o mesmo eu “pacificamente”. É o que será fundamentado como “clivagem do eu” em seu artigo seguinte, também de 1938. “Duas atitudes – diz ele – que [...] persistem ao longo da vida lado a lado sem se influenciarem reciprocamente”¹⁹, aliás, como na diplopia, que faz com que vejamos dois

¹⁸ FREUD, S. Esboço de Psicanálise [1940(1938)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*.. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXIII

¹⁹ FREUD, S. A divisão do ego no processo de defesa [1940(1938)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*.. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXIII.

objetos em lugar de um. Na clivagem do eu, convergem duas imagens: objeto presente e ausente, duas representações opostas que coexistem; uma afirmação e um desmentido.

Serge André afirma que a perversão “é algo totalmente diferente de uma entidade clínica: ela é um certo modo de pensar. Um pensamento cuja essência demonstrativa decorre das relações do perverso com a fantasia e com a Lei”²⁰.

Não apenas um sujeito, mas também um sistema de pensamento podem ser organizados segundo essa mesma lógica.

Nessa forma discursiva, trata-se de eliminar a ausência, através de uma relação particular com a linguagem pela qual o sujeito estabelece uma ética própria, em acordo com seu desejo como regra, e inclui um desafio à interdição instituída pela norma geral: a Lei do Pai.

Pode parecer que esse poder desafiante torne possível um gozo sexual garantido. Entretanto, isto não isenta o perverso de um drama, pois, diante da impossibilidade de recorrer ao pai enquanto função reguladora, ele termina por cair sob a dominação de outra regra: o gozo materno. Sabemos que, se não há castração, não há falta; se nada falta, não há desejo e, se não há desejo, **há gozo**.

Esse é um gozo arbitrário e autocrático, que se revela uma lei muito mais coercitiva que a lei pacificadora do pai. Esta lei, explicitada no discurso *sadiano*, não é outra senão o direito de gozar do corpo do outro sem limites, e seu efeito lógico é a instauração da instância da exceção, do Um, que escapa à castração e não se divide diante do desejo: o absoluto que tudo pode cuja fórmula Freud elaborou em “Totem e tabu”²¹.

Na verdade, poderíamos dizer que, paradoxalmente, o perverso sofre de uma busca ávida de Lei, pois o norteamo que deveria vir do Pai não se sustenta. Podemos assim entender que o desejo da mãe enquanto fálica convoca à pulsão de morte, porque promove o apagamento subjetivo na criança tomada como objeto de satisfação. Quando o desejo do pai fracassa em sua função de limitar o gozo da mãe para alinhar a criança na direção do desejo de vida, a face silenciosa da pulsão, a de morte, prevalece.

²⁰ ANDRÉ, S. *A Impostura perversa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 311-312.

²¹ FREUD, S. Totem e tabu (1913[1912]). J. 3.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. v. II

É o que aprendemos com as biografias e os escritos de grandes perversos como Sade, Mishima, Gide e outros²², que nos ensinam como afirmar a presença daquilo que falta, sustentando o dito com uma representação capaz de funcionar como garantia: a isto chamamos fetiche, que pode ser um objeto inanimado ou apenas outro ser, inanimado.

Esse contexto infantil, nada pueril, produzirá conseqüências profundas na estruturação da subjetividade, que se expressarão tanto no nível do discurso quanto do ato, pois estarão sempre sobredeterminadas por esta lógica de desrealização da diferença e da falta.

Esse modo de lidar com “[...] tudo aquilo que se ordena em torno da ausência e da presença do falo”²³, e que se refere “[...] a um contexto dialético tão sutil, tão composto, tão rico de compromissos e tão ambíguo quanto o de uma neurose”²⁴, nos diz Lacan, coloca em jogo as mesmas fantasias perversas que, no neurótico, seriam barradas pela operação do recalque. Mas o fato de o perverso conseguir iludir a castração não o salva da angústia, que ressurge incessante e sutilmente, exigindo dele, às vezes, até mais compromissos do que do neurótico.

Para ilustrar um pouco os infortúnios dessa posição, vou narrar um episódio que se repete na vida de um rapaz, na faixa dos 30 anos, que é muito inteligente e até bem-sucedido profissionalmente. No seu dia-a-dia, é cumpridor dos deveres, funcionário responsável que sustenta, praticamente sozinho, a família desde que o pai entrou em crise financeira, há muitos anos. Na infância, era o neto padrão: bom comportamento, viril, o sucesso da família. Na vida amorosa, não sofre problemas de desempenho sexual, mas seus relacionamentos foram muito poucos e todos fugazes; seus amores, platônicos e intermináveis, sempre se desenrolaram à distância. É muito cavalheiro e inibido com as garotas, mesmo quando elas tomam a iniciativa da conquista, mas isto nada tem a ver com o desejo sexual. O fato é que seus raros namoros definham rapidamente.

Ao final da adolescência, foi deixado por seus pais morando de favor com uma família de amigos da avó, nada íntimos dele, pois sofreram uma decadência financeira completa que os forçou a mudar para o interior. A matriarca, mãe adotiva de sua mãe,

²² MILLOT, C. *Gide Genet Mishim: inteligência da perversão*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

²³ LACAN, Jacques. *O seminário, livro 4: a relação de objeto* [1956-1957]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 156.

²⁴ LACAN, Jacques. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 239.

tomava todas as decisões, desconsiderando seu pai que, profissionalmente fracassado e sem nenhuma iniciativa, necessitava da sua ajuda e submetia-se a suas determinações.

Isolado da família, numa quase indigência, quando começou a trabalhar passou a beber com frequência e freqüentar casas de massagem onde fazia sexo com prostitutas. Já morando sozinho, esta atividade se intensificou e a ela foram-se incorporando detalhes que compõem uma cena que obedece a um verdadeiro roteiro que se repete ciclicamente, com intervalos cada vez menores. Quando a situação financeira ficou calamitosa, pelas dívidas impagáveis acumuladas, a mãe descobre o que está acontecendo e volta com a família para apoiá-lo, mas sustentada por ele e pela avó, sempre que necessário.

Esse rapaz vem ao analista por uma demanda da mãe, não há uma queixa clara; o primeiro período de análise é, verdadeiramente, de entrevistas preliminares e, dura pouco. Ele não entra na associação livre, não se implica e se limita aos fatos objetivos. Após um intervalo retorna e então se implica no processo. Mas o progresso é sempre difícil, pois há um hiato, associativo e lógico, entre a sua vida cotidiana e os episódios que constituem o motivo de sua busca. Esses episódios obedeciam a uma seqüência que se foi desenvolvendo ao longo do tempo, e, quando a análise se iniciou, podiam ser descritos como uma série ritualizada de procedimentos que geravam problemas, mas não culpa.

Tudo começava com uma saída para se divertir com amigos, uma festa ou um show, onde ele encontrava namoradas em potencial. Após alguns copos de bebida, sentia-se incômodo no ambiente; *de repente ele sumia*, segundo suas palavras. Ia para uma boate onde escolhia duas ou três prostitutas e as levava para um motel. Lá eles consumiam bebidas, cigarros, drogas e ficavam muitas horas, até dias, pois ele perdia a noção de tempo.

A análise incita ao caminho associativo e revela que a escolha das prostitutas tinha como base a suposição de que elas gostassem de beber e se drogar. Ligado a isso, surgem duas associações: a lembrança da mãe dançando alcoolizada nas festas e as brincadeiras masturbatórias secretas com as amiguinhas da infância. Neste roteiro, a consumação do ato sexual nem sempre acontece, segundo ele, por causa do consumo excessivo de bebida e drogas e, muitas vezes, os encontros envolvem “conversas” que poderiam render uma relação de amizade. Algumas mulheres chegaram a se oferecer para sair com ele de graça se ele quisesse, mas ele rejeita.

Em algum momento, a cena se interrompia *como se acordasse de um sonho*, diz ele, se dava conta da hora, de onde estava e tratava de sair dali o mais rapidamente possível. Como invariavelmente não tinha dinheiro para pagar a conta, quando seu crédito acabou, sem cheques, sem cartões, tinha que recorrer à mãe, à avó. Chegou a pagar com aparelhos eletrônicos de sua casa e, no extremo, pedir empréstimo a amigos, o que sempre o aterrorizou, pois ele deve manter-se anônimo.

Como conclusão, momento de clímax desse roteiro, a semana seguinte é de ressaca física e moral. Além dos efeitos da bebida e, principalmente, das drogas, às quais não recorre em nenhuma outra situação, pensamentos persecutórios o invadem, antecipando o perigo iminente de ser identificado, reconhecido e denunciado publicamente e, na seqüência dos sentimentos de culpa, ele se vê como dejetado. Mas isto não impede que ele repita, muito em breve, tudo exatamente da mesma forma. Descobrimos que a ressaca passa rápido e não se refere ao conteúdo de seus atos, mas ao medo de ser descoberto e desmoralizado.

A volta à análise acontece num desses momentos quando, horrorizado, se dá conta de que está se hospedando na casa de um traficante que se põe a serviço dele, satisfazendo todas as suas demandas para que o ritual se realize perfeitamente. O horizonte de degradação que se desenha neste ato se torna claro e consciente para ele.

Entretanto, o trabalho da análise encontra sempre uma lacuna associativa entre esses dois personagens, que são separados por um estranhamento quando postos lado a lado, embora não se desconheçam – como acontece na histeria, em que o recalque possibilita o desconhecimento. É possível reconhecer uma incongruência e um paradoxo que deixa o próprio sujeito na perplexidade, pois não pode mais deixar de se implicar nele. À custa disso, conseguimos estabelecer uma lógica para esses atos, que se configuram como uma encenação que tem princípio, meio e fim.

1º ato, o princípio: na semana que o antecede, em meio à rotina do trabalho, ele começa sentindo uma apatia, um humor triste, o peso de uma vida sem vida, pois a falta de dinheiro o impede de desejar qualquer coisa, inclusive de se alegrar e ter uma namorada. Sua vida é medíocre, sem prazeres e sem objetivos.

Nessa atmosfera de frustração e angústia cada vez mais intensa, ele começa a ter flashes do prazer com as prostitutas. As fantasias se tornam mais freqüentes e, se um amigo

o convidar para sair, alguns copos de cerveja são suficientes para deflagrar o processo. *De repente, ele some*. A cena se precipita como um ato acéfalo. Sem pensar.

2º ato, o meio: nesta cena, ele pode tudo. O dinheiro e sua falta não são problema. Não há limite, não há tempo, ali ele pode pegar qualquer mulher, pode beber, fumar, cheirar, comer tudo e todas; sentir-se o homem poderoso, o neto viril, que tem o direito de gozar sem exceção. Ele é a exceção, não está submetido á castração.

3º ato, o fim: ele “cai na real”. Poderíamos dizer que ele sai da cena porque cai *do real* e cai como dejetos; não como falo.

Esse processo é, sem dúvida, muito parecido com as oscilações entre mania e depressão em alguns melancólicos e com a depressão descrita por Roland Chemama como a grande neurose da modernidade²⁵, onde ele propõe uma relação entre certas atuações impulsivas e a clivagem do eu, como uma forma de defesa contra a depressão.

Entretanto, a análise demonstrou a diferença entre depressão e masoquismo do melancólico, e o masoquismo perverso pela erotização da pulsão de morte, que se apresenta recortada em episódios, como este, desconectados do quadro geral da vida do sujeito, na medida em que respondem especificamente à questão da castração feminina.

Por isso foi possível concluir, neste caso, que não estamos no campo da neurose nem da psicose. O recurso que promoveu resultados foi marcar no discurso esse modo de lidar com a fantasia onde se desmente a castração através da divisão do eu em dois personagens paradoxais que convivem, sem que um possa excluir o outro para poder se unificar, sempre que a vontade de gozar excede o desejo de viver.

A partir desse manejo, foi possível desvelar a realização da fantasia ao modo de atuação perversa, ou seja, como mecanismo de anulação da contradição. No momento de surgimento da angústia devido à impotência imaginária diante da mulher “séria”, o sujeito recorre à fantasia que, assim como na alucinação do bebê, não dá conta de satisfazer ou de barrar a força cumulativa do seu impulso. Como não encontra, em seu instrumental simbólico, um suporte propício ao recalçamento ou para metaforizar a satisfação em um substitutivo sublimatório, só lhe resta desmentir a castração e agir sem que nada seja capaz de impedi-lo de realizar o ato. Por este ato, ele desmente a falta do falo em si e na figura materna.

Podemos, além disso, ver neste ato um desafio à lei na medida em que interroga o sentido de ausência do pai como agente da castração. A denúncia implícita da *père-version*, da inércia de um pai impassível diante de suas saídas desastrosas, excluído de qualquer implicação com o que acontece diante de seus olhos, expõe este olhar oco que existe tanto nele quanto no pai, anônimo e inanimado, agente apático.

Nesse modo de pensar e agir, reconhecemos o roteiro que repete um motivo latente no qual o “sou castrado” assim como “a mulher não tem o falo” estão elididos; em que ele não é ele – não tem nome – e a prostituta encarna o objeto inanimado de gozo que presentifica e se confunde com a imagem do próprio falo: fetiche que sustenta sua armação; sujeito e outro despersonalizados, do mesmo modo que, na fantasia, “bate-se numa criança”.

Aqui podemos ver como a estrutura do fantasma perverso, propriamente dito, diferencia-se claramente da fantasia perversa do neurótico a partir da forma como o roteiro fantasmático se apresenta

[...] recortado e destacado da história do sujeito, como se fosse uma seqüência de cenas sedutoras de um filme, desconectadas de seu enredo completo, o que determina sua fixidez e a posição de certeza de saber como se dá a captura do objeto de gozo. O sujeito perverso situa-se em uma economia psíquica que lhe permite se assegurar da presença total, despidorada e direta do objeto de gozo, e em uma relação explícita e desvelada com o outro, oscilando entre essa presença positiva e absoluta do objeto ou sua ausência insuportável e desestabilizadora.²⁶

No encontro com a ausência/presença do falo e com a sua própria castração diante da mulher, nosso jovem sujeito *desaparece de repente* para dar consistência à afirmação de que não há castração, partindo de outro lugar. Mas ele não vai porque assim o deseja, é a vontade de gozo desse eu anônimo que entra em cena e o conduz aonde não há empecilhos e a satisfação é certeza. A entrada em análise de dá quando este anonimato, até então preservado, começa a ser ameaçado por um corte: primeiro, quando ele se vê obrigado a recorrer aos amigos; segundo, quando o envolvimento com marginais, que podem identificá-lo, o conduz um passo adiante na direção de desafio à morte.

O progresso da análise vai tornar evidente o caráter compulsório, mortificador e destrutivo desse gozo em que o sujeito se perde de seu desejo, assujeitado a essa outra

²⁵ CHEMAMA, R. *Depressão, a grande neurose contemporânea*. Porto Alegre: CMC, 2007.

²⁶ FLEIG, M. *O desejo perverso*, op. cit., p. 35.

regra que o condena ao apagamento nessa dimensão do anonimato. A idéia de negativo da liberdade é perfeita para esta situação²⁷.

Mário Fleig considera que a cultura contemporânea exerce um papel preponderante na elaboração desses roteiros:

Propomos, como hipótese, que a dessubjetivação do sujeito moderno tem incidência no que constitui um dos fenômenos elementares da perversão. A noção de fenômenos elementares advém da psiquiatria clássica, e Lacan tenta mostrar que não se trata apenas de um fato ou acontecimento, mas de um motivo que se repete, muitas vezes de formas disfarçadas, e que se encontra no interior do delírio, na psicose ou no roteiro perverso como o modo de relação do sujeito com o objeto. [...] São fenômenos sutis, uma espécie de aura, impressões, um sentimento, uma estranheza que antecede o desencadeamento do delírio ou das alucinações. [...] essa dessubjetivação no campo da perversão aparece na paixão pelo inanimado [...] Aparece também na crescente disseminação das formas de anonimato na contemporaneidade. O sujeito se coloca em situações em que seu nome não aparece, o que não se restringe apenas à clandestinidade. São fenômenos aparentemente banais, mas que podem indicar aquilo que diz respeito aos fenômenos elementares da perversão²⁸.

E, mais adiante, ele propõe outras questões que nos conduzem a uma mais ampla dimensão.

Um aspecto interessante é a interrogação que o sujeito perverso introduz no campo das normas sociais: é um sujeito que se situa fora das normas e quer impor suas próprias normas? Seria um sujeito fora-da-lei e que, ao mesmo tempo, impõe uma outra lei? Qual é o estatuto da lei? Não estaria ele mesmo submetido a essa outra lei, ou seja, uma espécie de roteiro pelo qual está tomado e que precisa do outro para ser colocado em cena? O próprio sujeito perverso está submetido a um roteiro particular, ele segue uma lei muito mais rígida do que as leis que ele contesta. [...] ²⁹

Não podemos deixar de concordar que tudo isso é propiciado pela cultura em que vivemos, onde o anonimato e o inanimado oferecem ao sujeito meios de gozo que passam a ser normais, desejáveis, senão compulsórios, para aqueles que pretendem demonstrar uma virilidade, provando resistência na busca desenfreada de um prazer absoluto, a qualquer custo.

Podemos também nos interrogar sobre o que poderia levar sujeitos que contam com esse tipo de arranjo psíquico a se engajar no discurso analítico. Talvez o fracasso da proteção contra a angústia seja o motivo privilegiado para levar um perverso ao divã. No

²⁷ ROUDINESCO, E. *A parte obscura...*, op. cit., p. 10-11.

²⁸ FLEIG, M. op., cit., p. 59-60.

²⁹ FLEIG, M. Op., Cit., p. 60

caso desse jovem, a tentativa de barrar esta atuação começa quando ele percebe que o prazer a que se expõe o conduz ao mais além do prazer: compulsão mortificante, caminho da sua destruição. Mas isto só se opera a partir da falta de continuidade que a análise introduz entre os dois personagens resultantes da clivagem.

Ao contrário do chavão de que perversos não se analisam, tenho a suspeita de que há mais sujeitos perversos nos divãs do que se tem notícia. Pois a perversão não se limita aos casos de perversidade psicopática que encontramos nas páginas policiais, ou na literatura, onde grandes perversos mostram sua habilidade para sublimar e criar obras de arte. É possível que muitos casos mascarados como depressão ou melancolia na verdade se sustentem nesse modo particular de relação com a linguagem, que nem sempre é detectado porque o desejo perverso se aproxima da fantasia perversa do neurótico em relação a instituir a não-contradição como lei.

Catherine Millot inicia seu livro *Gide Genet Mishima. Inteligência da perversão*, com um capítulo intitulado “Um talento perverso” em que ela trata dessa inclinação para os extremos que, apesar das diferentes formas de se apresentar, une todos os perversos em um mesmo desafio ao princípio supremo da razão, que é a lei da não-contradição. Ela ressalta esta habilidade particular do perverso de transmutar o sofrimento em gozo e a falta em plenitude, que coincide com uma das vocações da arte. Ela diz que “[...] eles têm a arte de fazer de necessidade virtude e uma faculdade de vencer a infelicidade que é um assunto de estilo. Aqui, a língua os leva, suas ambigüidades, suas inversões, seus equívocos profundos”³⁰.

O perverso tem a “arte” de criar o sublime e o abjeto, sem contradição. A representação do feminino enquanto falta faz dele algo abjeto, mas ao mesmo tempo sublime, ao revesti-lo dos inúmeros objetos que sugerem o falo. Do sublime ao abjeto, a consequência lógica do desmentido da castração feminina, é que a diferença sexual não existe. O feminino, que só pode se representar pela ausência, desaparece na abjeção e isto interessa, particularmente, à histérica cuja inveja do pênis remete ao desejo de ter o falo, negando a castração. Não podemos nos esquecer que, quando Freud diz que a neurose é o negativo da perversão, ele especifica que se trata sempre da neurose histérica. A histeria é o inverso da perversão, tanto no sentido de que o sujeito histérico é aquele que mais facilmente se deixa seduzir pela promessa perversa, como no sentido de que o histérico é

³⁰ MILLOT, C. *Gide, Genet, ..., op. cit.*, p.7.

quem se revolta contra o avanço do saber impessoal e dessubjetivado da ciência moderna e da técnica, no que ele tem a ver com a estrutura da perversão.

A perversão e o desejo perverso estão determinados por um modo particular de gozo que diz respeito ao sujeito constituído no contexto da ciência moderna, e por isso concerne a todos nós³¹.

Ironicamente ou não, a teoria freudiana, ao lançar um novo olhar sobre a perversão, precipita um novo olhar sobre a própria cultura. Desta forma, quando a psicanálise inclui aquilo que estava excluído por questões morais, religiosas e de convenção, ela caminha num sentido contrário ao movimento que culmina com a exclusão radical deste termo pela ciência médica moderna. Este novo olhar inaugura uma visão do humano calcada na relativização dos parâmetros absolutos; e isto não deveria ser ignorado pelo conhecimento científico, principalmente pelo que isto permite pensar a respeito da própria ciência moderna.

Sabemos do interesse de Freud em ver a psicanálise reconhecida como ciência, pois, além de ser um cientista oriundo da neurologia, ele necessitava deste reconhecimento para que suas teses não fossem ignoradas.

Para que a psicanálise não fosse confundida com práticas espúrias, místicas ou impuras – e até perversas –, era preciso enquadrar-se nos padrões da ciência tradicional. Esta qualificação foi fundamental, sem a menor dúvida, para a sobrevivência da psicanálise naqueles tempos difíceis em que a chancela da tradição científica representava o selo de qualidade de nossos dias.

Entretanto, ao final do seu percurso teórico, vemos que essa preocupação se rarefaz, e ele propõe a psicanálise leiga, liberta e diferenciada dos cânones da ciência médica e da religião. Neste momento em que a teoria avançou suficientemente e ainda mais hoje, nos tempos da ciência médica moderna, fica muito clara a oposição fundamental entre o objeto da ciência e o objeto da psicanálise, pois o indivíduo, que ocupa o lugar de objeto da ciência, é aquele que ocupa o lugar de sujeito para a psicanálise. O cientista é o sujeito da experiência, o analista é o objeto na transferência analítica. A participação do sujeito, fundamental na experiência analítica, deve abster-se na experiência científica, deve permanecer ausente em nome da neutralidade científica.

³¹FLEIG. *O desejo perverso...*, op., cit., p. 109.

Mas há outro motivo fundamental para justificar que os analistas não se interessem em aproximar a psicanálise da ciência moderna, que tem a ver com a perversão social da modernidade, à qual se refere Fleig no trecho que citei há pouco. Segundo ele,

[...] a modernidade forneceu as condições sociais e subjetivas para o surgimento de sujeitos perversos: a impessoalização e dessubjetivação dos discursos, isto é, o advento do individualismo e da massa, que corresponde à forclusão do sujeito da enunciação no discurso da ciência.³²

Lacan sinaliza, no “Discurso de Roma”, esta cisão das relações entre a fala e a linguagem no contexto da ciência moderna, que tem como conseqüência – como hoje observamos – a classificação do DSM, que abandonou a terminologia psicanalítica, psicodinâmica ou fenomenológica, que humanizava a psiquiatria, substituindo-a por parâmetros comportamentais em que a subjetividade está excluída³³.

Neste contexto da ciência atual, o sujeito perde seu sentido, é anônimo, quantificado, pois o saber é dessubjetivado e universalizante. É um tipo de saber no qual encontramos a linguagem sem fala, a antinomia do sujeito cindido entre dois discursos. Este ideal de objetivação universalizante subverte o campo da ciência tanto quanto o social, na medida em que nega radicalmente a alteridade do outro e o instrumentaliza promovendo o apagamento da dimensão empática do semelhante para privilegiar a dimensão do estranho, do individualismo. Daí o incremento da violência nas relações sociais em nossos dias.

Esse princípio supremo da razão, em nome da pretensão de dar conta de suas condições; da exclusão da diferença, sob o pretexto de uma justiça igualitária e fraterna; da redução do corpo à categoria de organismo a ser usado, estudado ou explorado, em nome de um Saber supremo, ou de uma qualidade total, ou de uma submissão apática e amoral na execução de um trabalho, todos estes princípios, em nada diferem do princípio fundamental da perversão: o do direito a gozar do outro e de seu corpo, tal como se afirma na máxima sadiana, que visa o absoluto na exclusão da diferença, para desmentir a impossibilidade ou, se preferirem, a castração.

É isso que, em última instância, busca o perverso, restaurar o Ser supremo [...] A obturação radical da falta, em todos os furos possíveis, se transmuta no ódio radical por aquela que denuncia o furo: A Mulher. O perverso se estrutura em torno do repúdio radical ao outro sexo, que

³² FLEIG. *O desejo perverso...*, op. cit., p. 119.

³³ Sobre esta questão, ver Roudinesco. *A parte obscura...*, op. cit., p. 187.

exige sempre velado e até mesmo danificado, para que nada possa vir de lá. Mais do que isso, visa a destruir tudo que possa ter passado pelo sexo feminino, inclusive ele mesmo. Aí se encontra a única saída para a realização da paixão perversa, que o aspira a eliminar-se a si mesmo.³⁴

É nesse sentido que, ao discurso da psicanálise, não interessa se harmonizar com o discurso da ciência, desde quando aquilo que a análise visa – o rochedo da castração – é exatamente o que ela trabalha para excluir de seu campo, por não saber que isto a incita a eliminar-se a si mesma.

Desafortunadamente, os ouvidos moucos e os olhos ocos da ciência moderna não podem ouvir e ver-se em sua trajetória perversa rumo à própria decadência. Mas os perversos que se deparam e engajam suas angústias no trabalho analítico, certamente podem ter uma *chance*.

*Que faríamos sem Sade, Mishima, Jean Genet, Pasolini, Hitchcock e muitos outros, que nos deram as obras mais refinadas possíveis? Que faríamos se não pudéssemos apontar como bodes expiatórios – isto é, perversos – aqueles que aceitam traduzir em estranhas atitudes as tendências inconfessáveis que nos habitam e que recalcamos?*³⁵

Elizabeth Roudinesco

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, S. *A Impostura perversa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 311-312.
- BARBIERI, C. A postura perversa é a impostura. In: *Estudos de Psicanálise*. Círculo Brasileiro de Psicanálise, ag.2007. v.30 p. 35-42.
- BARBIERI, C. O viés perverso da sexualidade. In: *Cogito*. Círculo Psicanalítico da Bahia, 2003. v.5 p. 11-17.
- CHEMAMA, R. *Depressão, a grande neurose contemporânea*. Porto Alegre: CMC, 2007.
- FLEIG, M. *O desejo perverso*. Porto Alegre: CMC, 2008. p.15
- FREUD, S. A divisão do ego no processo de defesa [1940(1938)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXIII.
- FREUD, S. Cinco lições de psicanálise [1910 (1909)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. 1976, v. XXI.
- FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise [1916-1917]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVI, p. 359.

³⁴ FLEIG. *O desejo perverso*..., op., cit., p. 143-144.

³⁵ ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p.13.

- FREUD, S. Esboço de Psicanálise [1940(1938)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXIII
- FREUD, S. Totem e tabu (1913[1912]). In: *Obras Completas*. 3.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. v. II
- FREUD, S. Tres ensayos para una teoría sexual [1905]. In: *Obras Completas*. 3.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. v. II, p. 1.172.
- FREUD, S., “Uma Criança É Espancada – Uma Contribuição ao Estudo da Origem das Perversões Sexuais”, In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVII.
- LACAN, J. Kant com Sade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. p.780.
- LACAN, Jacques. *O seminário, livro 4: a relação de objeto* [1956-1957]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 156.
- LACAN, Jacques. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 239.
- LITTRÉ, Émile. *Dictionnaire de la langue française*. Paris: Gallimard-Hachette, 1966. v.5. Grifo nosso.
- MILLOT, C. *Gide Genet Mishim: inteligência da perversão*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p.7.

