



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA**

**OS DESTINOS DO SOFRIMENTO E DA PERFORMANCE NA ATUALIDADE:**  
Entre psicofármacos e transferências

**RIO DE JANEIRO**  
**JULHO/ 2017**

MAICON PEREIRA DA CUNHA

OS DESTINOS DO SOFRIMENTO E DA PERFORMANCE NA ATUALIDADE:

Entre psicofármacos e transferências

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Dr. Joel Birman

RIO DE JANEIRO

JULHO/ 2017

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de  
Filosofia e Ciências Humanas. Adriana Almeida Campos – CRB/7 4.081

C972 Cunha, Maicon P.  
Os destinos do sofrimento e da performance na atualidade:  
entre psicofármacos e transferências / Maicon Pereira da Cunha.  
2017.  
172f. : il.

Orientador: Joel Birman.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria  
Psicanalítica, 2017.

1. Psicanálise. 2. Medicalização. 3. Mal-estar (Psicanálise). 4.  
Narcisismo. I. Birman, Joel. II. Universidade Federal do Rio de  
Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 150.195

MAICON PEREIRA DA CUNHA

OS DESTINOS DO SOFRIMENTO E DA PERFORMANCE NA ATUALIDADE:

Entre psicofármacos e transferências

Orientador: Joel Birman

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

---

Presidente, Prof. Dr. Joel Birman – IP/ UFRJ

---

Prof. Dr. Paulo Vaz – ECO/ UFRJ

---

Prof. Dr. Pedro Cattapan - UFF

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Herzog – IP/ UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Alexim Nunes- Medicina/ UNESA

RIO DE JANEIRO  
JULHO/ 2017

## DEDICATÓRIA

Às minhas tias Josefa Tereza (*in memoriam*) e Maria Gorete (*in memoriam*), pelo amor, afeto e riso frouxo; pelo incentivo que me deram a esta pesquisa e que talvez nem souberam disso em vida, e, sobretudo, pela saudade.

Dedico também aos pacientes do CAPS infantil com os quais eu topei e para os quais não pude fazer muita coisa além de ouvir ruídos de quase morte, e que impuseram uma necessidade angustiada da escrita, senão como terapêutica, como homenagem.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me seguraram pelas mãos e me conduziram pelos caminhos mais difíceis e mais gostosos da construção de mim mesmo;

A Antônio Geraldo, Joel Birman, Jorge André, Denise Cabral e Maria de Fátima Amin, pela generosidade de permitirem que eu pudesse segurar em suas mãos para que eu pudesse continuar me construindo;

Aos meus pacientes, pela paciência, pela troca, pela humanidade;

A Paulo Vaz, Pedro Cattapan, Regina Herzog e Silvia Nunes, pelo carinho e pela aposta cuidadosa em observar e apontar ricamente as nuances não apenas deste trabalho, mas ao longo dos constantes aprendizados em momentos e espaços afora;

Aos amigos do Instituto de Estudos da Complexidade (IEC), pelo rico espaço de estudos, trabalho e afeto, sobretudo nas figuras de Maria de Fátima Amin e Tereza Estarque;

Aos amigos do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ), pelos trilhamentos nos rumos dos estudos e formação;

A Rafael Caetano, por ser o irmão que a vida decidiu me presentear;

*A Diana, pour tout ce que tu es;*

A Fábio e Rafael Pimentel, pela amizade e pelos momentos de felicidade encontrados em horinhas de descuido;

A Fernanda, pela amizade, parceria fecunda e por ter acreditado em mim quando eu não acreditava e vacilava frente aos desafios da vida;

A Eversong e Fabíola Pinudo, pela amizade constante, meus ansiolíticos;

Aos amigos de trocas intensas pelos caminhos do *Unheimliche*, entre UFRJ, UFF, IEC, EBEP e Círculo Psicanalítico: Bruna Brito, Bruno Dias, Camila Pires, Carolina Paixão, Cíntia Magalhães, Cristina Birck, Flávia Lana, Henrique Sobreira, Leila Ripol, Luciano Dias, Mariana Pombo, Natasha Helsinger, Ricardo Salztrager, Ronaldo Laguardia, Sérgio Gomes, Vanessa Monteiro, Yvone Gabriel;

À CAPES e à UFRJ, pela possibilidade de ter realizado esta pesquisa;

Enfim, a todos os meus familiares, amigos e colegas, pelo incentivo e apoio.

*"A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente."*

O Alienista, Machado de Assis.



## RESUMO

### OS DESTINOS DO SOFRIMENTO E DA PERFORMANCE NA ATUALIDADE:

Entre psicofármacos e transferências

Maicon Pereira da Cunha

Orientador: JOEL BIRMAN

A presente tese tem por objetivo percorrer um caminho que parte da identificação do fenômeno da medicalização da vida. Realizando o diagnóstico de uma indústria farmacêutica centrada na ideia de *psicofarmacodependência*, enquadramos um mapeamento que circunscreve uma articulação entre diversos polos da dimensão saber/poder na promoção de um ideário de felicidade em cápsulas. Essa trama será organizada tendo como pano de fundo as exigências de autonomia e performance na atualidade, fruto dos arranjos do consumismo, na perspectiva das economias neoliberais. Será organizada uma cartografia que identifica mudanças da modernidade à pós-modernidade, na qual o corpo hipermedicalizado foi o que restou como bem supremo nas sociedades do mal-estar, caracterizadas pelo horror à ideia de morte. No plano de uma *démarche* interna às continuidades e descontinuidades dentro da psicanálise, outro eixo importante será o tratamento do sofrimento psíquico atual no âmbito da transferência. Essa *démarche* será pautada pela apreensão do universo das drogas desde os primórdios da psicanálise, até a compreensão da figura do médico/analista como uma droga. Por fim será tematizada a metapsicologia dos Estados Limites, tomando a categoria de narcisismo negativo como analisador dos vínculos contemporâneos.

Palavras-chave: medicalização, performance, mal-estar, transferência, narcisismo.

## RÉSUMÉ

La présente thèse a pour objectif de suivre un parcours qui part du repérage du phénomène de la médicalisation de la vie. En établissant le diagnostic d'une industrie pharmaceutique qui agit sur la psycho-pharmacodépendance, on dressera une cartographie du contexte qui englobe une articulation entre les divers pôles de la dimension du savoir-pouvoir dans le cadre de la promotion de l'idéal du bonheur en capsules. Cette trame sera développée avec, en toile de fond, les exigences d'autonomie et de performance actuelles, qui sont le fruit des arrangements du consumérisme, dans la perspective des économies néolibérales. On dressera une cartographie des changements ayant marqué le passage de la modernité à la post modernité, dans laquelle le corps hyper-médicalisé est ce qui reste en tant que bien suprême dans les sociétés du mal-être, caractérisées par leur répulsion envers l'idée de la mort. Sur le plan d'une démarche interne s'inscrivant dans les continuités et discontinuités présentes dans le domaine de la psychanalyse, on devra suivre un autre axe important, qui est celui du traitement de la souffrance psychique actuelle dans le cadre du transfert. Cette démarche sera orientée par une appréhension de l'univers des drogues, dès les débuts de la psychanalyse, jusqu'à l'assimilation de la figure du médecin/analyste à une drogue. Enfin, l'on thématisera la métapsychologie des états limites, en prenant la catégorie du narcissisme négatif comme un analyseur des liens contemporains.

Mots-clés : médicalisation ; performance ; mal-être ; transfert ; narcissisme.

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I - O QUE ESTÁ REMEDIADO?.....	19
1.1. Farmacologização dos lucros cotidianos .....	20
1.2. Psicofarmacodependência .....	28
1.3. A psiquiatrização e as manuais.....	36
1.4. Conexão DSM-Pharma.....	43
CAPÍTULO II - NOS RUMOS DA PERFORMANCE E DA AUTONOMIA .....	47
2.1. Nas dobradiças da modernidade .....	47
2.2. A exorcização de todo o mal .....	52
2.3. Do corpo como bem supremo.....	55
2.4. Sociedade do mal-estar.....	60
2.5. Imortalidade.....	66
CAPÍTULO III - DAS DROGAS AO SIMBÓLICO.....	71
3.1. Indústria da eficácia simbólica .....	71
3.2. Uma tematização sobre as drogas nos primórdios da psicanálise .....	78
3.3. A linguagem nas origens da psicanálise .....	82
CAPÍTULO IV- TRANSFERÊNCIAS E NARCISISMO .....	93
4.1. Nas pistas do vínculo.....	93
4.2. Abstinência e crise na experiência analítica .....	96
4.3. Transferência e toxicomania.....	99
4.4. Transferência e narcisismo .....	103
4.5. Sobre o narcisismo: uma introdução .....	106
CAPÍTULO V – PATOLOGIAS DO IDEAL E ESTADOS LIMITES.....	110
5.1. A falha básica .....	110
5.2. Destinos do prazer e alienação .....	121
5.3. Estados Limites e narcisismo .....	129
5.4. Narcisismo e falhas constitucionais.....	133
5.5. Kohut e as personalidades narcísicas.....	137
5.6. Winnicott e o falso self.....	144
5.7. Narcisismo negativo .....	146

5.8. Desamparo e compulsão.....	153
CONCLUSÃO .....	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	165

## INTRODUÇÃO

### Uma visão acerca do campo das drogas na atualidade

Não é difícil de perceber que na atualidade há um aumento vertiginoso da demanda de psicofármacos. A indústria farmacêutica vende a imagem de seus produtos como a possibilidade em alcançar a tão desejada quietude - ausência de conflitos e tensões - a felicidade em pílulas. Era exatamente essa promessa que estava na base do *marketing* do Prozac, que começou a ser difundido no final da década de 1980. Um verdadeiro *boom* no consumo de psicofármacos se nota no nosso cotidiano e em um ritmo cada vez maior.

Certamente, um grande número de pessoas foi beneficiado pelos efeitos advindos do desenvolvimento de medicamentos a partir da segunda metade do século XX. Se por um lado Pinel liberou os acorrentados dos muros asilares, conferindo ao alienado o estatuto de doente mental; por outro lado a psicofarmacologia liberou a camisa de força, inclusive sendo possível a Reforma Psiquiátrica também pela possibilidade de uma terapêutica medicamentosa. Muito se avançou com o manejo desta terapêutica, tornando possível o trabalho do psicanalista sem o divã (RACAMIER, 1970). O trabalho dos psicanalistas para além de seus consultórios privados, sendo introduzido no campo institucional foi, em muito, possível pelo avanço dos dispositivos tecnológicos da indústria farmacêutica.

Se é possível a um autor como P. C. Racamier refletir sobre a possibilidade de se questionar a utilização do termo 'doença mental', se neurose e psicose foram aproximados do ponto de vista da possibilidade do trabalho terapêutico; certamente um dentre outros fatores foi a intervenção medicamentosa no campo das psicoses. Nessa seara, Freud libera a doença da existência asilar, mas reagrupa os poderes na mão do médico.

É necessário sublinhar que diante das inúmeras dificuldades encontradas no tratamento das doenças mentais, o psiquiatra - ou o psicanalista - deve, sem cessar, evitar duas tendências que são destrutivas: (i) um empirismo 'libertador', que negaria todo estudo científico da 'loucura', sem o pretexto de entender a voz da desrazão e (ii) uma rigorosa classificação justificando o avanço de todos os fracassos, todas as renúncias, e se limitando a descrever como o alienado é alienado. Não se trata aqui de demonizar a indústria farmacêutica. Antes, intenta-se desdobrar alguns dos fios dos tecidos em que se inserem as

significações desta introdução dos psicofármacos no cotidiano das múltiplas práticas terapêuticas e, mais do que isso, de sua expansão no campo do social.

As publicações sobre a psicofarmacologização da vida apontam que este é um debate crescente. Numa pesquisa na base de dados da Capes, em agosto de 2014, a busca pelo termo “medicalização” apareceu com 361 resultados, dispostos cronologicamente da seguinte forma: antes de 1998 (5 artigos), 1998-2001 (10), 2002-2005 (22), 2006-2009 (157), pós 2010 (168). Tais dados refletem que há no cenário atual interesse pela problemática referida aos psicofármacos, que pode ser constatado tanto na medicina e no meio acadêmico, como também por parte dos próprios consumidores.

Não é uma novidade que muito já se tenha falado sobre as drogas ilícitas. No entanto, estamos diante de um quadro que organiza as coordenadas de um processo de intensa psiquiatrização da vida cotidiana, em que as mais banais emoções são passíveis de uma intervenção medicamentosa. Em contrapartida às drogas ilícitas, que estão imersas numa atmosfera de um moralismo que reprime tanto seu uso quanto o debate sobre sua descriminalização, aqui estamos situados no registro do aumento da oferta dos psicofármacos, incrementando os lucros exorbitantes da indústria farmacêutica.

Borch-Jacobsen (2013) mostra os interstícios de uma verdadeira indústria perversa, capaz de trazer a imagem dos medicamentos enquanto instrumento de melhoria na qualidade de vida. Porém, os efeitos colaterais não se inscrevem no registro da exceção, e sim da regra, pois nos apresenta o risco de colocarmos todos a saúde em perigo.

O jornalista Robert Whitaker (2002; 2010) mostrou em seus livros o quanto o fenômeno da intensa psicofarmacologização vem acometendo a sociedade americana e provocando sequelas graves na população. Segundo Whitaker, o avanço dessa prática teve um sucesso com o advento da localização do desequilíbrio químico como pressuposto para o surgimento da doença mental.

A clorpromazina foi a protagonista deste cenário, na década de 1950, tendo sido amplamente utilizada para controle dos nervos dos pacientes psicóticos nos hospitais psiquiátricos. Neste mesmo momento surgiram o meprobamato, para a ansiedade (que foi seguido logo depois por uma série de benzodiazepínicos); e a iproniazida, que era capaz de produzir elevação de humor e euforia (inicialmente usada no tratamento de tuberculose).

Essas substâncias sempre foram usadas para o tratamento de outras enfermidades, e de um modo aleatório, descobria-se que alteravam o estado mental. Daí a teoria do desequilíbrio químico, pois inibiam sintomas perturbadores, causando embotamento, euforia,

a depender da situação. Era o triunfo da camisa de força química sobre a camisa de força física, pois pôde-se começar a prescindir da lobotomia e de outros procedimentos antes utilizados no controle dos doentes mentais. O sucesso deste caminho é questionado pelos inúmeros efeitos adversos a longo prazo, pela pequena margem de eficiência em relação a administração de placebos em vários estudos, e pela incapacitação de pessoas com diagnóstico de algum tipo de transtorno mental. Neste cenário, não é apenas a loucura que começa a ser intensamente medicalizada, mas também os comportamentos, os sentimentos mais banais do cotidiano.

A proposta de reflexão aqui adensada se pauta na fundamentação de um panorama social determinado. Sem pretender recorrer a uma partidarização em prol ou contra o uso de drogas, esta tese intenta problematizar um *diagnóstico*, já que nos situamos no domínio de uma questão que tangencia o campo médico. O diagnóstico de um uso intenso de drogas na atualidade se inscreve em um contexto cultural que favorece a emergência e oferta de novas modalidades de drogas e se pauta na esteira de um trinômio que Birman (2014b) sustenta como sendo tecido pelas relações entre a droga, a performance e a medicalização da existência, que se realiza pela mediação da psiquiatria.

Para sustentar tal afirmação, Birman (2014b) recorre a um processo de historicização do uso de drogas. Se entre as décadas de 50 e 70 do século XX, o uso de drogas se inscrevia em projeto existencial, ético e político de transformação do mundo através da procura por uma abertura das portas da percepção e numa antecipação de novos mundos possíveis, isto se alterou nos anos 80 e 90. Este processo de historicização proposto impõe a necessidade de não demonizar a discussão, bem como os usuários de drogas, como comumente é feito, para poder observar as relações que os indivíduos estabelecem entre a droga e suas vias de prazer. Além disso, elenca diferentes estilos de apreensão desta relação em momentos sócio-históricos diversos.

Na metade do século XX a matriz constitutiva do uso de drogas retomava a tradição do século XIX, na qual artistas, poetas e escritores se valiam das drogas para delinearem novas possibilidades existenciais e sociais, matriz esta que pode ser exemplificada na figura de Baudelaire. Esta gramática das drogas sofreu uma modificação, na medida em que desde os anos 1980 a utilização das drogas passa a ser descontextualizada deste projeto utópico de modificação do mundo, símbolo que remete a maio de 1968: “Desde então o que passou a ficar em pauta para o sujeito seria o de suportar as agruras do mundo presente, por um lado, e

o de incrementar a performance dos sujeitos nas demandas existentes na atualidade.” (BIRMAN, 2014b, p. 25).

Birman situa nessa oposição história a marca de desencantamento do mundo, na qual o imperativo da performance seria o delineador da retórica das drogas na atualidade e novas modalidades de subjetivação são engendradas neste contexto. Nessa medida, o autor retoma a categoria de pulsão de domínio, presente no discurso freudiano sobre os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (FREUD, 1905a/2006), para circunscrever uma leitura além da noção de domínio do objeto na busca pela experiência de satisfação. O que estaria em pauta na demanda performativa na atualidade seria uma atividade permanente do sujeito em contraposição ao fantasma que uma passividade condensaria, signo de uma negatividade. Desta forma, a atividade ininterrupta enuncia o privilégio de um gozo fálico, e uma recusa da feminilidade estaria em jogo. A marca da masculinidade traz a virilidade como valor moral que está em alta na atualidade, tanto para homens, quanto para mulheres.

A caracterização da virilidade como marca de atividade localiza a incessante busca por continentes de seguranças individuais que fomenta uma proteção cada vez maior frente à dor e à angústia, em um cenário em que os indivíduos são convocados a serem demasiadamente robustos e proativos. É nesse cenário que os psicofármacos surgem como uma modalidade de objeto que incrementaria as potencialidades dos indivíduos.

É preciso salientar que os limiares subjetivos para a dor e a angústia são diminuídos em um cenário no qual a dimensão da espacialidade é alterada. Esta configuração remete ao deslocamento entre os âmbitos dos espaços público e privado, numa desconstrução progressiva do público e uma correlata expansão do privado, de forma que “se por esta inflexão a intimidade na existência dos sujeitos foi incrementada de maneira eloquente a expensas de suas inscrições no espaço público, como ocorria na modernidade, o narcisismo como marca fundamental nas formas de subjetivação foi o seu desdobramento efetivo e inevitável.” (BIRMAN, 2014b, p. 28).

Chama a atenção que ao mesmo tempo em que uma grande ofensiva se manifesta atualmente na defesa da manutenção da proibição das drogas ilícitas, um silenciamento acerca do aumento da utilização de psicofármacos se faz presente, o que se justifica pelo ideário de saúde e bem-estar que é veiculado, “promovendo [neste ideário] a melhoria ostensiva das perturbações psíquicas nas populações”. (BIRMAN, 2014b, p.27). Na base disso tudo, há uma indústria farmacêutica que atua numa articulação com a mídia, com a academia, e com a medicina.



Assim, acompanharemos as mudanças sociais tendo em vista os paradoxos impostos aos indivíduos que não obstante têm a necessidade de estarem no centro das atenções em um mundo neoliberal que instiga o autocentrismo e a competitividade, se sentem aquém em relação a essas imposições, o que justifica um aumento expressivo da chamada depressão na atualidade, sendo a segunda maior doença da atualidade, só atrás das doenças coronarianas. Aí se situa o triunfo de um projeto de uma pomposa indústria farmacêutica, que vende a esperança da garantia de um objeto que restaure as potencialidades individuais.

A compreensão da lógica neoliberal é fundamental para dispor as coordenadas do contexto sócio-histórico da atualidade, entendendo esta lógica como a contrapartida do Estado de bem estar social estabelecido no pós-guerra. Nessa perspectiva, a sociedade, na pós-modernidade entrou em processo de desconstrução, de forma que foi substituída pelo mercado. É nisso que Birman compreende que as noções de cidadão e soberania popular, que caracterizaram a modernidade, foram substituídas pela figura do consumidor, e as transformações evidenciam que o neoliberalismo vigente na atualidade não se configura como uma retomada do liberalismo do século XIX.

Assim, no neoliberalismo clássico o Estado regulava parcialmente o funcionamento da economia e não deixava esta se impor na sociedade de maneira autônoma e imperativa, por um lado, e mesmo tomava ativamente para si algumas regiões privilegiadas do espaço social, pelo outro. Contudo, com o neoliberalismo, um conjunto de práticas sociais que estavam sob a regulação do Estado, passou a ser transformado em mercadoria e se transformou em ativos do mercado, como a educação, a saúde, a ciência, a arte e os saberes em geral. (BIRMAN, 2014b, p. 31)

Então, a sociedade transformada em mercado impõe um risco constante aos indivíduos, que necessitam frequentemente estarem em movimento, numa equivalência ao funcionamento como empresas de si mesmos. Por isso, a medicalização na atualidade tem um solo fértil, na medida em que a psiquiatria surge como um poderoso dispositivo na relação saber-poder que incide sobre os corpos, como regulador do mal-estar social.

Esse processo de psiquiatrização do mal-estar se forjou no seio das sociedades neoliberais a partir da conjugação com os discursos da neurobiologia e da psicofarmacologia. Essas modalidades de discurso suprimem o registro simbólico dos sujeitos, abafando o aspecto sócio-histórico e relegando ao limbo a relação do corpo com a linguagem no que ela pode oferecer como subsídio de reflexão de alteridade.

No centro disto tudo, a compulsão ganha um estatuto privilegiado nas formas de subjetivação na atualidade, pois esta se amplia em sua equiparação à experiência das adições, se expandindo para outros objetos. O corpo se transformou no palco que se enuncia

inequivocamente o mal-estar, de forma que a queixa de que o corpo não funciona na exigência intensa de performatividade. Imagina-se que sempre há algo por se fazer para aumentar a performance corpórea, os cuidados estão sempre aquém, numa posição de dívida em relação a isso.

Nesta medida, Birman (2012) afirma que as queixas corporais se inscrevem numa discursividade ao mesmo tempo *naturalista* e *naturista*, que nos exortam permanentemente a práticas exóticas e à medicina, constituindo duas faces da mesma moeda. Com relação ao prestígio conferido ao corpo “pode-se afirmar que o corpo, para nós, cidadãos do mundo contemporâneo, é nosso único bem. Todos os outros desapareceram ou foram relativizados no seu valor.” (BIRMAN, 2012, p. 70). No mundo neoliberal, nem Deus nem a alma ocupam mais um lugar privilegiado, mas apenas o corpo resguarda o valor de bem supremo, no qual a promoção de saúde se tornou mantra.

Assim é que a narrativa do mal-estar na atualidade se exemplifica primordialmente num estado de estresse permanente, estando como plano de fundo dos outros males, “pois, passando pela elevação da pressão arterial, da dispneia e da aceleração do ritmo cardíaco, tudo é passível de lhe ser atribuído.” (BIRMAN, 2012, p. 70). O estresse provoca diferentes sintomas psicossomáticos, e nesta esteira, Birman indica a pregnância assumida no registro do corpo que revela a presença de uma falha no mecanismo da angústia-sinal no psiquismo, ou seja, uma falha na antecipação de uma iminência de perigo. Símbolo maior disto é o retorno intenso daquilo que era denominado por Freud de neurose de angústia, a atual síndrome do pânico.

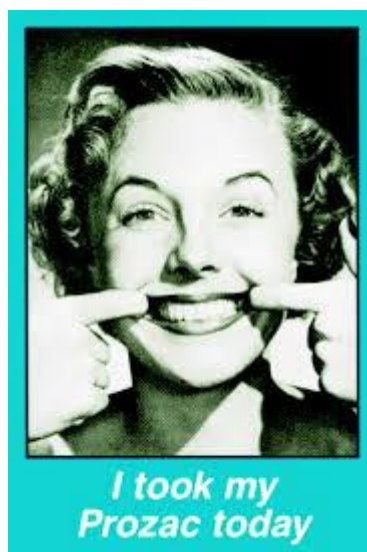
Há atualmente uma perda da eficácia dos mecanismos de proteção simbólica. As figuras de autoridades estão em declínio e a compulsão entra como recurso na tentativa de organizar simbolicamente métodos de proteção contra a angústia e o perigo. Neste campo, as drogas psicofarmacológicas são incentivadas como pretensoras da regulação do mal estar presentificado no corpo. No entanto, esse corpo da atualidade, isolado de seu sentido simbólico, acaba sendo subsumido à dimensão orgânica, na medida em que o corpo está posto como um epifenômeno do que acontece a nível cerebral. Há uma superposição entre corpo e organismo e o código simbólico construído pela psicanálise não consegue mais fazer obstáculo à disseminação dessa sobreposição, como aconteceu em fins do século XIX e boa parte do século XX.

Os humores mostram-se assim rebeldes e incontroláveis pelos símbolos e pelo discurso, mantendo-se então barulhentos em face desses. Uma transformação crucial

na economia política dos signos produziu-se no Ocidente, incidindo de maneira frontal sobre o discurso psicanalítico que se inscrevia nessa economia política. Em decorrência disso, os discursos naturista e naturalista se alastram no campo do imaginário social, impondo sua hegemonia numa outra economia dos signos. Nesse contexto, os tratamentos corporais assumem um lugar cada vez mais importante. Das massagens ao *spa*, passando pelos exercícios, ginásticas e danças orientais, tais tratamentos dispararam na preferência dos usuários, sem esquecer, é claro, os suplementos vitamínicos e os sais minerais que têm virtudes antioxidantes e rejuvenescedoras. O *risco*, como sensação polivalente nas suas figurações, está sempre presente no imaginário contemporâneo. (BIRMAN, 2012, p. 76).

Dessa forma, há um fascínio exercido no imaginário dos usuários no ideal de saúde, bem-estar e juventude eterna. O que se abole é a dimensão da finitude e o exorcismo da morte. Isto se articula intimamente no ideal do *marketing*, que produz uma demanda constante de produtos e serviços a serem consumidos. Não pode se separar isso das práticas de medicalização do Ocidente, iniciadas no século XIX. Birman afirma que uma separação dessa ordem seria um equívoco interpretativo desse imaginário corporal.

Por outro lado, ao vislumbrarmos a função da droga como catalizador das potências dos indivíduos, percorreremos os caminhos que engendram a compreensão das formas subjetivas na cultura do narcisismo, sobretudo no âmbito da dimensão alteritária. Por isso a questão da transferência é outro eixo fundamental nesta tese. Nesse sentido, elucidaremos as mudanças no dispositivo analítico sempre na tentativa de traçar uma leitura das subjetividades atreladas ao seu tempo e as consequências deste engendramento, para o qual é preciso que o analista esteja atento. A leitura da psicanálise sobre os sujeitos, portanto, não incidindo sobre um sujeito atemporal, mas inscrito em um determinado contexto, exige uma leitura transferencial sobre a função do analista no processo de acompanhamento das subjetividades. Nessa via, esta tese versa sobre os destinos do sofrimento na atualidade, elucidando os possíveis lugares que o analista pode ocupar, principalmente o lugar de uma droga.



## CAPÍTULO I - O QUE ESTÁ REMEDIADO?

### 1.1. Farmacologização dos lucros cotidianos

Tendo realizado essa breve contextualização, agora ressaltamos e organizamos algumas pontuações a respeito de um determinado silenciamento, que não pretende esgotar a discussão a respeito das drogas. Historicamente, o homem sempre se utilizou de substâncias que alterassem organicamente sua dinâmica psíquica. Na busca de uma outra relação com o mundo a partir da alteração da organização bioquímica corporal, a apreensão do universo das drogas sempre foi algo próximo dos indivíduos em sua relação com a realidade.

Desde fins do século XVIII houve uma intensa profusão no campo da ciência, nas artes, na medicina da experimentação de drogas, como historiciza Cohen (2014):

Já em 1799, o grande químico Humphry Davy havia inalado óxido nítrico (“gás hilariante” ou “crack de hippie” para os usuários recreativos contemporâneos) para investigar seus efeitos. Na Paris de 1844 havia o Clube do Haxixe; entre os membros estavam Victor Hugo, Balzac, o pintor Eugène Delacroix e o poeta Charles Baudelaire. William James, o pioneiro psicólogo americano, inalou óxido nítrico e escreveu extensamente sobre sua experiência com o gás. A “tradição do consumo introspectivo de drogas” inclui ainda Havelock Ellis, William Hasstedt, o pai da cirurgia americana, e Aldous Huxley, autor de *Admirável mundo novo*. ( p. 24).

Na contextualização dessa atmosfera da experimentação de drogas, principalmente no século XIX, inserimos o interesse de Freud sobre a cocaína, naquilo que ficou conhecido

como o episódio da cocaína (JONES, 1975), temática que será mais aprofundada mais a diante no terceiro capítulo. O que queremos sustentar neste momento é a argumentação em favor da identificação de um crescente interesse no desenvolvimento da experimentação de drogas, sejam como catalizadoras de novas percepções do mundo, sejam com finalidades terapêuticas. O questionamento é sobre o plano de fundo das variáveis sociais e históricas que se sobrepõem na organização deste diagnóstico. É disso que este primeiro capítulo tratará.

O exame sobre as condições do aumento da demanda de psicofármacos na contemporaneidade exige uma reflexão contextualizada sobre alguns elementos em que esta discussão se inscreve. As coordenadas da trama aqui exposta se inserem na problemática do mal-estar na atualidade (BIRMAN, 2007), organizando este objeto de estudo dentro de uma proposta de reflexão social e sobretudo política. Esse debate está inserido na constituição de uma questão posta às ciências humanas sobre a toxocomania, e assim a psicanálise se insere neste campo. A questão é propor em que medida se pode interrogar a interface da estrutura das subjetividades no modo como se dá a relação com as drogas e, principalmente, na contemporaneidade, fruto de um determinado contexto.

Vaz (2015) afirma que um modo de estimar as diferenças entre a subjetividade moderna e a contemporânea é a surpreendente incidência, hoje, de doenças mentais. Há um expressivo aumento do número das entidades diagnósticas, em um ritmo que possibilita a inserção dos indivíduos dentro do enquadramento da categoria de “doente”. O autor afirma que mais interessante do que pensar se realmente há um número maior de doenças - pois há uma hermenêutica na concepção de doença que é diferente - é se questionar porque nossos contemporâneos não se espantam com tamanha prevalência de doenças. Haveria uma fé irrestrita no enunciado de um grave problema de saúde pública, confiando nas instituições que afirmam sua existência, o que faz haver uma lógica que contraria a suposição de desviantes como minoria em uma sociedade. Atualmente, a lógica é do enquadramento da maioria na categoria de desviantes:

o diagnóstico de doenças mentais parece ter afrouxado seu vínculo com a infração de regras, substituindo-o pelos nexos com a sensação de bem-estar. Ou ainda, se o conceito de doença mental presume que só há doença quando há desvio em relação a uma expectativa social, na Modernidade, essa expectativa estava ancorada na regularidade do comportamento; já na atualidade, a expectativa socialmente induzida é a de ser feliz como se deve; portanto, sofrer, não ser tão feliz como se tem direito, é desviar, é ter um problema de saúde mental. Daí a relevância atual de doenças como depressão, fobia social, estresse pós-traumático, ansiedade generalizada, etc. (VAZ, 2015, p. 55).

O quanto se sofre e a qualidade do sofrimento derivam das estruturas e valores de uma sociedade. Esse estilo de narrativa supõe que cada sociedade imponha exigências específicas a seus indivíduos. Em uma contemporaneidade marcada por uma profusão de celebridades televisivas instantâneas, com *reality shows*, há um imperativo do destacamento individual em relação a outras pessoas, numa lógica onde não há espaço para a timidez. Assim, há um ideal de desembaraçamento que torna alguns mais destacados que outros, e muitos se enxergam aquém desta condição, o que elucida uma compreensão das formas diversas de uma tão famosa fobia social na atualidade.

Da mesma forma, um ideal de felicidade intenso promove uma busca desenfreada por esta, fazendo as depressões surgirem como o limite estafante desta busca. O ideal de magreza e do corpo belo a todo custo incide inequivocamente no aumento de transtornos alimentares, principalmente entre adolescentes. Assim, Vaz aponta uma relação que se estabelece entre a produção da categoria de doente e a indústria farmacêutica que oferece medicamento para cada doença, em um entrelaçamento entre os pares doença/medicamento e mercado/mercadoria. Isto significa que é interessante os indivíduos desejarem se conceber como doentes.

A respeito dessa ideia do desejo de se conceber como doente é preciso enunciar a mudança do estatuto do “o que você tem” pelo “onde dói”, que implica no deslocamento do saber do paciente sobre seu sofrimento e sobre o que lhe acontece para a objetivação na espacialização do corpo. Foucault (2014) indica na medicina moderna a coincidência exata do corpo da doença com o corpo do homem doente, sendo esta coincidência um dado histórico e transitório: “o espaço de *configuração* da doença e o espaço de *localização* do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica.” (p. 2).

Nessa modernidade a anatomia assume um lugar privilegiado no dizer respeito às doenças orgânicas. O campo das doenças mentais, entretanto, permanecia carente desta organização, estando referida ao campo moral. Surge então nessa seara um campo fértil para o tratamento das paralisias histéricas a partir da hipnose, pois se de um lado a ausência de contrapartida anatômica provocava um nó na comunidade científica a respeito destes fenômenos, as curas pela hipnose eram maneiras de definir um espaço para estas modalidades de sofrimento, definindo um espaço de doença mental.

Assim, o sintoma aparece como organizador da doença, sendo que na doença orgânica esta relação estaria presente, o que não ocorreria com a doença mental. Neste

sentido, Vaz (2015) aponta que a dissociação entre sintoma e contrapartida anatômica foi o que possibilitou “vender doenças”, tendo a ideia de fator de risco como regulador desta relação.

Isto propiciou com que na atualidade o espectro de normalidade se alterasse, ampliando as formas de tratamento de doenças com a ideia de prevenção. O autor cita como exemplo a síndrome do intestino irritável, a qual o diagnóstico se dá por exclusão de contrapartida anatômica e pela presença de sintomas, o que permite um número expressivo de consumidores potenciais a serem visados pela indústria farmacêutica.

Outro exemplo é o mal de Alzheimer, que, no limite, levanta a possibilidade de todos os idosos serem medicados, pois é difícil perceber qual o limite entre a percepção da gradual disfunção das capacidades corporais e cognitivas, típicas do envelhecimento, com o processo em si da doença. Em um mundo atual marcado pela lógica da performance, a disfunção erétil surge como outro indicador deste afrouxamento dos limites de normalidade, que passam a ser efeitos das realizações, na verdade, de uma cultura do bem-estar e da felicidade.

A normatividade do bem-estar, isto é, de uma sensação subjetiva, será também a alavanca a impulsionar o surgimento de novas doenças mentais e, assim, de novos consumidores. Ou melhor, essa normatividade passa a exercer todo o seu poder quando acompanhada de duas mudanças no conceito de doença mental. (VAZ, 2015, p. 55).

Assim, quando a referência de boa parte das doenças passa a ser o bem-estar, há a inflexão que faz o desvio de uma normatividade não ser mais um ato imoral ou criminoso e passa a ser localizado nas mais variadas formas de sofrimento, tendo como resultado a busca por se estar na curva do normal ideal. Birman (2007) sustenta que nessa versão da atualidade:

o que orienta o indivíduo é a busca desesperada de uma poção mágica que impossibilite o reconhecimento do sofrimento inerente à existência, impedindo então a constatação das desilusões que a vida inevitavelmente provoca em qualquer ser humano, de forma que o sujeito possa existir em estado nirvânico. (p. 202).

A poção mágica que é constante buscada incide em um contexto no qual a leitura de Borch-Jacobsen (2013) nos é deveras importante. O autor considera que sua postura crítica não seja em relação aos medicamentos em si, mas sim contra a indústria que transforma seu uso em uma multiplicadora de lucros. Os medicamentos ajudaram a criar condições outras de tratamento, ampliando-as. No entanto, a problemática aqui se refere a uma exacerbação do uso indiscriminado de medicamentos, ou seja, este uso que, sendo lícito, atinge uma conformidade da clínica, e que se diferencia, em alguma medida, da clínica das toxicomanias,

pois o recurso em massa dos psicofármacos enreda e propõe outros debates que não estão colocados na questão da toxocomania clássica.

Além disso, este uso leva a consideração das relações de poder que se centram na constatação das nossas sociedades atuais como extremamente medicalizadas. Borch-Jacobsen (2013) se interroga se os medicamentos não são submetidos a um controle rigoroso, se não há uma exigente inspeção sobre a relação risco/benefício, a fim de evitar os riscos de perigos inúteis. Sua constatação é de que isto é uma falácia, e um caráter perverso determina a relação da disseminação dos psicofármacos. Prova disso são os diversos escândalos que acometem a indústria farmacêutica, e nos fazem refletir se esses escândalos seriam exceções ou se seriam a regra. Através de inúmeros casos, Borch-Jacobsen demonstra que os escândalos farmacêuticos apontam para uma maquinaria que visa apenas aos lucros das empresas: desde um *marketing* cínico, passando por pesquisas e ensaios laboratoriais manipulados, até as corrupções envolvendo agências sanitárias e o débil sistema do que o autor chama de uma *farmacovigilância*.

Os escândalos não se tratam, portanto, de casos isolados, mas sim de um setor industrial estratégico envolvendo a indústria farmacêutica, caracterizando a *banalidade do mal psicofarmacêutico*. Há um movimento cíclico que faz esta indústria perpetuar “crimes perfeitos”: constata-se que há casos aparentemente isolados de efeito tóxico causado por um determinado medicamento de uma determinada companhia farmacêutica. Mas não casos isolados...

*Experts* renomados são engajados na tarefa de declarar a quem lhes quiser ouvir que não se pode estabelecer cientificamente uma ligação de causa e efeito entre X e Y e que ‘é necessário se produzir novos estudos’. São difundidos rumores sobre os cientistas céticos e os jornalistas curiosos, a fim de lhes deslegitimar. Faz-se pressão para que os familiares das vítimas se cale. Depois, o escândalo acaba por se esclarecer, seja porque os cadáveres se acumulam de forma muito evidente, seja porque algum delator torna público os documentos. O público se indigna, as autoridades prometem ser mais vigilantes, as vítimas se queixam. Finalmente, a companhia Y é condenada a uma multa pesada e/ou a ressarcir às vítimas, enfim, somas que ela já havia previsto desde muito tempo. De qualquer forma, entre os primeiros alertas e o julgamento final, os anos, talvez décadas terão se passado, durante os quais o produto X terá gerado benefícios infinitamente superiores ao montante destinado à indenização. (BORCH-JACOBSEN, 2013, pp. 13-14, tradução nossa).

Vários casos de crimes cometidos relativos à indústria farmacêutica são levantados por Borch-Jacobsen, como por exemplo o remédio para controle de colesterol que fez com que a pele das pessoas se assemelhasse a de crocodilos. Mais especificamente com relação ao



campo dos psicofármacos, no caso do famoso Prozac<sup>1</sup>, o autor demonstra ter havido, durante décadas, casos de suicídios em pessoas que usavam o medicamento. Um dos argumentos de venda do Prozac repousava sobre a afirmação de que ele não apresentava efeitos secundários indesejáveis, contrariamente aos antidepressivos de primeira e segunda gerações. Não foi suficiente a publicação de um artigo escrito por pesquisadores da Universidade de Harvard levantando casos de acatisia, uma agitação extrema acompanhada de pensamentos suicidas, fazendo a pessoa sentir uma angústia extremamente despersonalizante, com desenvolvimento de impulsos violentos que poderiam levar a uma execução a sangue frio.

Apesar de inúmeros processos contra o laboratório produtor do Prozac em fins do ano de 1991, a defesa do laboratório alegava que o suicídio e os atos hostis refletiam questões do paciente e não uma relação causal com aos antidepressivos ISRS's (Inibidores seletivos de receptação de serotonina). Foi preciso quase uma década para que um estudo chegasse à conclusão que se poderiam provocar pensamentos suicidas pela administração de Zoloft, um antidepressivo ISRS da companhia Pfizer.

No entanto, documentos revelavam que já em 1978, dez anos antes da comercialização do Prozac, a Eli Lilly, companhia que o produzia, possuía pesquisas que constatavam que o medicamento produzia em algumas pessoas uma reversão de uma depressão profunda em uma intensa agitação e até o desenvolvimento de psicose. Mesmo assim, por uma série de acordos, menções necessárias de possibilidade de contraindicações, brechas jurídicas encontradas permitiram que a companhia continuasse produzindo o medicamento.

Borch-Jacobsen elenca uma série de outros exemplos, nos quais uma demanda por medicamentos se intensificou, principalmente na década de 1990, produzida por uma oferta de uma substância que ajustasse tal desequilíbrio orgânico, e os efeitos colaterais não se revelaram tão secundários assim. Pelo contrário, alterações orgânicas diversificadas e graves foram cada vez mais identificadas, como câncer e muitas vezes levando as pessoas à morte.

Esta industrialização da farmácia começou nos anos 1930 e 1940<sup>2</sup> com a introdução generalizada dos antibióticos, que foram os primeiros medicamentos de massa. A expansão da nova indústria se adensou depois da segunda guerra mundial, estimulada por uma série de

---

<sup>1</sup> No estudo, Borch-Jacobsen (2013) mostra que depois da chegada do Prozac (Fluoxetina), da companhia Eli Lilly, no mercado, em fins dos anos 80, dezenas de milhões de pessoas no mundo todo consumiram antidepressivos ISRS (Inibidores seletivos de receptação de serotonina), seja o Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox ou Cymbalta. Nos Estados Unidos, o consumo de antidepressivos aumentou 400% entre 2005 e 2008.

<sup>2</sup> De acordo com Borch-Jacobsen, até 1930 havia apenas medicamentos eficazes para um grupo de sete doenças.

descobertas científicas sobre as substâncias químicas. No entanto, nos anos 1980 e 1990 houve uma intensificação dessa indústria sob a égide de algumas grandes companhias, graças a fusões entre elas. Borch-Jacobsen trouxe dados da *IMS Health* de que o volume de negócios da indústria farmacêutica era, a nível mundial, de 400 bilhões de dólares em 2002. Em 2008, este número passou para 775 bilhões, e em 2011 já ultrapassava 956 bilhões de dólares<sup>3</sup>. Este número coloca a indústria farmacêutica como um dos negócios mais lucrativos do mundo.

Com o dinheiro e o tamanho vem também o poder. *Big Pharma*, assim como *Big Oil*, *Big Tobacco* ou *Big Chemical*, é um poder político tanto quanto financeiro, que fala de igual para igual com os governos, os organismos internacionais, e os parlamentos nacionais, sobre os quais ela lança verdadeiros exércitos de lobistas. (...) Como toda grande indústria, *Big Pharma* tem uma importância econômica, 'estratégica', o que a permite ter um peso sobre as decisões políticas e de bloquear toda legislação ou regulação que a desagrade. (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 67, tradução nossa).

Com efeito, ao contrário do que é veiculado pela ideologia neoliberal, o interesse das companhias não coincide com o interesse público. De fato, existe um permanente conflito de interesses, pois o objetivo primeiro das companhias farmacêuticas não é o de proteger a saúde das populações, mas unicamente de assegurar um retorno sobre seus investimentos o mais elevado possível a seus acionistas.

A indústria farmacêutica não tem uma preocupação com a saúde das pessoas, necessariamente, mas com seus lucros. Prova disso é que a grande maioria dos medicamentos atualmente no mercado, nos países desenvolvidos, aqueles que são mais consumidos, não são os de tratamento curativo, mas aqueles destinados a prevenir uma deterioração ou a assegurar o bom funcionamento do organismo, otimizando sua performance. À exceção dos anticancerígenos, a classe dos medicamentos com maior volume de negócios mundial em 2008 eram os psicotrópicos, seguidos de estatinas para o controle do colesterol, tratamento para a asma, os antidiabéticos e os antiulcerosos para refluxo gástrico, sendo que os psicotrópicos avolumavam 60 bilhões de dólares:

---

<sup>3</sup> Em janeiro de 2012, o valor de mercado global da indústria farmacêutica se situava a 1.600 bilhões de dólares, na terceira posição, atrás somente do setor de seguro bancário (4.000 bilhões de dólares) e das companhias petrolíferas (3.4000 bilhões de dólares)

- les psychotropes – antidépresseurs, antipsychotiques et antiépileptiques utilisés comme thymorégulateurs (60,1 milliards de dollars)
- les statines pour abaisser le taux de cholestérol (33,8 milliards)
- les traitements pour l’asthme (31,2 milliards)
- les antidiabétiques (27,2 milliards)
- les antiulcéreux pour le reflux gastrique (26,5 milliards)

Fonte: Borch-Jacobsen, 2013, p. 79.

Todos esses medicamentos devem ser tomados regularmente, e, no entanto, a cura para aquilo que são prescritos pode ser altamente questionada. O resultado disso é que o paciente se torna um cliente: ele é fidelizado, atado ao seu medicamento. De um lado, a questão da prevenção contra as doenças, como melhor alimentação, ginásticas, e uma ode à saúde se aliam à indústria farmacêutica, num espectro em que estar doente vira um signo de um mal a ser exorcizado.

Assim, uma caça às taxas de hormônios e elementos químicos do corpo que possam estar desregulados é realizada, e esta caça resulta em um movimento em que o menor sinal de desequilíbrio orgânico é rastreado, muitas vezes por exames extremamente sofisticados. Por um afrouxamento dos níveis que regulam os índices de saúde, num movimento em que ao mesmo tempo em que se exorciza a doença, ela retorna no cotidiano, se não como um problema já instalado, como um espectro a ser diagnosticado.

As ‘lifestyle drugs’ – literalmente, ‘médicaments style de vie’ (drogas estilo de vida) que traduziremos por “médicament qualité de vie” (drogas qualidade de vida) – são as drogas que não visam a curar uma doença pondo em risco a vida de uma pessoa, mas a aumentar seu bem-estar ou seu conforto: ansiolíticos e ‘tranquilizantes’ de todos os gêneros, drogas contra o excesso de peso, o refluxo gástrico ou os ataques de calor da menopausa, soníferos, analgésicos. As ‘drogas estimulantes’ são substâncias que visam ‘melhorar’ o corpo e sua performance. Fazem parte disso os produtos esportivos dopantes e os psicoestimulantes utilizados por estudantes para passar em seus exames, assim como o hormônio do crescimento sintético ou os tratamentos contra a calvície. (...) E o que dizer do Viagra? Ele é utilizado ao mesmo tempo por alguns para remediar a ‘disfunção erétil’ e por outros – a grande maioria – para incrementar sua performance sexual. No limite, não se trata mais de curar o que quer que seja, mas de otimizar o bem-estar e o rendimento do corpo, exatamente como se otimiza o rendimento de um campo agrícola com fertilizantes e pesticidas. (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 81, tradução nossa)

Inserida na classe política e aliada a determinados pesquisadores e grupos de pesquisa, a indústria farmacêutica entra em ação na formulação de algum bem medicamentoso

que virtualmente afaste o fantasma da doença. Assim, “o mundo inteiro está doente e saudável ao mesmo tempo, de forma que as fronteiras entre o normal e o patológico desaparecem e o mercado dos medicamentos se estende sempre mais, invadindo agora a vida cotidiana, o trabalho, a escola, a cozinha, a sala, o quarto.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, pp. 80-81, tradução nossa)

Um aspecto importante de ser ressaltado é que para saber se a relação entre os supostos benefícios e os riscos é positiva, é preciso muitos anos de testes, o que não é feito; pois as exigências de inovação geram um descompasso com uma indústria que visa ao lucro, e, portanto, precisa estar constantemente criando e comercializando seus produtos. O problema não cessa de se agravar, pois as drogas que apresentam maior potencial em termos de negócios são aquelas de tratamento crônico.

Entretanto, esta não é a única questão. Como lembra Derrida (2015), a palavra grega *pharmakon* pode significar tanto “remédio” quanto “veneno”, o que é encarnado verdadeiramente na nossa farmácia moderna. Os antipsicóticos de primeira geração trazem benefícios às doenças mentais, mas não impedem de provocar sintomas extrapiramidais extremamente debilitantes, como movimentos involuntários da boca e da língua, e/ou uma apatia que faz deslocar a camisa de força física para a camisa de força química.

## 1.2. Psicofarmacodependência

No interior da dinâmica a que está referida a indústria farmacêutica e sua ávida busca por lucros está uma minoração dos efeitos colaterais produzidos nos pacientes, tentando atribuir-lhes um caráter secundário. Entretanto, a estratégia que alia política, pesquisas acadêmicas e *marketing* em torno da indústria farmacêutica esconde os efeitos primários da administração de determinadas substâncias medicamentosas. Predizer os efeitos de uma droga produzida pela indústria farmacêutica muitas vezes se assenta em um caráter de aleatoriedade, causando problemas orgânicos que podem ser crônicos, ou mesmo levar à morte, e isso é escondido. Para todos os efeitos, medicamentos são sempre associados à benfeitoria.

Nesta perspectiva, o campo está aberto para a *psicofarmacodependência* (Borch-Jacobsen, 2013), na qual o *marketing* congrega técnicas bastante sofisticadas visando a criar uma necessidade nos consumidores, de modo que os medicamentos, assim como cosméticos ou qualquer outro produtor que seja veiculado, porte a esperança de um bem-estar, da eterna

juventude ou de uma cura. Isso se revela com um potencial perigo, na medida em que um número grande de medicamentos cria dependência, que pode levar a efeitos nocivos.

De fato é importante sublinhar nossa tendência a associar a adicção ao crime, ou ao menos ao vício. Dependência do álcool, dependência do cigarro, dependência do sexo e dependência da cocaína estão relacionadas a uma incapacidade de resistir a um prazer excessivo. Mas pouco se fala na sedução psicofarmacológica, e por isso se faz necessária a realização da crítica à *psicofarmacologização da vida*, por um hábito excessivo de prescrições. Trata-se, portanto, de problematizar as representações sociais da adicção.

De um ponto de vista farmacológico, a adicção é uma imperiosa necessidade de tomar uma substância a qual o organismo está habituado, e frequentemente, isso não implica necessariamente em um prazer, senão ao do restabelecimento do equilíbrio após um período de falta, o que leva a repetir mais e mais. Alguns farmacologistas perceberam na década de 60 que algumas pessoas não podiam mais dormir sem algum sonífero após um período de sua administração, pois a insônia voltava, e às vezes com uma intensidade maior do que antes. O chamado “fenômeno do ressalto” (Borch-Jacobsen, 2013, p. 145, tradução nossa) é observado também de outras formas.

A interrupção de anti-hipertensivos, por exemplo, fazia com que a pressão subisse a níveis mais elevados que anteriormente, ou a interrupção de betabloqueadores produzia um recrudescimento das batidas do pulso. Descongestionantes nasais interrompidos causavam congestão crônica. O desmame de psicoestimulantes como a Ritalina, usada para tratamento de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) causa agravamento dos sintomas iniciais (agitação, ansiedade, irritabilidade), podendo chegar até a uma psicose. Quanto à classe dos benzodiazepínicos, como o Valium, percebeu-se que criavam uma forte dependência, quando após o desmame, uma série de manifestações ocorriam, como: ansiedade, ataques de pânico, agitação, saltos de humor, insônia ou até mesmo pensamentos violentos ou suicidas, convulsões.

Esses sintomas de dependência variam de acordo com o período de administração e a severidade da sintomatologia e dos medicamentos. Entretanto, em meio ao silenciamento sobre os malefícios que os medicamentos trazem, recaídas e retornos dos sintomas são interpretados como uma volta aos sintomas iniciais, fazendo doses mais altas serem prescritas ou medicamentos mais fortes substituírem.

Dito de outra forma, uma vez prescrito, *dosim repetatur*. Foi necessário que o testemunho de pacientes incapazes de interromper o tratamento se acumulasse em

fóruns de discussão e que jornalistas da BBC - não os médicos - investiguem o assunto para que o problema finalmente tenha se tornado público na Grã-Bretanha. O que todos esses pacientes necessitaram não foi a retomada do tratamento. Foi uma cura da desintoxicação.

Entretanto, nenhum desses medicamentos criadores de farmacodependência é considerado como uma droga (Não ainda, pelo menos). Ao contrário, alguns são *blockbusters* prescritos a milhões de pessoas. Nos EUA, nada mais, nada menos que 94 milhões de prescrições de benzodiazepínicos foram escritas em 2011, das quais 48,7 milhões para o tranquilizante e ansiolítico Xanax, que claramente substituiu o lugar do ‘Mother’s little helper’ (Pequeno ajudante da mamãe), cantado antigamente pelos Rollings Stones:

‘Mother needs something today to calm her down/ And though she’s not really ill/ There’s a little yellow pill/ She goes running for the shelter of a mother’s helper/ And it helps her on her way, gets her through her busy day’. (Mamãe precisa de alguma coisa, hoje em dia, pra se acalmar/ E embora ela não esteja realmente doente/ Há uma pequena pílula amarela/ Ela vai correndo para o abrigo do pequeno ajudante da mamãe/ E ele a ajuda em seu dia atarefado).

(BORCH- JACOBSEN, 2013, pp. 146-147, tradução nossa).

Neste processo de fidelização dos consumidores de psicofármacos, Borch-Jacobsen (2013) elenca alguns estudos que sustentam que 11% dos estudantes são diagnosticados com o famoso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e dois terços entre elas, mais de quatro milhões de crianças e adolescentes, são tratados com psicoestimulantes como a Ritalina, Concerta ou Adderall. No que concerne aos antidepressivos, uma taxa de 66% a 78% dos pacientes que interrompem o tratamento com Paxil, Zoloft ou Effexor tiveram reações de abstinência quando do desmame. Os números da dependência aos benzodiazepínicos são também extremamente elevados. Nos anos 80 estimava-se que 500 mil pessoas na Grã-Bretanha não conseguiam parar de tomar medicamentos como o Valium. Um número de 40% de pessoas que se tratavam com algum médico apresentavam dependência e 97% entre as pessoas que se automedicavam. A *psicofarmacodependência* é, assim, um verdadeiro sucesso comercial, recaído-se no pressuposto de ter a pretensão a curar toda e qualquer situação.

No entanto, fica evidente que este processo de fidelização dos consumidores extrapola o campo da expectativa de cura das doenças. Os casos de corrupção envolvendo as indústrias farmacêuticas demonstram mais do que a intenção de um sucesso medicamentoso, mas de ordem comercial. Applbaum (2013) ilustra o caso do medicamento Risperdal. Este antipsicótico de segunda geração, dito atípico, rendeu a Johnson & Johnson (J&J) 34 bilhões de dólares em 17 anos de sua patente. Neste estudo, o autor elenca quatro motivos para este sucesso pela J&J:

- 1) Influenciou as recomendações de boa prática clínica de Estado subornando funcionários do Texas;
- 2) Promoveu ilegalmente o uso de medicamentos pelas crianças (metade dos pacientes aos quais o Risperdal é prescrito tem menos de 13 anos);

3) Alegou falsamente que o Risperdal é menos perigoso do que outros antipsicóticos;

4) Alegou que, apesar de seu custo 45 vezes superior a seus genéricos, sobre os quais o Risperdal não possui nenhuma superioridade comprovada, a relação qualidade-preço seria melhor para o consumidor. (APPLBAUM, 2013, pp. 181-182, tradução nossa).

Após denúncias enviadas a *Food and drug administration* (FDA) na constatação das afirmações promovidas pela J&J de que o Risperdal era mais eficaz que outros antipsicóticos, inspeções foram realizadas. Pesquisadores independentes verificaram que a argumentação de defesa da J&J se tratava mais de publicidade do que de uma suposta veracidade científica. A alegação era de que os medicamentos de primeira geração tratavam unicamente de sintomas positivos da esquizofrenia (psicoses, ilusões, alucinações auditivas), enquanto o Risperdal trataria igualmente sintomas negativos (inexpressividade, falta de interesse, embotamento), auxiliando, assim, numa qualidade de vida melhor.

De fato, há um verdadeiro sistema de influência que permite criar as condições do mercado dos medicamentos, e uma das principais fontes de influência é empregada pelas indústrias farmacêuticas na apresentação, publicação e difusão de dados de ensaios clínicos, aos quais muitos deles são manipulados a favor dos interesses das indústrias. Ensaios clínicos chamados “medicina baseada em evidências” foram responsáveis em muito pela tentativa de legitimar a interpretação de dados clínicos com relação ao Risperdal. Applbaum demonstra isto em seu estudo articulando como esses dados são publicados em periódicos conceituados. Entretanto, na base disso tudo está um sistema corrupto de influências:

As companhias do *Big Pharma* trabalham ao nível político para impedir a multiplicação de seus processos e há pouca dúvida que elas são bem sucedidas nisso nos Estados Unidos, onde os direitos das grandes empresas são bem protegidos. A ameaça da promoção fora da AMM estende-se, entretanto, para além das fronteiras americanas, por três razões: a) se é verdade que a assistência médica é pública ou ‘socializada’ em muitos países, as indústrias que produzem tecnologias médicas são empresas privadas e suas práticas promocionais só podem ser controladas pela legislação; b) os estudos clínicos que se tornam objetos de publicações científicas circulam livremente entre as fronteiras internacionais e podem transmitir falsas informações aos médicos do mundo inteiro; os responsáveis do *marketing* farmacêutico são completamente conscientes da confiança universal que inspira a ciência e suas companhias mais rentáveis consistem em ‘vender pela ciência’; c) as empresas farmacêuticas adaptam sua ‘ciência sob medida’ à percepção da marca e às necessidades regulamentares de cada um dos países onde elas realizam seus negócios. (APPLBAUM, 2013, pp. 197-198, tradução nossa).

Com efeito, as grandes indústrias farmacêuticas fazem girar um montante de dinheiro de ordem estratosférica, de forma que “são tão ricas quando as nações e bem melhor organizadas como forças de atuação no mundo.” (APPLBAUM, 2013, p. 199, tradução

nossa). Elas empregam campanhas e propagandas milionárias e massivas para abafar as pesquisas independentes sobre seus produtos e dissimular suas práticas. Elas unem forças para promover seus interesses em todo o mundo por via de associações como a *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* (PhRMA), realizando *lobbying* para que leis e acordos internacionais de seus interesses, como os *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS) ou a *International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals* (ICH) e favorecem o recrutamento e o financiamento a nível mundial de grupos de consumidores favoráveis aos laboratórios como a *National Alliance on Mental Illness* (NAMI). Estas medidas combinadas contribuem a transformar o mundo em um grande mercado único para seus produtos e suas mensagens enquanto o *marketing* permite formatar o saber médico e a experiência vivida pelos pacientes para lhes ajustar ao consumo.

No lugar de promover uma medicação para essa ou aquela doença, o que há na verdade é a promoção de uma doença para este ou aquele medicamento, na flexibilização dos limites entre os domínios do normal e do patológico. Este tipo de promoção de doença se chama *condition branding*. Borch-Jacobsen (2013, p. 206) sustenta que ela é uma das grandes técnicas de venda da indústria farmacêutica. Ou seja, se cria um mercado para um medicamento promovendo uma doença *ad hoc*. O objetivo é de convencer os consumidores que eles têm uma “necessidade não coberta”.

Exemplo de *condition branding* é a fluoxetina. A patente da fluoxetina, que é a molécula comercializada como antidepressivo pela companhia Lilly sob o nome de Prozac expirou em 1999. O Prozac não detinha mais o mercado da depressão, que estava doravante aberto à concorrência de genéricos idênticos e menos caros. “Uma das soluções imaginadas pelos marqueteiros da companhia foi de reciclar a fluoxetina, dando-lhe um novo revestimento e um novo nome, Sarafem, e depois anexando-o a uma doença lançada especialmente para a ocasião: o transtorno disfórico pré-menstrual.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 210, tradução nossa).

Este transtorno de humor apresentado como diferente da síndrome pré-menstrual e da depressão foi integrado ao DSM-IV por um comitê de *experts* dos quais 83% tinham ligação com a indústria farmacêutica e notadamente com a Eli Lilly. O único objetivo dessa criação de doença era certamente de esculpir um novo mercado para a fluoxetina. “Não há dúvida de que a companhia venderá a fluoxetina para uma terceira doença completamente inédita no dia



em que a patente do Sarafem vier a expirar” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 210, tradução nossa).

Tomando o caso da depressão: nos anos 1960, este era um transtorno relativamente raro, atingindo pessoas com depressão ditas endógenas (não causadas por eventos externos). Estas pessoas eram tratadas em hospitais psiquiátricos, sob a expressão de um estado de desamparo psíquico corrente, que podia tomar a forma de ansiedade, de “crise dos nervos”, e se prescrevia a estes pacientes o Valium. Em 1996, entretanto, a OMS (Organização Mundial da Saúde) anunciou que a depressão era um dos dois grandes problemas de saúde pública do planeta, atrás somente dos problemas cardiovasculares.

Borch-Jacobsen se questiona sobre o motivo dessa progressão fenomenal. E aponta que além do fato da chamada “sociedade depressiva”, evocada por sociólogos e psicanalistas (e que desenvolveremos melhor no segundo capítulo), há também o fato de a depressão ter sido tomada e rotulada pelas companhias farmacêuticas, desejantes de criar um novo mercado de medicamentos: os antidepressivos.

A partir dos anos 1980 uma maciça publicidade fazia menção ao caráter aditivo dos tranquilizantes, como o Valium. Isto provocou uma imediata queda na venda dos benzodiazepínicos e uma conseqüente movimentação para reverter este quadro. Era preciso substituí-los. Foi então que a indústria farmacêutica, inspirada inicialmente pela Eli Lilly, focou em uma nova categoria de moléculas, os inibidores seletivos de receptação da serotonina, ou ISRS's. No começo, estes inibidores não eram vistos como antidepressivos. Borch-Jacobsen afirma que mesmo a Eli Lilly tendo sintetizado o ISRS fluoxetina em 1972, ao final desta década não se sabia muito bem o que fazer com ela, e havia decidido não desenvolvê-la para a depressão, até mesmo porque os ensaios clínicos eram inconclusivos.

Contudo, a crise dos benzodiazepínicos tendo brutalmente aberto à concorrência o vasto mercado da ansiedade, a Eli Lilly decidiu preencher o vazio do mercado convencionando a fluoxetina como um antidepressivo não viciante, sob o nome de Prozac. Esta decisão certamente não foi tomada pelas propriedades antidepressivas da fluoxetina, e menos ainda pelo seu caráter não viciante. Se tratava, afirma Borch-Jacobsen, de evitar toda a associação do Prozac com os tranquilizantes, que estavam percebidos como perigosos por serem viciantes. Com este fato, “que foi uma pura decisão de *marketing*, os ansiosos que eram antes tratados a golpe de Valium foram convertidos em depressivos que sofriam de uma insuficiência de serotonina, a que lhes convinha fornecer o Prozac.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 216, tradução nossa).

Além disso, preocupados em expandir o mercado de seu antidepressivo para além da depressão dita endógena, a Eli Lilly concentrou deliberadamente seu *marketing* sobre os médicos generalistas, mais até do que sobre os psiquiatras, apresentando o Prozac como uma versão *light* e sem efeitos secundários dos antidepressivos de primeira e segunda gerações - “educando-os” a reconhecer os sintomas da depressão comum em seus pacientes: fadiga, insônia, alcoolismo, dentre outros. O sucesso dessa estratégia foi enorme, de forma que “a progressão quase epidêmica da depressão durante os anos 1990 não pode ser separada da promoção dos ISRS’s pela Eli Lilly e por outras companhias farmacêuticas: a depressão ‘*fin-de-siècle*’ é uma criação dos antidepressivos.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 216, tradução nossa).

Uma das regras fundamentais do *marketing* farmacêutico é a diferenciação, para que haja mais comercialização e menos espaço para a concorrência. Foi assim, por exemplo, que a SmithKline Beecham lançou a “fobia social”, mais tarde rebatizada de “transtorno de ansiedade social”, a fim de criar um nicho de mercado para a paroxetina ou Deroxat/Seroxat/Paxil, cuja estrutura molecular é, entretanto, quase idêntica a da fluoxetina, da Eli Lilly. Então, entre 1987 e 2001, a FDA autorizou a produção dos ISRS’s às companhias para disponibilizar ao mercado medicamentos para a depressão maior, a distímia, a depressão geriátrica, os transtornos obsessivo-compulsivos, o transtorno de pânico, a bulimia nervosa, a fobia social, o transtorno disfórico pré-menstrual, o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno do estresse pós-traumático e a neuropatia diabética periférica. Ou seja, em pouco mais de 10 anos, criou-se uma gama enorme de síndromes que respondem a uma mesma classe de moléculas.

Quanto aos pacientes, geralmente seguem o movimento da percepção dos sintomas, alterando o modo de se sentirem doentes à medida que descrições lhes são fornecidas, ou sugestionadas: “Exatamente como no domínio da moda, a demanda dos pacientes consumidores se adapta constantemente à oferta que lhes é feita pela indústria.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 217, tradução nossa).

Assim, a medicina contemporânea se sustenta fundamentalmente no pressuposto da prevenção, fundamentado na ideia de “fatores de risco”. A contribuição da indústria farmacêutica neste sentido é fundamental, pois se há mais possibilidades de se haver doenças, maiores são os lucros dela. Este fato se coaduna com a hipótese de Robert Castel (1987), na afirmação de que emergiram, a partir de 1980, novas formas de gestão do social que abriram as portas para a “psiquiatrização da normalidade”, na qual a noção de deficiência é

fundamental. Faltam hormônios, faltam vitaminas, faltam enfim, elementos que se aliam à “teoria do desequilíbrio químico”, em um movimento de retroalimentação a partir de medicamentos. “Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados impessoais ou *fatores* (de risco) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis.” (CASTEL, 1987, p. 126).

Tudo isto remete à lógica da sociedade performática e nesta lógica atual, a maximização das potências cerebrais é que é visada, e visa-se menos delimitar os campos do normal e do patológico do que inaugurar um trabalho de reforço da normalidade: “não é mais somente a esfera do patológico que está em vista, porém mais geralmente a diferença em relação a normas de conduta, na proporção que incomoda. [...] já estamos na esfera da ‘terapia para os normais’.” (CASTEL, 1987, p. 98).

É preciso compreender que a noção de “fator de risco” não é necessariamente uma conceituação médica, mas de contabilidade: “são as companhias de seguro que, primeiramente, sistematicamente avaliaram os riscos de mortalidade apresentados por diversos fatores, se fundamentando em seus vastos banco de dados.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 291, tradução nossa). Neste sentido, não se tratam mais os indivíduos, tratam-se os números que refletem os riscos, o espectro de possibilidade de doenças, bem como os números dos exames clínicos.

A indústria farmacêutica não está na origem desta evolução estatística e ‘biopolítica’ como havia dito Michel Foucault, sobre a medicina. Mas ela aí encontrou sua conta e a explorou para seus lucros, reforçando, em troca, a tendência a uma gestão ‘atacadista’ e probabilística da saúde. A *Big Pharma* adora os grandes números, pois eles se impõem a todos, sejam médicos, sejam doentes ou pessoas saudáveis. A partir do momento em que a experiência vivida da doença se apaga em detrimento do lucro dos fatores de risco imperceptíveis e de números abstratos, a relação entre o paciente e seu médico se torna negócio de *experts* exteriores que decidem por eles. São esses *experts*, de fato, que determinam os números da doença e da saúde. São eles que ‘enxergam’ os perigos invisíveis do colesterol ou a eficácia de uma estatina, na medida em que são eles que têm acesso aos dados estatísticos e que os interpretam. (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 292, tradução nossa).

Os dados estatísticos imprimem uma importância maior do que a suposição clássica de doença, baseada nas categorias de sintoma e signo clínico. Nessa mudança de configuração o que intentamos é verificar a atuação atual da medicina na articulação com o *Big-Pharma*; trata-se de cartografar este espaço de relação saber-poder, analisando seus efeitos. Evidentemente a indústria farmacêutica exerce um papel importante na difusão do saber médico.

Greene (2013) aponta, no realce dessa importância, ao menos três níveis de consumidores das informações advindas do *Big-Pharma*: (i) o próprio Estado regulador, que pode autorizar ou interditar a comercialização de um medicamento; (ii) o médico prescritor, que seria uma espécie de “consumidor intermediário” ou um “intermediário especializado”, que seleciona um medicamento particular para um paciente específico; e (iii) o paciente.

### 1.3. A psiquiatrização e as manuais

No campo do sofrimento mental, as drogas passaram a ser uma vertente importante na construção de possibilidade de tratamento médico com maior legitimidade para a psiquiatria, a partir da segunda metade do século XX, com a clorpromazina. A psiquiatria biológica conquistou esta legitimidade estando balizada pelos efeitos das alterações na estruturação bioquímica do organismo.

A materialização dessa nova configuração pode ser analisada se forem observadas as mudanças no instrumento que é o norteador e sintetizador do movimento que confere uma uniformidade e legitimidade do discurso psiquiátrico, o DSM. Este é o solo teórico que ofereceu as coordenadas para o debate sobre as psicopatologias, incrementando a dimensão do mal-estar na civilização na nossa atualidade.

Bezerra Jr. (2014) procurou problematizar a questão da classificação em psiquiatria. Através da análise de um artigo de Thomas Szasz, em que este afirma que “a psiquiatria é, entre outras coisas, a negação institucionalizada da natureza trágica da vida” (Szasz, 1991 apud Bezerra Jr., 2014, p. 9), o autor identifica uma espécie de anacronia do discurso de Szasz, advinda de uma polarização entre “biológico” e “existencial” no cenário contemporâneo. Isso se deveria ao fato de que, por um lado, suas argumentações dicotômicas vêm sendo desconstruídas pelos estudos em torno da plasticidade, da epigenética, do imageamento cerebral; e, por outro lado, porque as pretensões científicas da psiquiatria vêm se consolidando, relegando a um segundo plano versões mais sujeito-centradas da psiquiatria.

Essa tensão se manifesta no confronto entre perspectivas que tentam condensar a complexidade da experiência humana de sofrimento, por um lado, e por outro, de abordagens comprometidas com a biologia e as ciências do comportamento. De qualquer maneira, a verdade trazida na tese de Szasz, afirma Bezerra Jr., é que “na origem da psiquiatria está a necessidade humana de tornar inteligível e tolerável a complexidade e a ausência fundamental de sentido que caracteriza a existência.” (BEZERRA JR., 2014, p. 11), na medida em que é do

encontro com o trágico da vida que nasceu a necessidade de nomear, descrever e classificar condições existenciais que podem trazer dor e angústia.

Deste modo, estudar os sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria é estabelecer a relação entre as fórmulas conceituais que a norteiam e o universo sócio-histórico que as modulam. Bezerra Jr. afirma que as categorias psiquiátricas são elas mesmas sintomas de um tempo: “A histeria e a neurastenia são testemunhas eloquentes dos impasses que atravessavam as metrópoles urbanas ocidentais no final do século XIX; a depressão e o TDAH são chaves de interpretação dos imperativos e dilemas que assolam os sujeitos no início do século XXI.” (BEZERRA JR., 2014, p. 12). Portanto, as categorias nosográficas psiquiátricas não apenas descrevem os sintomas dos pacientes, eles os moldam, criam *scripts* identificatórios e indicam modos de se relacionar socialmente com eles.

Os diagnósticos modificam a forma de o sujeito pensar a si mesmo, interpretando sempre contextualmente seus afetos. Se isto é verdadeiro, na atualidade se percebe uma intensa expansão para além dos dispositivos estritamente terapêuticos, por conta da ampla difusão dos diagnósticos psiquiátricos em todo campo cultural, pelo fácil acesso à informação técnica, pelo uso de diagnósticos como ancoragem para estratégias de construção identitária, na necessidade de laudos para obtenção de benefícios, e assim por diante.

Nesse quadro, os diagnósticos psiquiátricos alcançaram uma importância cultural inquestionável, estando presentes não só na prática psiquiátrica *strictu sensu*, mas em todo o campo da assistência à saúde, na educação, na linguagem cotidiana, nas múltiplas plataformas de comunicação, etc. Assim, compreender um pouco melhor as diversas faces desse objeto, o diagnóstico psiquiátrico, torna-se um meio privilegiado de conhecer não só a complexa história desse campo peculiar de prática sobre o sofrimento, a psiquiatria, como também o universo social do qual ela faz parte. (BEZERRA JR., 2014, pp. 12- 13).

Desta forma, apresentamos aqui um delineamento do contexto pelo qual o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) foi um importante vetor na efervescência do caldo cultural a que o incremento das prescrições e uso dos psicofármacos na atualidade se insere.

A conjugação de uma suposta cientificidade outorgada pela uniformidade do discurso psiquiátrico americano, e que se ampliou por todo o resto da psiquiatria mundial, direciona a leitura da subjetividade para uma racionalidade a-histórica dos sujeitos. Na medida em que a psiquiatria biológica foi obtendo mais relevância no cenário da segunda

metade do século XX, o DSM foi se constituindo como um palco de uma objetivação cada vez maior.

Diferentes tradições fundadas em premissas filosóficas e eixos de ordenação diversos se constituíram desde o surgimento da psiquiatria como especialidade médica no século XIX. Essa era norteadas por dois grandes paradigmas, como afirma Bezerra Jr. (2014), em um mapeamento das orientações contidas nas classificações psiquiátricas:

O clínico-descritivo presente nos tratados nosográficos de Pinel e Esquirol, e o etiológico-anatômico, encontrado nas obras de Morel, Kahlbaum e Griesinger. Na primeira metade do século XX, duas figuras centrais se destacam nesse cenário. De um lado, Emil Kraepelin. De outro, Freud. Kraepelin alicerçou as bases das classificações contemporâneas, construindo uma classificação fundada na evolução dos pacientes e no estabelecimento de categorias mutuamente excludentes. Com Freud, o centro de gravidade do diagnóstico se deslocou da descrição dos sintomas para adquirir uma dimensão psicodinâmica, borrando a fronteira entre a normalidade e a patologia e estruturando sua nosografia não em uma variedade de diagnósticos particulares, mas em três estruturas fundamentais: as neuroses, as psicoses e as perversões. Essas macrovisões sustentavam as duas grandes orientações que dividiam as águas da psicopatologia até o fim da II Grande Guerra Mundial: a somático-constitucionalista, fundada na ideia do sintoma como sinal, e a psicodinâmica-reacional, baseada na presunção do sintoma como signo. Mais próxima desta última, uma terceira orientação compunha o quadro das grandes referências do campo da psicopatologia: a fenomenologia existencial de Karl Jaspers, Eugene Minkowski e Kurt Schneider. (BEZERRA JR., 2014, p. 16).

Ainda de acordo com Bezerra Jr. (2014) a presença dessas tradições teóricas não se refletia na existência de classificações de uso sistemático. O autor afirma que a primeira classificação psiquiátrica oficial nos EUA veio à luz por ocasião do censo de 1840, no qual apareciam apenas duas categorias: insanidade e idiotia. Já em 1880 havia sete categorias em uma classificação oficial: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917 surge uma primeira classificação voltada para a produção de estatísticas hospitalares, mas somente após o fim da II Guerra Mundial aparece um sistema que indica uma transformação interna no campo psiquiátrico que refletia o privilégio do modelo psicodinâmico e o recuo da influência da tradição biológica, muito em função dos veteranos de guerra que demandavam um sistema que atendesse além das exigências burocráticas<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Grob, 1991 (apud Bezerra, Jr., 2014) afirma que ao final da guerra, havia nos EUA três diferentes sistemas de classificação em uso: a *Standard Classified Nomenclature of Disease – 1942 revision*; a *Armed Forces Nomenclature* (medical 203); e a *Veterans Administration Nomenclature*. Mas que nenhum deles correspondia aos sistemas que eram utilizados por hospitais na produção de seus relatórios. Houve uma pressão por parte dos veteranos para que o estado americano se incumbisse de financiar sua reinserção na sociedade, o que incluía organizar ações de saúde em grande escala. Isso levou a que a Associação Americana de Psiquiatria (APA) desenvolvesse a proposta de estabelecer uma classificação psiquiátrica homogênea independente do instrumento utilizado pela Organização Mundial da Saúde, a Classificação Internacional de Doenças, que já estava em sua

No entanto, a pedra de toque do DSM I, na visão de Bezerra Jr., estava no conceito de “reação”, que reunia os diagnósticos de um grupo. Ele cita como exemplo o diagnóstico de *paranoia*, que se juntava ao de *Estado paranoide* para compor o grupo das *Reações paranoides*, assim como os diversos quadros esquizofrênicos se dividiam em nove categorias para formar o grupo das *Reações esquizofrênicas*. Desta forma, a compreensão era de que, em geral, as doenças mentais eram consideradas como uma reação a situações existenciais, para as quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada.

A chave interpretativa para os sintomas repousava em conflitos subjacentes que desorganizam a vida subjetiva do indivíduo, denotando uma falência na adaptação às exigências da vida, e que poderiam se expressar em maior ou menor ou menor gravidade. “Os sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas.” (Bezerra Jr., 2014, p. 19). Com efeito, o conjunto das reações psicopatológicas era percebido mais como um espectro que permitia a continuidade entre os domínios da saúde e da doença, do normal e do patológico.

Como demonstram Russo e Venâncio (2006), a primeira versão do DSM, de 1952, era baseada em uma compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente. A influência exercida pela psicanálise evidenciou-se pelo uso frequente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”.

Na versão subsequente do manual, publicada em 1968 – o DSM II – o modo psicanalítico de compreensão da perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. Ela é vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento. Bezerra Jr. (2014) afirma uma continuidade da segunda versão do DSM em relação à primeira. Apesar de ter aumentado o número de diagnósticos, ele permanecia sendo usado mais como um instrumento para fins administrativos, sem muito peso na clínica.

Foi nessa versão que surgiu pela primeira vez uma seção dedicada a transtornos comportamentais na infância e adolescência. Também trazia uma nova seção voltada para a descrição de desvios de sexualidade, incluindo aí a homossexualidade na lista de transtornos mentais, o que gerou muita polêmica e contestação por grupos gays. O autor chama atenção

---

sexta versão, mas considerada insuficiente por não contemplar situações caras aos veteranos, como síndromes cerebrais crônicas e reações situacionais.

para o cenário em que esta segunda versão estava inserido. Era o ano de 1968, palco de intensas transformações mundiais que transformariam profundamente as instituições e a cultura, não só da sociedade americana, mas de todo o mundo.

É nesse cenário que Bezerra Jr. compreende que o impacto dessas transformações seria decisivo para a ruptura com as classificações psiquiátricas provocadas pelo DSM III, e que já se prenuncia nos debates que se seguem à publicação do DSM II e ocupa toda a década de 1970.

Já na passagem para a terceira versão, em 1980 uma ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações, além do afastamento nesta versão do referencial psicanalítico. Este discurso, que oferecia as coordenadas epistêmicas nas primeiras versões foi sendo substituído por um código mais científico. A ideia é que o DSM não sofresse a influência de nenhuma vertente teórica que pudesse supostamente manchar sua neutralidade, sendo proclamado assim um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação, a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empírica. O pressuposto empiricista implicado em uma posição “a-teórica”, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fisicalista da perturbação mental.

Uma das principais consequências dessa ruptura foi o abandono da concepção do sintoma como signo e sua definição enquanto sinal. O pressuposto empiricista deixava de lado uma hermenêutica do sintoma para se restringir à tarefa diagnóstica de uma detalhada observação de comportamentos e atitudes.

Propalada como uma estratégia sem compromissos epistemológicos particulares para permitir a comunicação entre profissionais de orientação teórica diversa, essa mudança, na verdade, trazia em seu subsolo a crescente importância adquirida pelas descrições biológicas, alavancadas pelo sucesso alcançado pelas intervenções psicofarmacológicas nas décadas anteriores.

Diferentemente de suas duas versões iniciais, o DSM III tinha o objetivo claro e declarado de transformar o panorama clínico da psiquiatria, recuperando a aspiração a transformar a nosologia num empreendimento científico, voltado para delimitação de síndromes precisas que pudesse levar à descoberta de doenças subjacentes definidas como entidades anátomo-clínicas. (BEZERRA JR., 2014, p. 21).

Nesta nova configuração, o DSM III realiza um duplo movimento, recusando a perspectiva do fundamento etiológico para o diagnóstico e localizando em sua organização o quadro descritivo da diversidade dos sintomas, o que leva ao estabelecimento de critérios diagnósticos específicos para cada categoria diagnóstica. No bojo desta compreensão, está a



própria noção de doença mental em jogo, pois se redefiniram de maneira significativa as fronteiras e os critérios de inclusão e exclusão, o que reflete na própria condição dos limites entre o normal e o patológico. O diagnóstico passou a se pautar menos pela dinâmica da interioridade subjetiva, do agir social, da narrativa do paciente e passou a ser mais a fixação a número, duração e qualidade de traços a serem observados e catalogados. Esta redefinição precipitou um processo de realocação de categorias existentes e criação de novas – se o DSM II continha 182 categorias, a terceira versão passou a ter 295.

Sustentando que nenhum outro manual diagnóstico teve tanta influência quanto os DSM a partir de sua terceira versão, Bezerra Jr. (2014) situa historicamente alguns acontecimentos ocorridos no âmbito da Associação Americana de Psiquiatria que tornou possível seu aparecimento e que nos ajuda a pensar no contexto em que os psicofármacos entram na cena no cenário mundial e se articulam nesta nova linguagem psiquiátrica:

1) *A ascensão do naturalismo* - se os DSM I e II refletiam as tensões entre concepção biológica e psicossocial, no DSM III todos os processos psicológicos, normais ou anormais, dependem da função cerebral, consequência inequívoca da efervescência dos psicofármacos, introduzidos na década de 50, mas que no lançamento do DSM II foi publicado o tratamento biológico na intervenção dos transtornos mentais eram quase inexistentes. Isso se alterou radicalmente na passagem para a terceira versão do DSM: “O efeito dramático da clorpromazina, dos diazepínicos e dos antidepressivos tricíclicos abalou completamente a ideia de separação entre processos orgânicos e psicológicos, ajudou a desmontar a centralidade do tratamento hospitalar, e ampliou imensamente o contingente de condições de condições tratáveis pelo médico”. (BEZERRA Jr., 2014, p. 24);

2) *A contestação à instituição psiquiátrica e seus instrumentos* – Os anos 1960 trouxeram uma intensa profusão de movimentos sociais de espírito libertador, o que acarretou em uma politização grande do cotidiano e em uma sensibilidade em relação a situações de opressão e instituições vistas como seus instrumentos. Foi o caso das contestações à psiquiatria, que sofreu muitas críticas principalmente no tocante à falta de consistência de seu principal instrumento de intervenção, o diagnóstico. Isto impulsionou o desejo de criação de um sistema de classificação capaz de sustentar a confiabilidade de suas categorias;

3) *A desinstitucionalização e o surgimento do campo da saúde mental* – com a possibilidade do tratamento psicofarmacológico, diversos movimentos de desinstitucionalização surgiram nos anos 1960, que propunham a substituição para um modelo de atenção à saúde mental centrado no território e não nos espaços do confinamento

asilar. Assim, houve um deslocamento do centro de atuação psiquiátrico do conjunto mais restrito dos pacientes mais graves e crônicos internados para a população com algum tipo de sofrimento psíquico, o que levou a um aumento do mercado das opções terapêuticas e do número de profissionais em torno da nova lógica.

4) *Emergência da indústria farmacêutica e a pesquisa experimental* – a disponibilidade dos psicofármacos levou inexoravelmente à necessidade de sua regulamentação, gerando a necessidade de comprovação dos efeitos clínicos que anunciavam. Em 1962, o Congresso americano aprovou a legislação que exigia que as medicações tivessem sua eficácia testada em ensaios clínicos randomizados controlados.

Para serem aprovadas, as substâncias precisavam demonstrar que eram eficazes no tratamento de doenças definidas. Rapidamente a afinidade entre as exigências metodológicas desse tipo de pesquisa e os critérios classificatórios do DSM III começaram a produzir uma interpenetração entre os dois polos, com a indústria farmacêutica incentivando a difusão de categorias (e junto delas a prescrição correspondente) e o processo de alocação diagnóstica das categorias sendo progressivamente influenciado pela ação dos psicofármacos (se uma condição clínica melhora sob a ação de um antidepressivo, trata-se de uma depressão). (BEZERRA JR., 2014, p. 26).

5) *O pano de fundo sociocultural* – a gramática psiquiátrica a partir do DSM III, em muito contextualizada com a emergência do que se convencionou chamar de “sociedade do risco”, na qual a busca da *performance* é impulsionada pelo sentimento de insegurança e a necessidade de autogoverno na evitação dos desvios em relação à norma (GIDDENS, 1990 apud BEZERRA JR., 2014). Aliado a isso, há a rarefação da experiência de conflito interno como enigma causador do sofrimento psíquico, a exibição de si e o surgimento de uma “neurocultura” (ROSE, 2007 apud BEZERRA JR., 2014) propulsora da constituição de individualidades somáticas e “*selves* neuroquímicos”. Finalmente, há uma massificação do uso de tecnologias de regulação da vida cotidiana, estendendo a aplicação de intervenções biológicas no controle dos estados emocionais, do sono, do sexo, da atenção e das inúmeras contingências da vida.

A partir do DSM III surgiu uma nova configuração do cenário psiquiátrico, marcado pela expansão crescente de diagnósticos e patologização da vida cotidiana. Este contexto está articulado a um:

predomínio do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela

evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante. (BEZERRA JR., 2014, p. 15).

Assim, a conjunção destes elementos propiciou a intensificação de um processo de leitura do indivíduo mais do ponto de vista do comportamento e menos da interioridade, em um movimento no qual se aumentam os quadros nosográficos. O DSM cria cada vez mais doenças, fazendo com que muitas pessoas sejam categorizadas como portadoras de transtornos mentais e conseqüentemente, passa a haver uma demanda equivalente de medicamentos psiquiátricos para cada transtorno. Esse aumento crescente das categorias de diagnóstico sugere haver uma tendência não só na psiquiatria, mas na medicina de um modo geral a transformar comportamentos e experiências do cotidiano em patologias mentais.

#### **1.4. Conexão DSM-Pharma**

A chamada “conexão DSM-pharma” é minuciosamente analisada por Borch Jacobsen (2013) quando aponta, assim como Russo e Venâncio (2006), a terceira versão do DSM, em 1980, como um eixo de virada rumo a uma apresentação que se pretendia mais científica e sem ideologias ou teorias balizando a bíblia da psiquiatria. É a partir deste momento que o DSM passa a ser vetor de legitimação na produção e prescrição de psicofármacos<sup>5</sup>.

Isso ocorre porque o diagnóstico e a prescrição caminham lado a lado: um diagnóstico de transtorno mental geralmente é o que justifica a prescrição de medicamentos. Wakefield (2013) exemplifica esta relação com a questão do transtorno depressivo maior. Atualmente, para haver a identificação deste transtorno é preciso que o paciente apresente 5 de 9 sintomas possíveis durante um período de 2 semanas. O problema é que estes sintomas estão em casos de depressão, mas também compõem reações normais da vida cotidiana, como tristeza, insônia, perda de interesse em atividades habituais, incapacidade de se concentrar em tarefas comuns, etc. Da mesma forma, um diagnóstico de ansiedade social demanda a evocação de um medo de humilhação ou um desconforto em uma situação social que possa atrair a atenção de pessoas estranhas. Entretanto, esta ansiedade está constantemente presente na vida cotidiana das pessoas.

---

<sup>5</sup> Esta tese enfoca a trama política nos bastidores da criação de novas versões do DSM. Um estudo de Cosgrove, Krinsky et al (2006) é trazido à cena por Borch-Jacobsen para afirmar que dos 170 membros de comissões encarregadas de elaborar a quarta versão do manual, 56% tinham ligações financeiras com a indústria farmacêutica. Em algumas comissões, como aquelas consagradas aos “transtornos de humor” e “esquizofrênia e outros transtornos psicóticos” a porcentagem era de 100%.

O ponto trazido por Wakefield é de que “esses critérios diagnósticos baseados em sintomas apresentados por uma pessoa não permitem realmente distinguir entre uma variação normal e um transtorno mental, pois eles não levam em conta o contexto que pode explicar estes sintomas como uma reação humana normal.” (WAKEFIELD, 2013, p. 268, tradução nossa). Desta forma, baseando-se nos critérios fundados na metodologia do DSM desde 1980 é possível enquadrar um número gigantesco de pessoas em algum transtorno mental, como depressão ou ansiedade social.

A partir desta metodologia diagnóstica introduzida no DSM-III a atenção insuficiente ao contexto dos sintomas do paciente introduziu uma possibilidade de abrir as portas para que cada vez mais pessoas fossem diagnosticadas com algum tipo de transtorno. Assim, se a influência da indústria farmacêutica não era patente até então na construção dos critérios diagnósticos, ela se serviu da análise conceitual precária da metodologia do DSM-III para alavancar a produção e comercialização de seus produtos.

O ponto no qual a indústria farmacêutica e o discurso do DSM puderam se intercruzar começou a ser feito a partir do momento em que o paradigma do desfuncionamento cerebral passou a um primeiro plano. Se o cérebro foi o grande ator na neurologia do século XIX com a teoria localizacionista, na qual a doença mental tinha seu correlato em alguma alteração cerebral; a partir da segunda metade do século XX, a teoria do desequilíbrio químico (WHITAKER, 2002, 2010) retomou a centralidade do cérebro como fundamental na etiologia das chamadas doenças mentais.

Whitaker (2010, p. 42) realiza um estudo minucioso sobre o modo pelo qual a psiquiatria se utilizou dos psicofármacos como respaldo a sua atividade. No começo dos anos 1950, Henri Laborit, cirurgião na marinha francesa, procurava um meio de relaxar os pacientes a fim de poder utilizar menos anestesia. Em seus testes com anti-histamínicos da categoria das fenotiazinas ele chegou ao efeito do que chamou de “quietude eufórica”, pois apesar de não ficarem sedados, os pacientes ficavam claramente menos ansiosos. Foi deste modo que a clorpromazina começou a ser testada com sucesso em pacientes psicóticos, e a partir daí, a indústria farmacêutica Smith Kline comprou os direitos da clorpromazina e foi aprovada pela FDA nos Estados Unidos.

A chegada da clorpromazina foi seguida pelo desenvolvimento e comercialização de outros psicotrópicos: o lítio para a psicose maníaco-depressiva; os ansiolíticos, como o Valium e seus derivados; os antidepressivos tricíclicos e depois os inibidores de receptação de serotonina para a depressão, bem como os diferentes hipnóticos para os problemas do sono.

Estas correlações entre os medicamentos e transtornos mentais eram sempre feitas em função dos sintomas, o que minimizava as múltiplas compreensões etiológicas das mais variadas correntes teóricas no campo psi. Ou seja, qualquer que seja a etiologia da depressão, pode-se pensar que ela implica em geral em tristeza, falta de interesses, insônia, fadiga e outros sintomas do gênero, por exemplo.

A ideia é que os sintomas agrupam e organizam uma nosografia a-teórica, proporcionam uma linguagem comum. No entanto, o diagnóstico baseado apenas em sintomas não demarca os limites entre o normal e o patológico, pois além deles expressarem sentimentos e estados da vida corriqueira, o diagnóstico realizado na atualidade tende a extirpar os contextos aos quais os sintomas estão inseridos. E nesta medida, os efeitos se mostram em um sensível aumento de diagnósticos de transtornos mentais<sup>6</sup>.

Nesse quadro, a indústria farmacêutica, interessada na pesquisa sobre a eficácia de novos medicamentos a serem colocados no mercado, passa a financiar pesadamente esse tipo de pesquisa. Como os grandes laboratórios estão sempre buscando o registro no mercado americano, os critérios diagnósticos do DSM III acabaram sendo adotados no resto do mundo, sobretudo nos periódicos científicos especializados que publicam os resultados das pesquisas. Essa articulação fica evidente quando se observa a evolução do DSM III para o DSM IV, com a inclusão constante de novos diagnósticos ocorrendo paralelamente à produção de novos medicamentos, num sistema de retroalimentação.

Desta forma, há um intrínseco relacionamento entre saber e poder inserido na lógica de produção de novos corpos dóceis ao consumo, lembrando daquela produção a que Foucault se referia na construção da disciplinarização na modernidade (2009). Aqui talvez estejamos mais próximos da lógica da sociedade de controle, de que fala Deleuze, em que o poder é muito mais invisível: “Os indivíduos tornaram-se ‘dividuais’, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou ‘bancos’” (Deleuze, 1992).

Nesta operação, prevalece a lógica do mercado em que tudo vira produto nos tentáculos do consumismo: “o tratamento medicamentoso parece mais eficaz que outros tratamentos em uma época que privilegia a produtividade econômica.” (WAKEFIELD, 2013, p. 277, tradução nossa). O próximo capítulo se centra nessa articulação entre um contexto

---

<sup>6</sup> Wakefield afirma que antes do DSM-III a depressão atingia de 2% a 3% da população, mas que com a aplicação dos critérios sintomáticos do DSM desde então, pode-se enquadrar mais da metade das pessoas por todo o mundo.

social de exigência de produtividade, consumo e visibilidade que conjuga o psicofármaco como privilegiado na tentativa de organização subjetiva.

## **CAPÍTULO II - NOS RUMOS DA PERFORMANCE E DA AUTONOMIA**

### **2.1. Nas dobradiças da modernidade**

Como descreve Foucault (2012), a modernidade se caracterizou por uma intensa transformação em sua ordenação, na qual os loucos saíram da cena social do ponto de vista de sua circulação, passando a estar ser qualificado como doente mental, e sendo suportado por todo aparato institucional na relação da medicina com o controle dos corpos dóceis. Este é um quadro que transformou a loucura como portadora de uma obscura desordem, na qual os loucos que outrora eram amontoados e lançados ao mar, a sujeira da desordem na modernidade passa a ser cirurgicamente determinada por um conjunto de ações do Estado que alinhava as relações entre saberes e poderes dos mais diversos no esquadramento subjetivo. Assim, é na escola, na fábrica, na prisão, enfim, em todas as instituições modernas a serviço das sociedades disciplinares, que o erro, o desvio e a sujeira deveriam ser registrados, catalogados.

O estranho é aquele que desafia os propósitos da organização, e na modernidade há a intenção de conhecê-lo para enquadrá-lo (FOUCAULT, 2009, 2012). No entanto, a “sujeira” ressurge pela porta dos fundos, pelo seu caráter irremediavelmente justaposto ao seu par de oposto, a “limpeza” (distinção inserida pela ordem humana na natureza entre pureza e imundice), pois: “Se a ‘sujeira’ é um elemento que desafia o propósito dos esforços de organização, e a sujeira automática, autocomotora e autocondutora é um elemento que desafia a própria possibilidade de esforços eficientes, então o estranho é a verdadeira síntese desta última.” (BAUMAN, 1998, p. 19).

Não é sem sentido que a efervescência do nascimento da psicanálise pôde se instaurar em fins do século XIX e início do século XX, numa dobra histórica que reinsere a problemática do estranho (FREUD, 1919/2006), que do ponto de vista clínico tem a compulsão a repetição como epifenômeno da pulsão de morte. (FREUD, 1920/2006). A problemática da morte em fins do século XIX se instaurou como questão, assim como na leitura heideggeriana, no campo da filosofia e da literatura, tendo solo fértil neste modernismo no qual as artes efervesceram no descentramento do clássico. É neste contexto que surgem movimentos tais como surrealismo e dadaísmo.

A psicanálise, por sua vez, tematizou sobre esse descentramento, do ponto de vista do fundamento psíquico do plano da consciência, deslocando-o para o inconsciente,

contrariamente à postura da filosofia moderna, inaugurada com Descartes, que empreendeu a visão do sujeito pautado no eu e na consciência. Neste movimento, a psicanálise impôs, a partir do pressuposto do inconsciente, a questão do sujeito à filosofia (BIRMAN, 2003). Nesse horizonte, o ponto a ser ressaltado é o problema da morte e da finitude que se enredou no século XIX<sup>7</sup>, e que marca o início do século XX, pautando questões das quais a psicanálise é herdeira.

Foucault (2000) levanta a tese de que o Freud interessante é o que se explica pela questão da morte, da finitude e do inconsciente como abertura ao desconhecido. É neste íterim que se reconhece um caráter trágico de Freud. Na última parte de *As palavras e as coisas*, Foucault se encarrega de analisar a psicanálise e a etnologia como campos privilegiados em relação a outras ciências humanas. Isto porque, em sua perspectiva, “elas formam seguramente um tesouro inesgotável das experiências e de conceitos, mas, sobretudo, um perpétuo princípio de inquietude, de questionamento, de crítica e de contestação daquilo que, por outro lado, pôde aparecer adquirido.” (2000, p. 517).

No que tange à psicanálise, esta análise situa a função crítica na direção oposta às demais ciências humanas, que virariam as costas ao inconsciente. Neste sentido, “dando-se por tarefa fazer falar através da consciência o discurso do inconsciente, a psicanálise avança na direção desta região fundamental onde se travam as relações entre a representação e a finitude” (FOUCAULT, 2000, p. 518).<sup>8</sup> No âmbito da associação de Freud com a filosofia é possível a realização de uma costura teórica interessante e consistente a respeito do sujeito pelo caminho da questão da morte e da finitude.

Em outro trabalho (Cunha, 2012), desenvolvemos a ideia de que a questão da finitude, posta na modernidade, foi um eixo central na postulação de alguns princípios e conceitos da psicanálise, a partir da eleição do termo proferido sobre a *morte de Deus* por Nietzsche, que aponta para o caráter trágico da condição moderna a partir do esvaziamento dos céus pelos deuses. Um postulado central neste trabalho supracitado foi de que a temática do sujeito moderno instauraria a questão da morte como pano de fundo e da compulsão à repetição como fenômeno clínico que denotariam o desamparo fundamental que acossa a

---

<sup>7</sup> Ver mais numa genealogia do pressuposto mortalista no século XIX na relação com o problema do mal, realizado por Birman (2006).

<sup>8</sup> Foucault sustenta que o empenho da psicanálise não se caracterizaria pela interpretação do sentido, pelo desvendamento dos elementos de resistência na montagem de uma espécie de quebra-cabeça, mas a psicanálise interessante é aquela que “se encaminha em direção ao momento — inacessível, por definição, a todo conhecimento teórico do homem, a toda apreensão contínua em termos de significação, de conflito ou de função — em que os conteúdos da consciência se articulam com, ou antes, ficam abertos para a finitude do homem” (2000, p. 518), o que implica no desdobramento de que a psicanálise lida com a representação em suspensão.



subjetividade moderna e que incide no masoquismo como forma de pacto para a sobrevivência na relação do sujeito com o outro.

Em “Além do Princípio de Prazer” (Freud, 1920/2006), Freud apresenta o conceito de pulsão de morte em oposição às pulsões de vida<sup>9</sup>. Até então, as manifestações da chamada pulsão de morte estavam restritas ao sadismo e ao masoquismo, todavia marcados pela vinculação com a sexualidade. É em consequência desta pulsão de destruição concebida após o conceito de pulsão de morte que ele pode sustentar o aspecto da agressividade e da destruição não vinculadas ao caráter sexual.

A formulação teórica da pulsão de morte tal como é esboçada pós-1920, na teoria freudiana, radicaliza com o mal-estar freudiano, inscrevendo a dimensão da morte no mal radical. No bojo deste quadro, a força pulsional não pode ser completamente domesticada, e uma potência destrutiva sempre resta presente. Na reformulação de sua metapsicologia inicial, a nova configuração da teoria das pulsões, agora orientada pela oposição entre a pulsão de vida e a pulsão de morte afirma o trabalho da pulsão de vida na tentativa de neutralizar os efeitos nocivos da pulsão de morte. O que implica em dizer que, se não há esta neutralização por parte da pulsão de vida, a morte é o imperativo da destruição na sua face nua e crua.

O importante de insistir no ponto que confere o caráter trágico do homem moderno é perceber a questão da culpa que se articula na imanência, pois o amparo dos deuses foi retirado do céu. Se os deuses existiam para cumprir funções tais como exorcizar os terrores da natureza, fazer-nos aceitar a crueldade do destino e compensar-nos pelo sofrimento que a própria civilização impõe, a ciência moderna revelou leis internas dentro da natureza, extirpando a explicação sobrenatural. É exatamente disso que se trata, quando em “O Futuro de uma Ilusão” (FREUD, 1927/2006), Freud diz que o infortúnio nos assola de maneira majestosa e cruel, “uma vez mais nos traz à mente nossa fraqueza e desamparo, de que pensávamos ter fugido através do trabalho da civilização” (p. 25). Neste ponto, em que Freud relaciona o desamparo com a fonte das ideias religiosas, é uma verdadeira crítica ferrenha aos ideais da felicidade prometida pela razão iluminista, que não se sustentou.

---

<sup>9</sup> Esta oposição é necessária para acomodar o aspecto conflitante da teoria psicanalítica, pois a construção teórica da pulsão de morte obriga a reformulação do conceito de pulsão. Se antes o dualismo freudiano era marcado pela luta entre pulsão de autoconservação e a pulsão sexual, com a pulsão de morte, um outro dualismo se faz presente. Com o desdobramento do conceito de narcisismo (FREUD, 1914a/2006), não faz sentido afirmar a ontologia de uma energia vital distinta entre as exigências de autoconservação e da libido, uma vez que o eu é investido libidinalmente. Assim, tanto a libido egóica quanto a libido sexual passam a se agrupar num conjunto maior definido por pulsões de vida, em oposição à pulsão de morte.

Freud é radical na afirmação da precariedade dos elementos contra o infortúnio, ou seja, “o desamparo do homem permanece e junto com ele, seu anseio pelo pai e pelos deuses.” (p. 26). A referência ao esvaziamento dos céus na necessidade que Freud identifica no homem de tornar tolerável o seu desamparo, centraliza estes textos tardios de Freud, *O Futuro de uma Ilusão* e *O Mal-Estar na Civilização*, em torno do desamparo estrutural.

Por outro lado, A temática da *morte de Deus*, na qual encontramos o componente teórico que sustenta a afirmação da condição trágica do sujeito na modernidade, pode ser articulada com a linguagem através da inserção de um problema que se configura a partir do deslocamento da semiologia para a hermenêutica (FOUCAULT, 1975). Isto porque o referencial vertical do *legislador absoluto* foi perdido. Este, seja contemplado na ideia de Deus, ou do Estado, falha na harmonização da dimensão da força pulsional, e por isso que é possível a Freud dissertar sobre uma potência destrutiva que escapa à tentativa de controle (Governar, psicanalisar e educar seriam impossíveis). Esta seria a versão freudiana da condição trágica do sujeito do mundo moderno.

Por um lado, situamos esta perda como o correlato do mal-estar na modernidade, e por outro lado, tomando como ângulo privilegiado a questão da linguagem, temos a perda da orientação à *coisa-em-si*. É justamente por conta disto que, na psicanálise, é possível a Freud afirmar a variabilidade do objeto, não havendo um objeto único que possa “salvar” o sujeito, fazendo ressoar a tese freudiana de que o objeto é o elemento da pulsão mais variável<sup>10</sup>.

O que decorre deste esvaziamento do céu é que “à autoridade de Deus e do ensinamento da Igreja sucede a autoridade da consciência e da razão” (HEIDEGGER, 1962, p. 181, tradução nossa). Aqui encontramos uma referência possível à questão da felicidade, tema que Freud desenvolve no *Mal-Estar*, na medida em que não se encontra mais felicidade no mundo suprassensível, restando a pergunta: onde está a felicidade no mundo das aparências, no mundo da imanência, no nosso mundo sensível? Nas palavras de Heidegger:

o objetivo da felicidade eterna no além-mundo se transforma naquele da felicidade para todos no mundo daqui. A manutenção do culto da religião é abandonada em favor do entusiasmo pelo desenvolvimento de uma cultura, ou por uma expansão da civilização. O ato criador, que outrora era próprio do Deus criador, se transforma na marca distintiva da atividade humana. (HEIDEGGER, 1962, p. 182, tradução nossa).

Nesta derivação aquilo que se põe no lugar do suprassensível são apenas derivações da interpretação cristã-eclesiástica e teológica do mundo, a qual organizou a hierarquia do ente na metafísica ocidental. Assim, quando Heidegger está dissertando sobre o esquecimento

---

<sup>10</sup> Pulsão e seus destinos.

do ser na tradição humanista, o pano de fundo que oferece as condições de possibilidades é a derrocada do suprasensível, sob a égide da *morte de Deus*. Não obstante, o esvaziamento dos céus isola o homem moderno na sua imanência, sem o referencial transversal que, através da linguagem como espelhamento, lhe conferia a condição subjugada aos valores transcendentais.

Nesse horizonte, Deus não é mais encontrado, e entendemos o que Heidegger diz sobre os caminhos que levam a lugar nenhum, pois o insensato que grita “Procuro Deus, procuro Deus” não entra senão no domínio da linguagem que tangencia ao infinito: “Eles (os que não creem mais em Deus) não são mais capazes de procurar, porque eles não são mais capazes de pensar” (HEIDEGGER, 1962, p.219). Com efeito, a dimensão histórica está radicalmente colocada, na medida em que, se matamos Deus, foi porque o construímos. Não há mais brechas para o encontro com o suprasensível, porque a hermenêutica moderna desconfigura a ideia de origem.

Assim, a morte se instaura inequivocamente e o estranho surge como o duplo de si mesmo no plano da imanência. À modernidade coube ter que lidar com a dimensão do mal-estar sem recorrer a projeções exteriores em eras pré-modernas. Se o imundo do mundo era projetado a forças ocultas na transcendência, o Homem estaria protegido do mal, que lhe era externo. Os monstros e diabos eram o inimigo a ser combatido (NEIMAN, 2003). Com a modernidade, o imundo está guardado no interior mesmo das individualidades, e essas passam a ser controladas num esforço perpétuo por separar, confinar, exilar e destruir os estranhos.

Em certas situações, a preocupação com os estranhos assumiu um papel particularmente importante entre as muitas atividades abrangidas no cuidado diário da pureza, da renovação de um mundo habitável e organizado. Isso aconteceu assim que o trabalho de purificação e “colocação em ordem” se tornara uma atividade consciente e artificial, quando fora concebido como uma *tarefa*, quando o objetivo de limpar, em vez de se manter intacta a maneira como as coisas existiam, tornou-se *mudar a maneira* como as coisas costumavam ser, *criar* uma nova ordem que desafiasse a presente; quando, em outras palavras, o cuidado com a ordem significou a introdução de uma nova ordem, ainda por cima, artificial – constituindo, por assim dizer, um *novo começo*. Essa grave mudança no *status* da ordem coincidiu com o advento da *era moderna*. De fato, pode-se definir a modernidade como a época, ou o estilo de vida, em que a colocação em ordem depende do desmantelamento da ordem “tradicional”, herdada e recebida; em que “ser” significa um novo começo permanente. (BAUMAN, 1998, p. 20)

As ideologias totalitárias levaram ao delírio a propensão desse ato de condensação do difuso, na localização do indefinível, transformando num alvo a seu alcance: “O nazismo e o comunismo primaram por impelir a tendência totalitária a seu extremo radical – o primeiro,

condensando a complexidade do problema da ‘pureza’ em sua forma moderna, no da pureza da raça, o segundo no da pureza de classe.” (BAUMAN, 1998, p. 22).

## 2.2. A exorcização de todo o mal

Por outro lado, na pós-modernidade, a tendência a coletivizar e centralizar as atividades de “purificação” tende a ser diminuída ou praticamente extinta. Em substituição, a estratégia passa a ser de desregulamentação e privatização. Bauman identifica um declínio da função do Estado em sua antiga tarefa de promover um modelo de ordem. A ordem atual passa a ser configurada pela lógica do mercado, fazendo com que um número sempre crescente de pessoas deixem suas seguranças e encontrem seu lugar na infixidez, seduzidos pelas propostas de aventura e opções abertas.

Nessa mudança de disposição, são ajudados e favorecidos por um mercado inteiramente organizado em torno da procura do consumidor e vigorosamente interessado em manter essa procura permanentemente insatisfeita, prevenindo, assim, a ossificação de quaisquer hábitos adquiridos, e excitando o apetite dos consumidores para sensações cada vez mais intensas e sempre novas experiências. (...) As diferenças se amontoam umas sobre as outras, distinções anteriormente não consideradas relevantes para o esquema global das coisas e portanto invisíveis agora se impõem à tela do *Lebenswelt*. Diferenças outrora consagradas como não-negociáveis são lançadas inesperadamente no *melting-pot* ou se tornam objeto de disputa. Quadros de competição se sobrepõem ou colidem, excluindo toda oportunidade de um mapa de levantamento topográfico “oficial” e universalmente aglutinante. No entanto, uma vez que cada esquema de pureza gera sua própria sujeira e cada ordem gera seus próprios estranhos, preparando o estranho à sua própria semelhança e medida – o estranho agora, é tão resistente à fixação como seu próprio espaço social (BAUMAN, 1998, p. 23).

Os estilos e padrões de vida passam a ser livremente concorrentes, impondo às subjetividades uma eterna sedução pelas infinitas possibilidades e constantes renovações promovidas pelo mercado consumidor. E nessa lógica, aqueles que não se encaixam, são a “sujeira” da pós-modernidade. O critério de pureza passa a ser atualmente não o encaixe na disciplina, que conferia um lugar dentre outros na massa preparada para a produção, mas a aptidão de participar do jogo consumista, no qual os deixados de fora, os consumidores falhos que não têm os recursos requeridos são os anormais “impuros”.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Os centros comerciais, supermercados e shoppings se tornaram os templos do novo credo consumista, impedindo a entrada dos consumidores falhos, que se tornaram objetos privilegiados das câmeras de vigilância, alarmes eletrônicos e guardas como cães de guarda.

No modelo pautado pela desregulamentação e privatização, há um esforço constante pelo despojamento de toda interferência coletiva no destino individual, e a definição de liberdade é contagiada em função do poder de escolha do consumidor. Assim, o indivíduo pós-moderno tem uma chance de romper com tudo o que, por um lado, traz segurança, mas por outro lhe aprisiona nas tramas da repressão. Ele possui não apenas a liberdade de escolha, mas o imperativo de ser livre, e isso tem relação com sua identidade, deixando de lado a solidez de uma identidade marcada por princípios fortemente consolidados e passa a adotar uma filosofia de flexibilização.

Mais do que a venda mercadológica da proposta de liberdade e felicidade, é a imposição de ser livre e feliz que organiza muitas das coordenadas da atualidade. Com esse constrangimento a uma intensa e imperiosa demanda de ação, tudo passa a ser cortado pelo registro do tempo e assim, na impossibilidade de viver o sofrimento e de elaborá-lo psiquicamente, o indivíduo pós-moderno acaba por se lançar à busca pelo novo, pelo que é arriscado.

A segurança moderna encontra resistência para sobreviver nos novos tempos. Atualmente, vive-se intensamente o risco em detrimento da rotina, que outrora trazia a estabilidade. Para Bauman, o movimento contemporâneo é pela busca do novo, independente das consequências que possa trazer. Com isso, tudo se torna efêmero, momentâneo. Aquilo que ontem era uma grande novidade, hoje já corre o risco de ser atrasado. O tempo parece passar mais rápido e o resultado disso é uma pobreza no processo de elaboração psíquica<sup>12</sup>. É neste sentido que reafirmamos que o desejo na pós-modernidade se encontra em frangalhos (BIRMAN, 2006).

O indivíduo pós-moderno deixa de lado a solidez de uma identidade marcada por princípios fortemente consolidados e passa a adotar um ideal de flexibilização de sua identidade:

atualmente, o problema da identidade resulta principalmente da dificuldade de se manter fiel a qualquer identidade por muito tempo, da virtual impossibilidade de achar uma forma de expressão da identidade que tenha boa probabilidade de reconhecimento vitalício, e a resultante necessidade de não adotar nenhuma identidade com excessiva firmeza, a fim de poder abandoná-la de uma hora para outra, se for preciso.” (BAUMAN, 1998, p. 155)

A articulação entre a atual fase do capitalismo e a ordem social tem como resultado novas formas de subjetivação, que um autor como Sennet (1999) denomina de “corrosão do

---

<sup>12</sup> É neste campo que o estatuto do trauma ganha notoriedade. (Maia, 2005)

caráter”. Segundo o autor, o próprio senso de caráter pessoal é modificado de acordo com o novo capitalismo, na medida em que novos sentidos e significados são atribuídos ao trabalho. A nível de evolução histórica, Sennet percebe mudanças radicais na organização do trabalho desde o modelo do fordismo até os dias atuais. A bandeira da liberdade é um importante vetor que estaria na base deste deslocamento, uma vez que pela nova ordem do capitalismo, através da flexibilização, seria possível encontrar uma linha de fuga frente ao rígido mecanicismo fordista.

Na contramão da noção de flexibilidade atrelada à ideia de liberdade, Sennet postula que “na verdade, a nova ordem impõe novos controles, em vez de simplesmente abolir as regras do passado – mas também esses novos controles são difíceis de entender. O novo capitalismo é um sistema de poder muitas vezes ilegível.” (p. 10). No lugar da rotina, a nova retórica da linguagem da flexibilidade promove um maior dinamismo na economia. Na visão do autor, a busca por esta flexibilidade aliada à repulsa com relação à rotina burocrática produziu novas estruturas de poder e controle, que tem sua manifestação na reinvenção descontínua de instituições, na especialização flexível de produção e na concentração de poder sem centralização.

Os desdobramentos destes três elementos sugerem um ritmo econômico que se baseia na concepção de uma constante mobilização, que não permite a fixidez, mas, ao contrário, o eterno risco: “correr riscos pode ser, em muitas circunstâncias diferentes, um teste de alta carga de caráter. (...) O risco vai se tornar uma necessidade diária enfrentada pelas massas.” (SENNET, 1999, p. 94). Arriscar-se significa neste contexto mais do que uma aventura em busca de novas possibilidades, mas é uma exigência necessária para a sobrevivência no mercado. Nesta medida há uma modificação na relação espaço-temporal, pois há uma imposição pela busca dos lugares que oferecem as melhores condições de trabalho. Assim, é a perda mesma do referencial de continuidade que se revela esfacelada, cuja instabilidade desorienta a ação em longo prazo, impossibilitando a projeção num futuro distante. É esta ideia que autoriza Sennet a argumentar sobre a corrosão do caráter.

O que percebemos, desde o começo da vida, é um movimento no qual a preparação para conquistar um lugar no mercado de trabalho é arquitetada. As crianças de hoje estudam, fazem aulas de idiomas, ballet, natação etc. Elas representam a virtualidade de um projeto muito bem definido pela classe média, que é a necessidade de se pensar a inserção no mercado de trabalho que aniquila quem não for flexível às circunstâncias.

Um mapeamento da juventude atual é feito por Birman (2007), em um trabalho que se pauta na perspectiva da enunciação de uma relação entre as novas condições econômicas, novas formas de viver e de construir uma subjetivação. O autor sustenta uma caracterização baseada numa narrativa que abrange a totalidade dos aspectos relativos à juventude na sua forma de entrelaçamento com a criminalidade e a violência, que não se isolam na periferia das grandes cidades, mas que estão instauradas na classe média.

A perspectiva explorada por Debord (1997) indica uma dimensão da fragmentação subjetiva atual. A espetacularização tende a ser desenvolvida sob o aspecto da primazia da imagem como elemento fundamental no processo de engendramento da constituição dos laços sociais e do sujeito contemporâneo. Nesse sentido, são verificadas alterações na constituição da articulação entre psiquismo e corpo, nas quais o corpo passa a servir como suporte de identificação imediata.

### **2.3. Do corpo como bem supremo**

É preciso destacar, em um outro eixo, que na contemporaneidade é o corpo enquanto palco para a valsa das excitabilidades que restou como bem supremo. Há um imperativo da ação que visa a fazer esse corpo se mexer, movimento do qual a psiquiatria resta como uma forte aliada. A inscrição desta problemática está referida a uma mudança significativa no processo de regulação do sofrimento psíquico, de forma que se aponta para um limiar muito baixo para a sustentação da dor na atualidade. A medicalização intensa promove um processo da objetivação da dor psíquica.

O uso de psicofármacos é assumido como processo principal de tratamentos para o sofrimento psíquico, logrando um espaço de transformação da angústia. A evitação do mal-estar é o objetivo numa sociedade que privilegia a performatividade e neste, sentido, podemos articular as psicopatologias da atualidade com as transformações sociais do nosso tempo. Deste ponto de vista sociológico, a apreensão discursiva que se apresenta é que na sociedade de consumo não lugar para os deprimidos, angustiados, para os desajustados. Todos precisam estar dentro da curva normal que nos potencializa a todos enquanto consumidores. (BIRMAN, 2012; 2014b).

É preciso salientar que essa prática de medicalização está inserida em um empreendimento que foi iniciado no século XIX. Iniciado como prática de higiene social na Europa, a medicalização incidiu sobre os corpos de forma a promover o ideário da saúde no

lugar anteriormente conferido à salvação, no espaço pré-moderno, ligado a uma hermenêutica religiosa. Constituiu-se, no lugar, a clínica e a medicina social (FOUCAULT, 2014), de forma que as categorias de normal, anormal e patológico passaram a dominar os discursos de saúde, notadamente na medicina e nas políticas públicas, na esteira da configuração do que Foucault denominou de processo de normalização.

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nessa zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. (FOUCAULT, 2014, p.39).

Neste sentido, Birman (2012) enfoca a questão da qualidade de vida da população como eleição de um signo das riquezas das populações, inserida que estava no pleito de uma modernização do social. Por isso a questão da medicalização do social está inserida no contexto de uma modernização na modernidade do Ocidente, de forma que

o que estava em questão era a conjugação rigorosa dos registros do corpo disciplinar e do corpo espécie, matérias-primas por excelência do poder disciplinar e do biopoder, de maneira que o adestramento corporal era a contrapartida para a programação eugênica da população saudável e com boas possibilidades de reprodução biológica e social. (BIRMAN, 2012, p. 78).

É precisamente nesse terreno que o discurso psiquiátrico, incrementado pelo discurso psicofarmacológico, capta o poder de ditar a regulação do mal estar corpóreo. Assim, a relação médico-paciente é posta de lado, junto com a dimensão conflitiva das relações, e o foco incide sobre a neurobiologia cerebral, ressaltando o encantamento ofertado pela eficácia bioquímica vendida pela indústria farmacêutica com seus medicamentos psicotrópicos: “Portanto, o xamã da atualidade assume decididamente a feição de um mago que manipula a alquimia psicofarmacológica, com a qual pretende se opor a combater as novas modalidades de feitiçaria.” (BIRMAN, 2012, p. 79).

O ponto que desejamos enfatizar é que esta medicalização dos corpos incide na sobreposição do corpo como organismo, processo iniciado com a modernização do social. Nessa sobreposição há a expulsão do corpo como campo simbólico, palco de afetos e sentidos, e neste medida a psicanálise tem um lugar controverso, fato este que Birman (2012)



afirma ser o lugar mesmo da perda de poder da psicanálise. O autor evoca uma perda do valor do corpo no discurso da tradição analítica pós-freudiana, de modo que esta tradição não designou um lugar para o corpo, sendo este um caráter de negativização do corpo. As proposições que definem esta negatividade são circunscritas aos seguintes fatores:

1. O corpo é definido por oposição ao psiquismo;
2. O corpo foi reduzido aos registros somático, anatômico e biológico;
3. Se estes registros não são idênticos, eles são, no entanto, complementares. Isso porque eles se inscrevem no mesmo nível da realidade. Com efeito, do ponto de vista estritamente epistemológico, todos eles se inscrevem no mundo da natureza;
4. Em contrapartida, o psiquismo é definido como campo de *representações* (Freud) e de *significantes* (Lacan);
5. A prática psicanalítica se limita assim ao *deciframento* de significantes e de representações;
6. As fronteiras do campo psicanalítico são então precisamente traçadas e fincadas. Assim, o que pode ser decifrado é analisável, de fato e de direito. Em contrapartida, tudo o que não é decifrável é expulso como não analisável, para um campo situado além da experiência analítica. (BIRMAN, 2007, pp. 53-54).

Assim, Birman identifica o restabelecimento no interior do discurso psicanalítico dos impasses do dualismo psicofísico da psicologia, na esteira do hiato que se estabeleceu entre os registros psíquico e somático com a aquisição, no século XX, de conhecimentos sobre o organismo. Nesta medida, a psicanálise teria se reduzido a uma leitura dos processos psíquicos de ordem representativa e significativa.

Se é possível identificar no discurso freudiano a marca do biológico, sobretudo no início de suas pesquisas, até por conta de sua formação como neurologista, não tardou para que Freud trilhasse um caminho de desconstrução da psicologia da consciência e do eu, constatando que as afasias se tratavam de uma enfermidade psíquica, como veremos detalhadamente no próximo capítulo. No momento, cabe destacar que esta foi a condição de possibilidade da descoberta da psicanálise.

Entretanto, a tradição analítica teria relegado ao limbo a problemática do corpo, segundo Birman, subsumindo a dimensão do corpo ao registro biológico e a problemática do afeto ao registro da natureza e da animalidade, da mesma forma. O autor evoca Lacan neste imbróglio, pontuando que no momento teórico em que este desenvolveu sua leitura significativa do inconsciente, não houve mais espaço para o afeto neste, uma vez que não era mais possível se referir ao afeto inconsciente propriamente dito.

Esta exclusão custou caro à psicanálise, pois tornou a escuta obstaculizada, já que se afastou dos efeitos pulsionais no psiquismo, induzindo a uma técnica clínica que se inscreveu

no limite da racionalização. Os efeitos da expulsão dos afetos evidenciaram a marca com relação à produção dos analisantes: “o discurso vazio, a ausência de criatividade, as resistências insuperáveis, as depressões severas, o frequente recurso aos psicotrópicos. Tudo isso revela a surdez dos analistas aos movimentos pulsionais dos analisandos, que buscam, dessas maneiras clinicamente drásticas, entregar a sua corporeidade sofrente aos analistas.” (BIRMAN, 2007, p. 57). Isto tornou difícil a escuta, por parte dos analistas, dos estados limites, das estruturas psicossomáticas, perversões e psicoses. Então o masoquismo teria, segundo Birman, encontrado condições ótimas para se incorporar aos analisantes.

Birman (2007) nos convida, em outro momento, a mergulhar em uma cartografia do corpo executada no interior da construção do pensamento psicanalítico na interrogação do estatuto do corpo e dos afetos em psicanálise, realizando uma necessária distinção entre corpo e organismo, que foi sobreposta, conduzindo a psicanálise a uma postura mais próxima a um desvio biologizante, e excluída da ação sobre o corpo-organismo, este que foi entregue à medicina. Com isso, o que teria restado à psicanálise foi um psiquismo desencarnado, no interior de uma repartição entre os saberes.

Como marca de distinção essencial nesta cartografia é preciso enunciar que “o *organismo* é de ordem estritamente biológica, sem dúvida. Em contrapartida, o *corpo* é de ordem sexual e pulsional. Ele remete à ideia de carne, a que se liga uma longa tradição mítica e religiosa.” (BIRMAN, 2007, p. 58). Uma das marcas epistemológicas essenciais do pensamento freudiano foi ter tomado as relações do organismo e do psiquismo pela mediação da problemática do corpo, superando um paralelismo psicofísico. Neste sentido, o autor evoca a categoria de *corpo-sujeito* para narrar uma experiência de corpo enunciado na trama alteritária, em contraposição ao solipsismo que configura a ideia de organismo.

Assim, se desde cedo Freud se utiliza da palavra organismo, como no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895/2006), mas também em “Além do Princípio de Prazer” (FREUD, 1920/2006), “O Eu e o Isso” (FREUD, 1923/2006) e “O problema Econômico do Masoquismo” (1924/2006). Todavia, Freud se refere, desde os primórdios da psicanálise, à uma outra concepção de corpo, como veremos no próximo capítulo mais especificamente. Foi isso mesmo que permitiu a Freud avançar na questão da histórica, definindo a compreensão de uma nova cartografia do corpo, um corpo libidinal, que seria ao mesmo tempo um corpo representado e imaginado.

Do ponto de vista metapsicológico, ficam muito evidentes as interseções, mas sobretudo as separações, entre o organismo e o corpo, com a formulação do conceito de

pulsão, este que seria um conceito-limite, uma *Konstant-Kraft* (força constante) que situa nas bordas:

Se abordarmos agora a vida psíquica do ponto de vista biológico, a ‘pulsão’ nos aparecerá como um conceito-limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo. (FREUD, 1915/2004, p. 148).

A arquitetura corporal remete a um corpo que se instaura no enredamento da trama dos destinos pulsionais, na relação com o outro. Assim, o princípio da alteridade permite a contextualização do eu corporal, enunciado, sobretudo, na segunda tópica freudiana, explicitamente no texto “O Eu e o Isso” (FREUD, 1923/2006).

Se a tópica inicial do discurso freudiano era solipsista – já que a tópica dos anos 20 era decididamente alteritária – o que nos permite compreender devidamente por que a transferência generalizada foi um conceito tardio, já que nos primórdios só existia a transferência restrita em psicanálise. A invenção do conceito de transferência generalizada não foi possível senão quando se enunciou que no fundamento do psiquismo existia uma alteridade, que funcionaria como princípio de transformação das forças pulsionais. (BIRMAN, 2007, p. 61).

Assim, a alteridade está intimamente relacionada à formação do corpo, e é neste circuito que a transferência surgiu como uma aposta na transformação econômica da dimensão das forças pulsionais. Isto porque o corpo se configura como um território ocupado do organismo, como um conjunto de marcas sobre e no organismo pela inflexão promovida pelo Outro, sendo o corpo entendido, desta forma, sobretudo como um destino. Se o organismo, portanto, não passar pelo processo de mediação do Outro, ele estará fadado a um trauma mortífero e a um descompasso das forças pulsionais.

Birman (2007) identifica nos impasses colocados na análise das psicoses, perversões, estados-limites e da psicossomática a exclusão da relação entre corpo e afeto, já que o modelo metapsicológico era suficiente para conduzir à cura nas neuroses. Trataremos disso no quinto capítulo, mas cabe antecipar uma diferenciação entre estas formas de estruturação subjetiva com as neuroses, que comportam um psiquismo mais ou menos ordenado, em que as forças pulsionais já estão ligadas em um campo de representações, estando a diferença sexual e o Édipo devidamente organizados.

Não significa que o campo das neuroses seja fácil de ser entendido, até porque a trama neurótica impôs a reformulação deste modelo freudiano. Foi aí que se instaurou a necessidade de uma refundação, com a segunda tópica, e as exigências da pulsão de morte, porque o modelo bem fundado do psiquismo, referido no capítulo VII de “A Interpretação dos

Sonhos” (FREUD, 1900/2006) caducava. Foi somente após este modelo ter sido colocado em questão que a psicanálise pôde se abrir para a psicose, a perversão e as perturbações da corporeidade, já que “era necessária a suposição da existência de circuitos pulsionais desordenados, experiências traumáticas severas e organizações narcísicas frágeis.” (BIRMAN, 2007, p. 70).

Neste contexto, uma *reação terapêutica negativa* surge no cenário transferencial, instaurando um diálogo de surdos se a terapêutica fica centrada no regime do deciframento estritamente. Desta forma, fica evidente um baixo limiar para suportar a ausência do analista e quando este fica detido no regime interpretativo apenas, a análise não funciona mais, ficando o paciente reenviado de maneira perpétua à sua própria morte e incapacidade de dominar seus traços traumáticos.

Um diálogo de surdos se instaura então entre o analisando e o analista, o que mina progressivamente e definitivamente as possibilidades do trabalho analítico. A figura da morte se apresenta e se inscreve na cena psicanalítica sob a forma apavorante de masoquismo. Constatam-se então os limites insuperáveis para o trabalho de simbolização. Não existe mais qualquer possibilidade de movimento libidinal na análise, e tudo se paralisa. É o congelamento da libido que ocupa a cena analítica. (BIRMAN, 2007, p. 71).

Muitas vezes, se o analista se deixa seduzir por uma postura salvacionista na tentativa de socorrer o paciente e/ou se permanece estático no registro interpretativo, a figura do analista incorre na possibilidade de perpetuar o movimento mortífero do congelamento da libido do paciente, servindo como suporte do gozo do paciente, funcionando, assim, como uma droga potente. De outro modo, a atenção e a presença viva do analista é necessária para que ele acolha o impacto das forças pulsionais, permitindo “seu remanejamento pelo Outro, e, portanto, a passagem da atividade à passividade e o retorno da força pulsional sobre a própria pessoa.” (BIRMAN, 2007, p. 71). É neste campo que as feridas traumáticas e os fantasmas podem ter um lugar no ordenamento e no deslocamento do sujeito na cena analítica e em sua vida.

#### **2.4. Sociedade do mal-estar**

Para compreender um pouco mais as subjetividades contemporâneas, nas quais modelos outros do psiquismo foram desenhados e recolocados à literatura psicanalítica, elencaremos a tematização do intrapsíquico na articulação com as exigências e conjunturas sociais atuais. Este ponto é esmiuçado sob a temática desenvolvida por Ehrenberg (2012) a

respeito de uma sociedade do mal-estar. O autor disserta sobre o efeito de enfraquecimento que as transformações econômicas a partir da década de 70 provocaram no laço social, a partir da constatação de que o sofrimento mental deriva do contexto social. Estas transformações seriam operadas sob a égide dos valores recolhidos pela concepção de autonomia: “ela designa atualmente à primeira impressão duas coisas: a liberdade de escolha em nome da propriedade de si e a capacidade de agir por si só na maior parte das situações da vida.” (p. 12, tradução nossa).

A autonomia como um valor central na determinação do comportamento é a denotação da afirmação de si na cultura individualista que se formulou a partir destas transformações sociais. Neste campo, a afirmação de si vira uma norma a ser seguida, substituindo a disciplina<sup>13</sup> pela autonomia.

Em um estilo de existência organizado pela disciplina tradicional a questão que se colocava a alguém era do tipo “neurótico”: o que é me é *permitido* fazer? Quando a referência domina os espíritos, quando a ideia de que cada um pode se tornar alguém por si mesmo, progredindo dentro de sua própria iniciativa se torna um ideal inserido nos nossos hábitos cotidianos, a questão é do tipo “depressiva”: eu sou *capaz* de fazer? A culpabilidade neurótica evidentemente não desapareceu, mas ela tomou a forma da insuficiência depressiva. No deslocamento do permitido ao possível, a asserção pessoal, a afirmação de si no coração da sociedade democrática. A capacidade de se afirmar de maneira maestral e apropriada se torna um ingrediente essencial de socialização em todos os níveis da hierarquia social. Essa mudança da normalidade coloca o indivíduo numa linha que vai da capacidade à incapacidade. Quando o cursor se aproxima da incapacidade, a impotência faz aparecer sua culpabilidade de não se estar à altura. É sob o modo de déficit, de insuficiência ou de desvantagem que aparece a culpa. (EHRENBERG, 2012, pp. 13-14, tradução nossa).

Ehrenberg localiza que na atualidade a questão do sofrimento psíquico, da saúde mental, das emoções, é instalada na interseção da psicologia, das neurociências e da sociologia, o que revela um campo de batalha que insere a questão do indivíduo muito além das questões terapêuticas, clínicas ou etiológicas. Essas transformações, operadas sob a égide da autonomia designam atualmente duas coisas, na perspectiva do sociólogo francês: a liberdade de escolha em nome da propriedade de si e a capacidade de agir por si mesmo na maior parte das situações da vida, de forma que a afirmação de si se torna uma norma, porque ela é impositiva, e um valor, porque passa a ser desejada.

---

<sup>13</sup> O modelo do panóptico é utilizado por Foucault (2009) para analisar a prisão como um dos dispositivos de produção da subjetividade moderna. Aliada à escola, ao exército, às fábricas, a prisão se insere dentro de um conjunto maior de instituições, que é a base da organização social moderna no Ocidente, denominada de sociedade disciplinar. Nessa economia de poder transversal e não centralizado, Foucault chama atenção para um conjunto de práticas operando na modernidade, cujo desdobramento é a formação de corpos dóceis, isto é, disciplinados.

Na França, pelo menos, Ehrenberg enxerga na narrativa do sofrimento psíquico o objeto de um discurso do “mal-estar na civilização”, no qual muitos clínicos e teóricos tratam as patologias do laço social que se desenvolvem, como as adicções, as compulsões, o stress pós-traumático, dentre outras. Do mesmo modo, no campo organizacional, as organizações patronais, os sindicatos e as direções de recursos humanos são mobilizados pelo padecimento do mundo do trabalho e pelo *stress*, que seriam a expressão de novas pressões resultando em transformações do modo de gestão. De um modo geral, um sofrimento psíquico sem fim está posto por todo lado. As regras sociais se transformam e, em consequência, o indivíduo deve cada vez mais se apoiar em suas capacidades pessoais.

Disto resulta este excesso de patologização da vida cotidiana, da qual a biologização da vida social é seu correlato. As depressões, as ansiedades e seus espectros são palavras de ordem do vocabulário psicopatológico que sintetizam o esgotamento de uma vida privada e centralizada em si mesma.

A saúde mental se tornou a linguagem contemporânea, a forma de expressão obrigatória não apenas do mal estar e do bem estar, mas também dos conflitos, das tensões, dos dilemas de uma vida social organizada em referência à autonomia, ditando as formas de dizer e de fazer aos indivíduos. (...) O infortúnio, a infelicidade, a angústia, a doença, são os elementos desse jogo de linguagem que consiste em pôr em relação infelicidade pessoal e relações sociais perturbadas sob o signo do sofrimento psíquico, unindo, assim, o mal individual e o mal comum. Esta linguagem a sua gramática e sua retórica rege as significações e regula os afetos. (EHRENBERG, 2012, p. 19, tradução nossa).

Esta trama se articula à ideia do declínio do homem público em benefício do homem privado (SENNETT, 1999) e que se revela numa classe de patologias posta em evidência por psicanalistas a partir dos anos 1940: as patologias narcísicas e os estados limites. Caracterizadas por uma dinâmica subjetiva diferenciada em relação às neuroses “clássicas”, ditas neurose de transferência (histeria, neurose obsessiva, fobia), elas se situam menos no domínio do conflito.

A partir dessa classe de patologias foi se lançando a ideia de que o indivíduo se tornou narcísico (SENNETT, 1999; LASCH, 1979 *apud* EHRENBERG, 2012), na afirmação de que Édipo deixou lugar a Narciso. Ehrenberg afirma que essas patologias compõem a grande neurose contemporânea, que inter cruzam as transformações da clínica e das mudanças sociais. Trata-se, na atualidade, mais de “liberar o indivíduo dos constrangimentos que o impedem de se tornar ele mesmo, mas de lhe subtrair as seduções mórbidas dos ideais que o constroem a se tornar ele mesmo.” (EHRENBERG, 2012, p. 22, tradução nossa). Assim, a

síntese que opõe as neuroses de transferência às atuais patologias é colocada por Ehrenberg da seguinte forma:

Do impedimento a se tornar si mesmo à obrigação de sê-lo, este deslocamento engendraria uma nova subjetividade: a subjetividade liberada. De que? Dos interditos e dos conflitos neuróticos que eles engendrariam. A subjetividade reprimida sofria das neuroses de transferência, a subjetividade liberada sofreria das patologias do ideal. A elas se agregam as tensões levantadas pelos valores e normas da autonomia. Aumenta a responsabilidade individual à medida que a sociedade perde, digamos, sua autoridade sobre os indivíduos relaxando os constrangimentos de enquadramento dos comportamentos que sofriam tradicionalmente. Os sofrimentos do ideal se apresentam, então, como o preço dessa perda de autoridade, desse declínio de obrigação social. Eles seriam aos valores da autonomia aquilo que a neurose clássica era àqueles da disciplina. (EHRENBERG, 2012, p. 22, tradução nossa).

Existem diferenças particulares que o sociólogo identifica entre os contextos francês e americano. Por exemplo, Ehrenberg sustenta que o conceito de autonomia divide os franceses, enquanto une os americanos. Outro aspecto é que a personalidade ou o *self* ocupa nos EUA o lugar que a Instituição ocupa na França. Se, do ponto de vista americano, o conceito de personalidade é uma instituição, na França o apelo a uma personalidade é uma desinstitucionalização. Entretanto, a despeito das diferenças, existiria uma mudança do espírito das instituições que marca a contemporaneidade, de uma maneira geral.

A configuração individualista americana aparece simbolizada no *American Way*, que do ponto de vista da personalidade é descrita como o *self*, que Ehrenberg concebe como, antes de ser um conceito psicológico ou filosófico, uma categoria cujas origens são sociais, uma espécie de representação coletiva da sociedade americana, e não apenas uma questão de um estado mental ou de expressão individual:

O *self* é a expressão de uma maneira de viver em comum onde se revelam as maneiras de dizer e de fazer, as ideias da realidade e das normas de conduta. A aliança americana entre o privado e o público se faz sob a égide da asserção pessoal, da autoconfiança, que significa, ao mesmo tempo, confiança em si e independência. (EHRENBERG, 2012, p. 35, tradução nossa).

A capacidade de se autogovernar é o centro da perspectiva da formulação da autonomia do indivíduo. Na perspectiva de Ehrenberg isso teria a ver com o nascimento da democracia nos EUA, noção que balizaria uma tripla fundação do *self* americano, a partir do puritanismo, liberalismo e romantismo.

Neste sentido, a leitura de Ehrenberg porta semelhança com a tese levantada por Deleuze (1992) na perspectiva da enunciação de uma sociedade do controle. No plano de uma economia neoliberal, Deleuze diagnostica uma crise no interior da organização social

disciplinar, precipitada num momento posterior à II Guerra Mundial: “Encontramo-nos numa crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família.[...] São as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares.” (p.220). Nessa perspectiva, o poder seria “contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua” (p. 221).

Pode parecer que exista um embate de ideias e mesmo que se situem em polos diametralmente opostos as perspectivas a respeito do conjunto de práticas que subjazem a noção de controle com a de autonomia. No entanto, a categoria de modulação é um importante vetor de analisabilidade, uma vez que os controles são uma modulação, uma moldagem autodeformante em constante mutação. Exemplo disso é a questão dos salários:

a fábrica era um corpo que levava suas forças internas a um ponto de equilíbrio, o mais alto possível para a produção, o mais baixo para os salários; mas numa sociedade do controle a empresa substituiu a fábrica, e a empresa é uma alma, um gás. Sem dúvida, a fábrica já conhecia o sistema de prêmios mas a empresa se esforça mais profundamente em impor uma modulação para cada salário, num estado de perpétua metaestabilidade, que passa por desafios, concursos e colóquios extremamente cômicos. Se os jogos de televisão mais idiotas têm tanto sucesso é porque exprimem adequadamente a situação de empresa. A fábrica constituía os indivíduos em um só corpo, para a dupla vantagem do patronato que vigiava cada elemento na massa, e dos sindicatos que mobilizavam uma massa de resistência; mas a empresa introduz o tempo todo uma rivalidade inexpiável como santa emulação, excelente motivação que contrapõe os indivíduos entre si e atravessa cada um, dividindo-o em si mesmo. O princípio modulador do ‘sálario por mérito’ tenta a própria educação nacional: com efeito, assim como a empresa substitui a fábrica, a formação permanente tende a substituir a escola, e o controle contínuo substitui o exame. Este é o meio mais garantido de entregar a escola à empresa. (DELEUZE, 1992, p. 221)

A modulação é um analisador essencial no apontamento do traço que transformou da assinatura e o número que marcavam o indivíduo em meio às massas nas sociedades da disciplina às cifras que marcam as sociedades do controle. Não importam mais as identidades rígidas, mas o intercâmbio que faz multiplicarem as formas mutáveis da existência, todavia capitaneadas pela lógica do mercado, em que tudo se torna um bem a ser comercializado.

Os indivíduos tornaram-se ‘dividuais’, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou “bancos”. É o dinheiro que talvez melhor exprima a distinção entre as duas sociedades, visto que a disciplina sempre se referiu a moedas cunhadas em ouro – que servia de padrão -, ao passo que o controle remete a trocas flutuantes, modulações que fazem intervir como cifra uma porcentagem de diferentes amostras de moeda<sup>14</sup> (DELEUZE, 1992, p. 222).

---

<sup>14</sup> Agamben: Deus não morreu. Ele se tornou dinheiro.



Assim, o controle é o poder invisível que intercruza as relações, na qual cada um se torna uma empresa de si mesmo. Neste sentido, a discussão sobre a autonomia e a liberdade ganha uma notoriedade quando posta a questão de saber se os indivíduos estão de fato livres do sistema econômico que os molda. Ao passo que a família, a escola, o exército e a fábrica não são mais espaços que convergem para um proprietário, Estado ou potência privada, as conquistas do mercado se fazem por tomada de controle (seguindo a lógica do capital), em que a figura do gerente ganha destaque e a categoria de serviços de vendas é a alma do negócio.

Nesta engrenagem, o *marketing* se tornou o instrumento de controle social, numa roldana que faz triunfar a venda de serviços, no lugar na produção, que caracterizara o capitalismo do século XIX. Assim, tudo vira um bem a ser consumido atualmente, nas operações internas às sociedades de controle, que, poderíamos dizer, caracterizam-se pelo modelo neoliberal de gerenciamento. Este é solo político e econômico em que se inserem as problemáticas referidas a um mal-estar na atualidade.

Assim, a leitura de Bauman (1998) permite constatar em Freud o desenvolvimento da reflexão sobre o estatuto do mal estar na civilização situado no plano da denominação de uma solução de compromisso entre os polos da pulsão e da cultura, sendo a condição de possibilidade da construção desta dada por algum nível de renúncia pulsional. O preço pago pela segurança civilizatória recai sobre o peso da repressão:

Os prazeres da vida civilizada, e Freud insiste nisso, vêm num pacote fechado com os sofrimentos, a satisfação com o mal-estar, a submissão com a rebelião. A civilização – a ordem imposta a uma humanidade naturalmente desordenada – é um compromisso, uma troca continuamente reclamada e para sempre instigada a se renegociar. O princípio de prazer está aí reduzido à medida do princípio de realidade e as normas compreendem essa realidade que é a medida do realista. ‘O homem civilizado trocou um quinhão de suas possibilidades de felicidade por um quinhão de segurança.’ (BAUMAN, 1998, p. 8)

A tópica moderna, sustenta Bauman, afirma os ideais de ordem e disciplina, que tem seus correlatos circunscritos às categorias de limpeza e beleza, como exigências para o pacto civilizatório. É precisamente uma resistência moderna, nesta leitura, a erigida da nosografia psicopatológica psicanalítica. A temática contida na base da formação de um sintoma neurótico se daria pela caracterização de um excesso de ordem, que teria como correlato a

escassez de liberdade, caracterizando, assim, o mal-estar<sup>15</sup>.

O que ocorre na atualidade, entretanto, o que Bauman caracteriza como pós-modernidade, é uma supervalorização da liberdade individual. Ela seria o valor pelo qual todos os outros valores vieram a ser avaliados, numa referência pela qual as normas supraindividuais devem ser medidas<sup>16</sup>. Não significa que os ideais modernos de ordem, beleza e pureza da modernidade tenham sido abandonados, mas eles passam a ser balizados pela lógica do esforço individual. Nessa referência, o Estado teria que ser mínimo para o indivíduo ser maximizado.

Assim, na atualidade, o mal-estar se inscreve pela configuração reversa da perspectiva do mal-estar enunciado por Freud, e no qual “os homens e as mulheres pós-modernos trocaram um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade.” (BAUMAN, p. 10). Se o ideal de pureza da era moderna era norteadado pelo Estado robusto, que detinha a possibilidade e capacidade da gerência sobre o indivíduo, moldando-o, norteadado pelos valores nacionalistas, e um forte enquadramento institucional, a instituição na atualidade não se encontra em declínio, mas é o próprio indivíduo que se assemelha a um funcionamento institucional.

## 2.5. Imortalidade

A imortalidade é uma característica que norteia um importante sentido das subjetividades atuais. O ideal do corpo perfeito, do qual se intenta de todas as formas fazer com que não envelheça revela um verdadeiro horror face à morte. O culto ao corpo, aliado às técnicas médicas prolonga as vidas, na tentativa de perpetuar um corpo jovem eternamente. A morte é algo a ser vencido, ideal que é poeticamente capturado pela pena de Borges (2015) no conto “Os imortais”. Nesse conto, Borges descreve a cidade dos imortais, descoberta através de temerosos e difusos desertos, quando um cavaleiro diz que do outro lado do rio

---

<sup>15</sup> O excesso de ordem corresponde à experiência que Foucault (2010) designa, na chamada Idade Clássica, de um silenciamento do ponto de vista da loucura. No tópico intitulado “A grande internação”, da *História da Loucura*, Foucault introduz dizendo: “A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força.” (p. 45). Neste sentido, a arqueologia foucauldiana é desse silenciamento da experiência da loucura. O louco, que na Renascença era portador de uma liberdade de circulação no espaço social e até mesmo de uma sabedoria relativa, passa na Idade Clássica a fazer parte de um grande espectro de transformações cujos efeitos são inscritos num conjunto definido pela ideia de desrazão.

<sup>16</sup> A valorização do ideal individualista de sociedade tem sua síntese na enunciação do modelo econômico neoliberal sintetizado na fala de Margaret Thatcher: “No such thing as society [...] There are individual. – Não existe essa coisa de sociedade, o que há e sempre haverá são indivíduos.

Ganges, caminhando rumo ao ocidente, onde o mundo acaba, chega-se ao rio cujas águas dão a imortalidade. Às margens posteriores desse rio, encontra-se a cidade dos imortais. Então, Joseph Cartaphilus parte para conhecer a cidade e o rio.

Passando por muitas dificuldades até encontrar a cidade, se perdendo entre sono e delírios, Cartaphilus finalmente, depois de percorrer dias e noites, encontra com a ajuda de trogloditas; a enxerga construída sobre uma meseta de pedra. Se dirigindo à cidade, alguns homens de baixa estatura, que lhe causavam não medo, mas repulsa, o seguiam. Em meio a um silêncio hostil e quase perfeito só se ouvia o vento subterrâneo. Cartaphilus se habituara naquele mundo duvidoso, não sem um horror.

Chegando a um palácio incrível, surpreendido pela antiguidade da construção, Cartaphilus pensou que era uma obra dos deuses. O caráter labiríntico do palácio o fazia se perder por entre escadas e pavimentos e com a impressão de enorme antiguidade juntava-se a sensação do interminável, do atroz, do complexamente insensato. A cidade dos imortais causava medo e repugnância: “Esta cidade (pensei) é tão horrível que sua mera existência e perduração, ainda que no centro de um deserto secreto, contamina o passado e o futuro e de certo modo compromete os astros. Enquanto perdurar, ninguém no mundo poderá ser corajoso ou feliz.” (BORGES, 2015 p. 15). No palácio dos imortais nada parecia fazer sentido ou servir a uma finalidade.

Borges delinea encantadoramente um esboço da terrível sensação que é estar no registro da imortalidade. Todas as outras criaturas ignoram a morte, pois ela só existe para aquele que nela pensa. Não é sem motivo que Freud atribui um lugar fantástico para as religiões em “O futuro de uma ilusão” (FREUD, 1927/2006). O ego se recusa a morrer e nas outras instâncias do psiquismo há uma recusa da ideia própria da morte. O tal sentimento oceânico que Roland disserta e que Freud problematiza no início do “Mal-estar na civilização” (1930/2006) não seria, na visão freudiana senão o desejo de uma perpetuação da unidade egóica com o cosmos.

Seja como for a morte ocupa um lugar central nas formulações dinâmicas e possui efeitos na vida: “A morte (ou sua ilusão) torna preciosos e patéticos os homens. Estes comovem por sua condição de fantasmas; cada ato que executam pode ser o ultimo; não há rosto que não esteja por se dissipar como o rosto de um sonho. Tudo, entre os mortais, tem o valor do irrecuperável e do casual. Entre os Imortais, por sua vez, cada ato (e cada pensamento) é o eco de outros que no passado o antecederam, sem princípio visível, ou o fiel presságio de outros que no futuro o repetirão até a vertigem. (BORGES, 2015, p. 21).

A morte propõe uma injeção de sentido à vida. É por isso que as artes, a política, a ciência, a filosofia, enfim, aquilo que é da ordem da cultura humana, só existe na medida mesmo em que foram concebidas “no ponto do trágico, mas fatal, encontro entre o período finito da existência física humana e a infinitude da vida espiritual humana.” (BAUMAN, 1998 p. 191). Em consequência, o conhecimento da mortalidade significa, ao mesmo tempo, o conhecimento da possibilidade de imortalidade. Bauman sustenta que “talvez, se indagado, Freud respondesse que o nosso perpétuo impulso em direção à imortalidade é, em si, o efeito do instinto de morte... ou poder-se-ia falar, acompanhando Hegel, da astúcia da razão: ela consola os mortais ao acenar-lhes com a perspectiva da imortalidade.” (BAUMAN, P. 191), e é na implacável realidade da morte que ela se impele à ação.

Tratando da mortalidade e da imortalidade na modernidade e na pós-modernidade, Bauman afirma que o desejo de ultrapassar a morte esteve ditado, ao longo da história humana, por duas estratégias básicas: a primeira coletiva e a segunda individual. Na primeira, se concebe a imortalidade a partir das instituições. Os seres humanos são mortais, mas a Nação, a Igreja, o Partido e a Causa vivem muito mais que os indivíduos, algumas vivem eternamente na cultura<sup>17</sup>. Nessa, as individualidades se dissolvem no coletivo. A segunda estratégia é individual. Fisicamente, todos os indivíduos morrem, mas alguns são preservados, o que evoca a ideia de memória, uma vez que existem indivíduos que permanecem por seus feitos. Enquanto existirem homens com memória, eles serão existentes. São os casos dos reis, legisladores, filósofos, poetas e artistas em geral.

A modernidade, caracterizada pelo poder individualizante, como bem tratou Foucault, constituiu um desafio, pois era preciso que nos regimes democráticos a questão da imortalidade permanecesse num mundo em que Deus havia morrido, como anunciou Nietzsche. Nesse cenário, a fórmula da modernidade de transformar os seres humanos em indivíduos requeria que a imortalidade coletiva viesse a suprimir a individualidade, enquanto a imortalidade individual permanecesse privilégio de poucos. Assim, o humanismo que passou a, de certa forma, ser o *ethos* que definia a substituição de Deus pelo homem viu-se atrofiado, “de modo que o altivo e arrogante ‘eu sou’ ‘degenerou-se naquele de um inválido crônico que acompanha a vida da janela do hospital’” (BAUMAN, 1998, p. 194).

Na tentativa de elevação, por um lado, do homem, como ser de sua própria gestão enquanto vivente supostamente livre, a modernidade terminou por cronificar a condição de

---

<sup>17</sup> O que confere sentido ao martírio, a privação individual de algum direito, até a morte, em nome de uma Causa.

docilização dos corpos (FOUCAULT, 2009). Disto deriva a transformação da categoria do estranho em anormal (FOUCAULT, 2010), fazendo morrer as diferenças em nome do imaginário de pureza, advindo do idealismo da revolução francesa. O progresso tecnológico que se constitui num crescente desde a revolução industrial trouxe, entretanto, não uma configuração de igualdade, mas a captura dos recursos disponíveis pela classe dominante. A pós-modernidade é herdeira de um descrédito das ambições modernas, que tiveram no humanismo, pelo lado filosófico, e nas temáticas do socialismo, pelo lado político e econômico, suas sedimentações.

A medicina, que prolonga cada vez mais a vida através da ampliação de sua ciência, faz estes benefícios chegarem apenas para aqueles que podem pagar o seu preço. Bauman destaca que “dentre os sonhos modernos abandonados e desesperançados, está a perspectiva de suprimir as desigualdades socialmente geradas, de garantir a todo indivíduo humano uma possibilidade igual de acesso a tudo de bom e desejável que a sociedade possa oferecer.” (BAUMAN, 1998, p. 195). Nessa seara, a exclusão social, que era tida na modernidade como um erro a ser corrigido pelo progresso, se instaura como princípio regulador. O anormal não é mais o monstro do século XIX, mas o consumidor falho que não pode adquirir os sedutores bens e serviços ofertados pelo mercado, numa lógica onde se privatiza de tudo, inclusive as possibilidades de sobrevivência.

Por um lado, a morte se encontra banalizada, inserida na tática incessante de colocar “os velhos em guetos geriátricos muito antes de serem confiados ao cemitério, esse protótipo de todos os guetos; transferir funerais para longe de locais públicos; moderar a demonstração pública de luto e pesar; explicar psicologicamente os sofrimentos da perda como casos de terapia e problemas de personalidade.” (BAUMAN, 1998, p. 198). A morte dos anônimos, confinados por muros da exclusão, como nas favelas e *banlieues*, mesmo que muros simbólicos, como acontece com os refugiados vagando como zumbis pela Europa - numa errância que tende ao infinito - é convertida em espetáculo lucrativo seja pela mídia, pela indústria armamentista, tornando-se, assim, acessório da vida cotidiana.

Por outro lado, se há algo de coletivo atualmente, é que a imortalidade se configura como uma ilusão ou desejo que se enreda no plano privado. Cada um vira uma empresa de si, no máximo familiar. Aliado a uma *memória artificial*, cuja condição de possibilidade foi dada pelo desenvolvimento das tecnologias da comunicação e informação, pelo refinamento cada vez mais rápido e intenso das mídias tecnológicas, a atualidade se configura como um verdadeiro “show do eu”:

Com a capacidade infinita e o apetite insaciável da memória artificial, ser registrado não é mais a recompensa dos poucos eleitos, nem necessariamente o resultado do próprio empreendimento de alguém. Agora todos têm a possibilidade e a probabilidade de ter o nome e o registro de vida conservados para sempre na memória artificial dos computadores. Pela mesma razão, ninguém tem a possibilidade de obter um acesso privilegiado à comemoração perpétua. A fama, essa premonição da imortalidade, foi suplantada pela notoriedade, essa imagem da contingência, infidelidade e inconstância do destino. Quando todos podem ter um quinhão dos refletores, ninguém permanece sob os refletores para sempre, mas tampouco ninguém submerge para sempre na escuridão. A morte, a irrevogável e irresistível ocorrência, foi suplantada pelo ato do desaparecimento: os refletores movem-se para outro local, mas sempre podem voltar-se, e de fato se voltam, para o outro lado. Os desaparecidos estão temporariamente ausentes; não totalmente ausentes, porém – eles estão tecnicamente presentes, armazenados em segurança no depósito da memória artificial, sempre prontos a serem ressuscitados sem muita dificuldade, e a qualquer momento. (BAUMAN, 1998, pp. 202-203)

Assim, mortalidade e imortalidade se inserem numa dinâmica de interminável ressurreição, mas sem finalidade, sem céu, num horizonte semelhante à cidade dos imortais, onde por nada ser morte, tudo já é morto.

## CAPÍTULO III - DAS DROGAS AO SIMBÓLICO

### 3.1. Indústria da eficácia simbólica

Retomando o caminho sobre a contemporaneidade e a dimensão de sua operabilidade no cotidiano, destacamos a lógica da atividade da indústria farmacêutica para não deixar de frisar a captação desta poderosa indústria no aspecto da fé e da crença em seus produtos (pelo menos explicitamente no caso dos antidepressivos), condição *sine qua non* para que ela permaneça em atividade. Por isso a questão dos placebos é importante de ser pinçada.

Em um estudo sobre os placebos, na relação com a indústria farmacêutica, Kirsch (2013) denuncia o mito que engendra a indústria dos antidepressivos. Interessado na questão dos placebos, o autor apresenta uma pesquisa na qual apresenta dados coletados sobre os ensaios clínicos sobre os antidepressivos. Chama a atenção a forma como a relação entre saber e poder se engendra no processo de legitimação de um medicamento a ser disponível no mercado.

Tomando como ponto de partida o seu interesse sobre os placebos, Kirsch não se interessava, em seus estudos, propriamente pela eficácia clínica nos antidepressivos: levava em consideração que quando os pacientes melhoravam, era por conta dos efeitos dos medicamentos. Não havia surpresa com relação aos altos índices de sucesso dos placebos sobre a depressão. O que Kirsch começa a suspeitar é do efeito extremamente limitado dos medicamentos.

O autor tentou responder a críticas de que seu trabalho poderia não estar exato por conta de um número subestimado de ensaios clínicos que pudessem comprovar sua tese que versava sobre a constatação de uma melhora em torno de 75% com a administração de placebos em casos de depressão. Para isso, Kirsch, juntamente de outros pesquisadores, realizou um estudo no qual solicitavam à FDA os dados clínicos enviados pelas firmas farmacêuticas como forma de comprovação da eficácia dos medicamentos. Esta coleta dizia respeito a seis antidepressivos ISRS's.

Os dados se referiam a ensaios publicados, bem como os ensaios que não foram publicados. Este fato revelou algo bastante importante: somente um número que não chegava à metade dos ensaios clínicos financiados pelas firmas havia sido publicada. E não havia alguma superioridade significativa do medicamento sobre o placebo.

Entre esses dados, somente 43% dos ensaios mostravam uma vantagem estatisticamente significativa do medicamento sobre o placebo. Os 57% restantes dos ensaios eram falhos ou negativos. Os resultados de nossa análise indicava que a reação ao placebo representava 82% da reação a esses antidepressivos. Depois disso, com meus colegas, repetimos nossa meta-análise sobre um número maior ainda de ensaios submetidos à FDA. Aí ainda, com uma reunião de dados mais abrangente, constatamos que em 82% dos casos, o placebo suscitava a mesma reação que o medicamento. Melhor ainda, nas duas análises a diferença média entre o medicamento e o placebo era inferior a dois pontos na escala HAM-D. (KIRSCH, 2013, pp. 388-389, tradução nossa)

A diferença de 1,8 ponto não conferia uma diferença significativa entre o medicamento e o placebo, uma vez que os critérios da *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), que redige a recomendação de tratamento do Serviço Nacional de Saúde Britânico, estabelece como critério de significação clínica uma diferença de 3 pontos. No caso de depressões mais severas, nas quais haveria um poder maior dos antidepressivos, segundo os críticos de Kirsch, foi verificado que apenas 11% dos pacientes apresentavam um *score* que pudesse avaliar uma diferença entre antidepressivos e placebos. Ainda, o critério para avaliar a gravidade de um quadro é duvidoso. Os antidepressivos são prescritos a pessoas que não respondem aos critérios de depressão maior.

No entanto, a questão mais contundente, apontada e desenvolvida por Kirsch, diz respeito a como os medicamentos são aprovados. Neste sentido, avaliando os critérios de aprovação utilizados pela FDA referem-se à exigência de dois ensaios clínicos realizados de maneira adequada e mostrando uma diferença significativa entre o medicamento e o placebo. Porém, existe uma falha de base: “nada limita o número de ensaios que podem ser conduzidos a fim de alcançar estes dois resultados significativos. Os ensaios negativos não contam, simplesmente.” (KIRSCH, 2013, p. 393).

Kirsch fornece o exemplo do antidepressivo Viibryd, aprovado em 2011, e que sete ensaios controlados foram realizados. Entretanto, os cinco primeiros não revelaram diferença significativa entre o medicamento e o placebo. A firma submeteu dois outros testes e foi bem-sucedida em obter um resultado, que apesar de fraco, garantiu a aprovação. Como a exigência é de dois ensaios, o medicamento foi posto à venda, sem que qualquer menção aos outros cinco ensaios fosse feita.

Um outro fato digno de nota observado por Kirsch neste estudo é a tomada de semelhantes taxas de sucesso dos antidepressivos, independentes de se tratarem de ISRS's, de tricíclicos, ou os que se enquadram na categoria de “outros antidepressivos”. Surpreende aí também a constatação de que em vários estudos outras categorias de medicamentos eram



prescritos a pacientes deprimidos, como tranquilizantes e medicamentos para a tireoide. E a análise das respectivas reações, seja ao medicamento, seja ao placebo, era sempre a mesma: aqueles 75% que eram equivalentes ao sucesso dos placebos.

O autor ainda revela outro ponto curioso: em um determinado ensaio clínico, no qual se verificou que pacientes não reagiam a um medicamento ISRS era prescrita outra classes de antidepressivos. No lugar, era administrado um IRSN, um medicamento que aumenta tanto a norepinefrina quanto a serotonina no cérebro. Em outros casos se administrava um IRDN, que aumenta a norepinefrina e a dopamina sem afetar a serotonina. Em outros, ainda, se prescrevia simplesmente um outro ISRS. E em todos os casos os efeitos eram exatamente os mesmos, independente do tipo de antidepressivo.

E as surpresas não param: lembramos que um medicamento ISRS se trata de um inibidor de receptação de serotonina. Mas existe um outro antidepressivo em que há outro tipo de modo de ação. O Stablon (Tianeptina) é um promotor seletivo da receptação de serotonina, isto é, o oposto da ação de um ISRS, e mesmo assim, 63% dos pacientes mostravam uma melhora do quadro depressivo. “Pouco importa o medicamento, que diminua a serotonina ou que aumente, ou que não tenha nenhum efeito sobre ela, o efeito sobre a depressão é o mesmo.” (KIRSCH, 2013, pp. 396-397).

Todos os antidepressivos parecem igualmente eficazes, em um certo sentido. E a diferença entre a ação do medicamento e a do placebo é praticamente a mesma, o que constitui um dilema terapêutico. Kirsch chama a atenção para o efeito simbólico da administração das substâncias químicas. Uma das características da depressão é a impressão de desesperança. Neste sentido, a promessa de um tratamento eficaz contribui para aliviar a depressão, substituindo a desesperança pela esperança: a esperança de tudo curar. Cabe lembrar inclusive que se trata, pelos menos no fenômeno dito por muitos como a doença do século XXI, de afirmar a possibilidade de uma melhora pela possibilidade da esperança que um outro lhe oferta. Estamos no registro daquilo que Freud denominou amor de transferência. (FREUD, 1915 [1914]/2006), e continuaremos a desenvolver no próximo capítulo. Deve-se, entretanto, ainda, localizar esta discussão no interior dos fenômenos simbólicos que enredam os vínculos terapêuticos.

Ellenberger (1976) descreve em seu clássico livro de história médica, “O descobrimento do inconsciente”, os fundamentos e antepassados da psicoterapia dinâmica. Afirma que “embora a investigação sistemática do inconsciente e da dinâmica psíquica sejam bastante recentes, as origens da psicoterapia dinâmica podem se seguir no tempo através de

uma larga série de antepassados e precursores.” (p. 20). O autor chama a atenção para a relação que é silenciada pela medicina da linha que faz atribuir uma continuidade entre os relatos de cura realizada pelos homens primitivos. Sendo de maior interesse de historiadores e antropólogos, Ellenberger retoma a discussão sobre a importância para a psiquiatria e a psicoterapia sobre os fundamentos da terapêutica clínica a partir dos homens-medicina, os feiticeiros, na experiência de cura em épocas remotas.

A pesquisa histórica e antropológica evidencia que muitos dos métodos utilizados pela medicina moderna se assentam em mecanismos de cura psicológica próprios dos povos primitivos, mesmo que de formas diferentes. Assim, Ellenberger retoma estudos que demonstram a importância do curandeirismo primitivo na experiência de cura através dos poderes atribuídos aos homens-medicina, que estão presentes na experiência da medicina moderna, mas cujo poder relacional não se fala sobre. Nesses estudos, elenca um que distingue tratamentos racionais e irracionais usados na medicina primitiva e que representam um estágio primitivo no desenvolvimento da medicina moderna. Das partes racionais cita como exemplos drogas, pomadas, massagens, dietas, etc. E do lado irracional cita o que chama de teorias falsas sobre a enfermidade, como a busca por reintroduzir uma alma supostamente perdida, a extração de um corpo estranho, expulsão de espíritos malignos e outros.

Entretanto, Ellenberger cita outros estudos, como um em que localiza a enfermidade como resultante da introdução de um objeto-enfermidade, e que cujo método de tratamento versando na extração do objeto foi presentificado na medicina moderna, como um tumor retirado, ou a extração de um dente ruim. Localiza, por outro lado, um velho conhecido dos psicanalistas, Charcot, que demonstrou interesse pelas manifestações psicopatológicas dos povos primitivos e comparou com seus pacientes histéricos de Paris. Henri Meige, um colaborador de Charcot, reuniu descrições de possessões e exorcismos entre nativos da África Central e levou uma mulher africana à sala de Charcot em Salpêtrière com graves sintomas histéricos.

Ellenberger também cita Oskar Pfister, que comentou um caso de cura realizada por um homem medicina e que tratou de interpretar em termos psicanalíticos. Isto é, reintroduziu uma continuidade entre os aspectos, independentes de classificações racionais ou irracionais, no interior da medicina e da psicoterapia modernas os aspectos da cura primitiva. Estas cerimônias primitivas, como no exemplo da intrusão e extração de um objeto-enfermidade

têm o primado da eficácia pressuposto na questão da crença. Há a necessidade da construção de todo um ritual bem elaborado e construído:

Mas esta cerimônia, por sua vez, só é eficaz dentro de um marco psicológico e sociológico que inclui: 1) A fé do curandeiro em suas próprias habilidades, mesmo sabendo que parte da técnica depende de algum tipo de charlatanismo. 2) A fé do paciente nas habilidades do curandeiro, como se demonstrou no caso do primeiro paciente de Qaselid (O êxito e a reputação de um curandeiro reforçaram, desde sempre, a fé do público em sua capacidade). 3) A enfermidade, o método curativo e o curandeiro devem ser reconhecidos pelo grupo social. (ELLENBERGER, 1976, p. 30, tradução nossa).

No caso do psiquiatra ou do psicoterapeuta, não há um objeto-enfermidade que possa ser mostrado como alguma parte do corpo que está com um dano. Neste campo, Ellenberger introduz o significado da “neurose de transferência” como um processo de materialização da enfermidade: “A neurose é substituída por uma ‘neurose de transferência’, cuja natureza e origem se demonstram ao paciente, com o que se obtém sua cura.” (ELLENBERGER, 1976, p. 31, tradução nossa).

Com efeito, o dispositivo da transferência, sobre o qual repousa a atividade psicanalítica, atravessa uma continuidade com a experiência pré-moderna de possessão e exorcismo, pelos quais a cura daí adviria. Ellenberger identifica no ocidente uma escassez dos casos de exorcismo com o advento da mentalidade positivista do século XIX, o que mudava a episteme da hermenêutica fenomenológica desses casos, passando estes corpos possuídos às mãos dos médicos da Salpêtrière, notadamente Charcot e Janet.

Um aspecto interessante de ser contextualizado, neste sentido, é a relação da violação de tabus com certas enfermidades. Nesta medida, a prática confessional surge como um método terapêutico de cura, sendo o conceito de pecado idêntico ao de uma violação do tabu. Numerosas práticas investidas nesse conceito de enfermidade chegaram até nossos tempos, como é o caso da crença popular das enfermidades resultantes da masturbação. Na psicodinâmica moderna, a ideia de pecado ressurge na forma de sentimento de culpa, relação da qual não se pode descartar a ação patogênica.

Outro ponto a ser destacado - e muito caro a este estudo em que começamos a esboçar a importância do conceito de transferência - é a continuidade na modernidade da ideia primitiva de cura por meio da satisfação das frustrações:

Durante muitos séculos, os livros de texto de medicina continham as descrições de situações esquecidas em grande parte na atualidade: a nostalgia e o mal de amor. Sobre a primeira, sofriam os soldados ou os indivíduos que haviam abandonado seu país; deixavam suas casas, sonhavam com ela em todas as horas, não podiam se concentrar em mais nada, e muitos morriam a menos que regressassem, em cujo

caso tinham uma recuperação rápida e espetacular. O mal de amor se observava em homens e mulheres jovens apaixonados sem esperança. Lentamente adoeciam e morriam, a menos que se unissem ao objeto de seu amor (que muitas vezes se mantinha em segredo). A psiquiatria do século passado excluiu essas duas situações e não atribuiu demasiada importância como fator psicogênico a esses desejos frustrados. A psiquiatria dinâmica revalorizou sua importância, que já havia compreendido bem a medicina primitiva. (ELLENBERGER, 1976, p. 31, tradução nossa).

O tratamento pela via do vínculo é aquilo que Freud denominou amor de transferência, reinscrutando na modernidade este aspecto da cura primitiva. Nesta esteira, Lévi-Strauss (2012) estabelece um paralelo entre a psicanálise e a cura xamânica, sendo esta a precursora daquela, na medida em que “a cura consistiria, portanto, em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitáveis, pelo espírito, dores que o corpo se recusa a tolerar.” (p. 281). Na medida em que ambas trabalham em uma íntima articulação entre corpo e alma, tanto o xamanismo quanto a psicanálise evocam uma realidade objetiva na qual a crença exerce uma extrema importância, fruto de um sistema lógico, inserido na perspectiva da linguagem.

O importante de ressaltar é que a cura, em ambos os casos, resulta da crença necessária no poder. Do lado do xamanismo, o xamã é o legítimo articulador das tramas dos espíritos protetores e espíritos maléficos, bem como na psicanálise o poder do psicanalista lhe é confiado por um saber que lhe outorga este lugar de poder. O paciente, mais do que resignado a este poder, fica curado, pois ele faz parte de um sistema linguístico coerente. “O xamã fornece à sua paciente uma *linguagem* na qual podem ser imediatamente expressos estados não formulados, e de outro modo informuláveis.” (LÉVI-STRAUSS, 2012, p. 282).

A passagem para a expressão verbal, enredada pelo vínculo do paciente com o xamã é o que ordena a experiência e faz desbloquear o processo fisiológico que causou a doença. A cura se faz, nesta via, por este desbloqueio, numa reorganização orientada para o fluxo da mobilidade das forças internas e externas ao paciente. Trata-se, portanto, tanto no xamanismo, quanto na psicanálise, de trazer à consciência conflitos e resistências que até então estavam *escondidos*, ou dizendo em outra linguagem, inconsciente. Lévi-Strauss ressalta que a noção de ab-reação, em psicanálise, na qual os conflitos se realizam numa ordem que permite seu livre desenrolar, via transferência, está presente também no xamanismo.

O xamã tem um duplo papel, como o psicanalista. Um primeiro papel – de ouvinte no caso do psicanalista, de orador no caso do xamã – estabelece uma relação imediata com a consciência (e mediata com o inconsciente) do paciente. É o papel do encantamento propriamente dito. Mas o xamã faz mais do que apenas proferir o encantamento, ele é seu herói, pois é quem penetra nos órgãos ameaçados liderando

o batalhão sobrenatural dos espíritos que liberta a alma cativa. Nesse sentido, ele se encarna, como o psicanalista objeto de transferência, para tornar-se, graças às representações induzidas no espírito do paciente, o protagonista real do conflito que se experimenta a meio caminho entre o mundo orgânico e o mundo psíquico. O paciente vítima de uma neurose liquida um mito individual opondo-se a um psicanalista real. (LÉVI-STRAUSS, 2012, p. 282).

Lévi-Strauss chama atenção também para as diferenças, como por exemplo a dimensão da transferência, em que o paciente faz falar o psicanalista, atribuindo-lhe sentimentos, enquanto no xamanismo o xamã fala por seu paciente. Mas a despeito disto, equivale ambas as experiências, na medida em que ambas tentam restituir um mito, seja individual, seja social, ao qual o paciente deve reviver. “É a eficácia simbólica que garante a harmonia do paralelismo entre mito e operações. E mito e operações formam um par, no qual sempre se encontra a dualidade do médico e paciente.” (LÉVI-STRAUSS, 2012, p. 286).

Um aspecto da equivalência do xamanismo e da psicanálise é evidenciado por Lévi-Strauss na noção de que ambas induzem uma transformação orgânica, consistindo em uma reorganização estrutural. A eficácia simbólica consistiria propriamente nesta propriedade indutora que possuiriam estruturas homólogas que podem se edificar com materiais diversos nos vários níveis do ser vivo – processos orgânicos, psiquismo inconsciente, pensamento consciente.

A temática da trama simbólica que enreda o paciente com aquele que o conduzirá nos caminhos da cura, ou que pelo menos, trará a expectativa disto, se insere na perspectiva do poder. É precisamente sobre este ponto que Foucault (2012) analisa a questão do poder psiquiátrico, apresentando-o como um poder no qual e pelo qual a verdade não é posta em jogo. Nesta medida, no âmbito do funcionamento do que o autor denomina de funcionamento disciplinar, na modernidade, o saber psiquiátrico não teria por função fundar em verdade uma prática terapêutica, “mas em vez disso, a de marcar, acrescentar uma marca suplementar ao poder do psiquiatra; em outras palavras, o saber do psiquiatra é um dos elementos pelos quais o dispositivo disciplinar organiza em torno da loucura o sobrepoder da realidade.” (p. 299).

Na apreensão do poder psiquiátrico como uma forma de legitimação do poder do médico como forma de saber privilegiado em relação a outros, fato possibilitado pela episteme moderna, Foucault retoma um período em que chama de protopsiquiatria, que se estende dos anos 1820 aos anos 1860-1870, até o que o autor chama de crise da histeria. Foucault enumera três pontos nos quais se introduziu a questão da verdade posta à loucura. Explorar um pouco este ponto de vista nos ajuda a refletir sobre a questão das relações entre

saber e poder nisso que acima estávamos observando sob a primazia da captura do poder da eficácia simbólica.

Estes pontos a que Foucault remete seriam a prática do interrogatório e da extorsão da confissão, sendo este o mais importante, mais constante; em segundo lugar, e que desapareceu da prática psiquiátrica, mas que teve uma importância histórica, foi o procedimento do magnetismo e da hipnose. E em terceiro lugar, o elemento com qual estamos às voltas prioritariamente nesta tese, as drogas. Foucault assim dispõe:

E, enfim, em terceiro lugar, um elemento bem conhecido, sobre o qual a história da psiquiatria faz um silêncio significativo, é o uso, não digo absolutamente constante, mas bastante generalizado a partir dos anos 1840-1845, das drogas, essencialmente do éter, do clorofórmio, do ópio, do láudano e do haxixe, toda uma parafernália que durante uma década foi utilizada cotidianamente no mundo asilar do século XIX e sobre a qual os historiadores da psiquiatria sempre guardaram um silêncio bastante prudente, quando, certamente, a hipnose e a técnica do interrogatório são o ponto a partir do qual a história da prática e do poder psiquiátricos se deslocou ou, em todo caso, se transformou. (FOUCAULT, 2012, p. 300).

Foucault situa as técnicas do ponto de vista da estrutura disciplinar, por um lado. No entanto, diferenciava, por exemplo, o magnetismo, que funcionava como uma espécie de adjuvante do poder físico, corporal, do médico, de sorte que o próprio corpo do psiquiatra coincidia plenamente com o espaço asilar, das drogas, que eram um instrumento disciplinar evidente, reino da ordem, da calma, da colocação em silêncio. Vemos aí, portanto, uma diferença para os jogos de verdade com relação às insígnias da atualidade, onde não é o silêncio que faz calar a não-verdade do louco, mas os ruídos que promovem a ação performática dos atores do jogo de xadrez neoliberal.

No próximo capítulo, veremos que Freud retoma a experiência da velha medicina das crises, sob o primado da transferência, fazendo um retorno à medicina grega, latina, medieval, nas quais a crise supunha ser o momento da eclosão da verdade, e que a modernidade pôs uma pá de cal nesta experiência com a anatomopatologia.

### **3.2. Uma tematização sobre as drogas nos primórdios da psicanálise**

Em outra vertente, entramos no domínio da maneira pela qual a problemática dos psicofármacos se enreda na trama da cartografia psíquica na modernidade, numa perspectiva psicanalítica. A função da droga dentro da regulação dos afetos na trama da dinâmica psíquica fornece as coordenadas para a ilustração da importância desta trama com o objeto, tão aludido

por diversos autores dentro do campo psicanalítico, e que nos interessa como forma de problematizar o lugar do objeto na economia subjetiva.

Como importante vetor na regulação da economia psíquica, Freud perpassa por esta questão do ponto de vista mais sociológico, como em “O mal estar na civilização” (FREUD, 1930/2006), mas também em outras formulações deveras cruciais da psicanálise. É o caso, por exemplo, de um texto sobre a técnica psicanalítica, “Observações sobre o amor transferencial” (FREUD, 1915[1914]/2006) em que Freud tematiza a relação entre o amor transferencial e o tratamento.

Aqui já enunciamos uma relação importante nesta tese, a do entrelaçamento de substâncias que alteram a economia psíquica e o domínio da transferência. Pelo enlaçamento ao outro é possível admitir a possibilidade de uma existência subjetiva. Num modernismo que descortina o mal-estar na civilização, na qual os ideais oceânicos de plenitude da capturação da força pulsional não são esgotados pela Ideologia ou pelo Estado, Freud pensa a trama dos vínculos a partir da psicologia das massas, pela identificação (FREUD, 1921/2006).

Freud adverte que na base da relação do amor transferencial se inserem “forças altamente explosivas e que precisa avançar com tanto cautela e escrupulo quanto um químico” (FREUD, 1915 [1914]/2006, p. 187), e nesta metáfora química continua afirmando que o pantanoso terreno da transferência impõe um meticuloso e perigoso manejo por parte do analista que não pode prescindir a entrar neste terreno, se quiser obter algum êxito em seu trabalho analítico. Acrescenta, ainda, que “acreditar que neuroses podem ser vencidas pela administração de remediozinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática.” (FREUD, 1915[1914]/2006, p. 188).

Assim, Freud aponta a insuficiência da administração de substâncias com fins de regulação da economia psíquica e isto precisa ser contextualizado, pois Freud se utilizou frequentemente de substâncias que hoje são proibidas, como é o caso da cocaína, mas que em sua contemporaneidade não somente não eram proibidas, como eram objeto de diversos experimentos para tratamento medicinais, no aplacamento do sofrimento, ou no ideal de cura.

Por outro lado, em um texto bem tardio, escrito em 1938, Freud evoca um futuro em que substâncias químicas poderiam clarear o entendimento mais aprofundado do psiquismo. No capítulo 6 de seu “Esboço de psicanálise” (FREUD, 1940 [1938]/2006), Freud afirma que o psiquismo depende de relações quantitativas da cota de energia libidinal mobilizada para o trabalho analítico. Neste sentido, o trabalho do psicanalista se basearia na luta de uma animação de energia provocada no paciente, carregada de forças no sentido contrário, que

resistiriam ao tratamento. No entanto, possibilidades de um trabalho na economia psíquica ainda adviriam:

Aqui, porém, estamos interessados na terapia apenas na medida em que ela funciona através de meios psicológicos e, por enquanto não possuímos outra. O futuro pode ensinar-nos a exercer influência direta, através de substâncias químicas específicas, nas quantidades de energia e na sua distribuição no aparelho mental. Pode ser que existam outras possibilidades ainda não imaginadas na terapia. De momento, porém, nada temos de melhor à nossa disposição do que a técnica da psicanálise, e por essa razão, apesar de suas limitações, ela não deve ser menosprezada. (FREUD, 1940 [1938]/2006, p. 196).

Há uma tematização do início ao final no discurso do pai da psicanálise com relação ao lugar da administração de substâncias químicas no tratamento dos pacientes. Se no *Esboço*, que é um texto do apagar das luzes da vida de Freud, é apontada a possibilidade futura de haver uma compreensão acerca da distribuição energética no aparelho mental, esta tematização estava dada como pesquisa desde momentos muito precoces da vida acadêmica de Freud. Ou seja, não lhe escapou a atenção dada ao lugar que as substâncias provocadoras de alterações no aparelho mental dos indivíduos ocupa na regulação dos processos psíquicos. A respeito disso, Freud não se furtou em seu ímpeto investigativo a recorrer às mais diversas substâncias.

No momento inicial de sua carreira médica, Freud experimentou uma série de especialidades no Hospital Geral de Viena. Em sua biografia sobre Freud, Gay (2005) associa o fato de Freud estar ávido por casar com Marta com o afimco com qual seu trabalho se realizava. Neste ínterim, Freud passou de um departamento a outro do Hospital, desde cirurgia, medicina de doenças internas, psiquiatria, dermatologia, doenças nervosas e oftalmologia.

Jones (1975) também corrobora a tese de que Freud vivia neste momento uma intensa preocupação em construir uma carreira médica bem sucedida e o desejo de acelerar esta construção se devia à ânsia pelo casamento com Marta. Freud intentara realizar alguma descoberta grande, no campo médico, que pudesse lhe garantir o sucesso. Jones argumenta em favor de dois tópicos que o conduziram neste caminho: o método do cloreto de ouro para a coloração do tecido nervoso e o da utilização clínica da cocaína, sendo as problematizações com relação a este último o que mereceu a descrição de um “episódio da cocaína” (JONES, 1975, p. 104).



Pelo ano de 1884, uma de suas curiosidades científicas repousava sobre os efeitos da administração de cocaína: “No início da primavera de 1884, ele informou a Martha Bernays que havia se interessado pelas propriedades da cocaína, até então pouco conhecida, que um médico militar alemão estivera empregando para aumentar a resistência de seus homens.” (GAY, 2005, p. 55). Freud desejava compreender o potencial da droga e obter fama e fortuna, e utilizou 1/20 de 1 grama de cocaína. A partir daí, Freud começou a trabalhar na indústria farmacêutica Parke-Davis, se tornando um “especialista reconhecido na droga” (COHEN, 2014, p. 20). Assim, Freud concluiu, em julho de 1884, um artigo chamado “Sobre a cocaína”, no qual descreveu pormenorizadamente o histórico do uso da cocaína, bem como seus efeitos e possíveis usos terapêuticos. Ele, então, não somente usava como distribuía a seus colegas.

Gurfinkel (2008) afirma que a irregularidade dos efeitos da cocaína nos relatos dos amigos e pacientes deixara Freud intrigado, tornando difícil o desenvolvimento de seu emprego clínico. Foi então que ele desenvolveu mais pesquisas que foram expostas em um outro artigo chamado “Contribuição ao conhecimento da ação da cocaína”, de 1885. Gurfinkel ressalta que, neste artigo, Freud obteve conclusões mais interessantes: “os efeitos da cocaína só se mostraram significativos em pacientes cansados ou deprimidos, do que se depreende que a cocaína não tem ação direta sobre o sistema neuromuscular; as alterações nesse sistema são secundárias ao bem-estar artificial produzido pela droga.” (p. 422). Entretanto, o trabalho mais relevante veio depois, quando Freud foi convidado a fazer duas conferências sobre a cocaína (no Clube de Fisiologia e na Sociedade Psiquiátrica), que constituíram uma nova publicação: “Sobre os efeitos gerais da cocaína” (1885):

Nesse trabalho, Freud assinalou como existiam então drogas destinadas a reduzir a excitação nervosa (à maneira de ansiolíticos), mas poucos métodos para elevar a atividade psíquica (estimulantes do sistema nervoso central); esta seria, para ele, a promessa da cocaína para o campo da psiquiatria e do tratamento das doenças nervosas. (GURFINKEL, 2008, p. 423).

Além disso, o interesse de Freud pela cocaína tinha um caráter pessoal, pois ele esperava ajudar seu colega Erns von Fleischl-Marxow, que se viciara em morfina, em virtude de dolorosas consequências de uma infecção. A ideia seria a da substituição da morfina pela cocaína, por seus efeitos anestésicos, mas que se revelou reticente devido a morte do amigo.

Freud recebeu severas censuras, principalmente devido ao caráter viciante da cocaína, o que o levou a se defender em um último artigo sobre o assunto, “Observações sobre a adicção e o medo da cocaína”, no qual assinalou a propriedade anestésica, rebateu críticas e se apoiou em outros estudos favoráveis com relação aos benefícios de sua

administração. No entanto, uma série de percalços levou Freud a não somente abandonar seus estudos sobre a cocaína, como querer eliminar estes escritos.

Com efeito, ressaltamos o fato de Freud não se furtar à aventura de tentar desvendar a atuação de substâncias químicas no psiquismo. Mesmo Freud abandonando as pesquisas sobre a cocaína, nunca perdeu o ímpeto que o mobilizava na direção da curiosidade sobre o funcionamento do que posteriormente seria denominado de aparelho psíquico. Se estas pesquisas sobre a cocaína se deram na década de 1880, Freud se aproximava do que seria a psicanálise propriamente dita na década de 1890. Paulatinamente, a relação entre corpo e linguagem foi ocupando um lugar central na formulação dos primórdios da leitura freudiana sobre o psiquismo.

Cabe salientar que foram as investigações no campo da histeria que propiciaram a Freud conceber a formulação de um corpo que não se enquadra e nem se esgota nos registros da consciência e do modelo anatomopatológico (FOUCAULT, 2014) que prevalecia nas leituras da medicina e da psicologia. Com efeito, a histeria forneceu as bases com as quais Freud pôde articular um corpo pulsional, um corpo formado pela linguagem. Esta possibilidade foi feita por conta dos estudos das afasias, do projeto, do tratamento psíquico, mesmo que a maior parte destes textos Freud tenha abdicado deles.

### **3.3. A linguagem nas origens da psicanálise**

Se Freud iniciara suas investigações como neurologista, a aproximação com a questão histórica para além de uma *mise-en-scène* introduziu a palavra como operador fundamental do psiquismo. Este fator foi fundamentalmente o que permitiu o acesso à compreensão do fenômeno da histeria, por Freud, como uma problemática outra em relação ao que a medicina de sua época compreendia. A experiência psicanalítica pôde ter sua formulação enquanto tal na medida em que a articulação do corpo com a linguagem se instaurou como questão. Se a medicina compreendia o corpo a partir do modelo anatomopatológico, esta concepção não abarcava a totalidade do fenômeno histórico.

O método psicanalítico tem sua origem na escuta e foi a partir de Anna O. – paciente de Breuer, cujo caso clínico foi publicado em 1895, na obra “Estudos sobre a Histeria”. O caso citado fora tratado através da catarse e da ab-reação. O método catártico é o procedimento terapêutico pelo qual o paciente consegue eliminar seus afetos patogênicos e, então, expurga-los, revivendo os acontecimentos traumáticos a eles ligados. A fala é

fundamento através do qual estes afetos são eliminados. Ao acessar conteúdos inconscientes através da fala, o paciente tem a oportunidade de tomar contato com o que Freud chamou de força atuante da representação não ab-reagida.

Ao permitir que o “afeto estrangulado” encontre uma saída através do discurso, esta representação é submetida a uma nova cadeia associativa. Assim, o efeito curativo de que Freud fala nos seus primeiros textos sobre a histeria (1893-1895), diz respeito a um afeto dissociado da ideia original recalçada. E é exatamente a ressignificação deste afeto que a fala possibilita. No mesmo texto, ao falar de trauma psíquico, Freud expõe que, quando a reação é reprimida, o afeto permanece vinculado à lembrança. Prossegue dizendo que, quando a reação ocorre em grau suficiente, grande parte do afeto desaparece e faz uso de expressões cotidianas como “desabafar pelo pranto” ou “desabafar através de um acesso de cólera”, a fim de explicar o processo terapêutico realizado através da fala. Tudo isto, para reforçar sua tese de que a linguagem serve como substituta da ação, ou seja, pela linguagem um afeto pode ser “ab-reagido”.

Pertence a paciente Anna O. a expressão “cura pela fala” e foi ela também que empregou o termo “limpeza de chaminé” ao referir-se ao tratamento que lhe foi dado por meio da palavra. Segundo Peter Gay (2005), um dos motivos que fizeram de Anna O. uma paciente tão ilustre refere-se ao fato de que ela realizou sozinha grande parte do trabalho de imaginação. Considerando a importância que Freud atribuiria ao dom da escuta do analista, é cabível considerar que essa paciente tenha contribuído para a formação inicial da teoria psicanalítica, quase tanto quanto seu terapeuta Breuer. Mais tarde Breuer afirmou que o tratamento desta paciente continha “a célula germinativa do conjunto da Psicanálise”. Foi a partir das conversas com Breuer sobre este caso que, para Freud, *ouvir* tornou-se um método, uma via privilegiada para o conhecimento do inconsciente, ao qual as pacientes lhe davam acesso.

Foi, também, em uma das sessões com a paciente Emmy que Freud percebeu que deveria deixá-la falar livremente, quando ela própria sugeria que ele a deixasse falar sem interrompê-la com perguntas. Segundo Peter Gay (2005), foi essa paciente que permitiu a Freud ver que a hipnose era de fato “inútil e sem sentido”. Até o início dos anos 90 do século XIX, Freud tentara extrair, à maneira de Breuer, através da hipnose, as lembranças significativas que os pacientes relutavam em apresentar. As cenas trazidas à mente tinham frequentemente, um efeito catártico.

Ocorre que alguns pacientes não eram hipnotizáveis e a fala sem censuras pareceu a Freud um meio de investigação muito superior. Ao abandonar, aos poucos, a hipnose, Freud caminhava para a adoção de um novo modo de tratamento. Delineava-se a associação livre que, nos anos posteriores, passou a ser considerada a regra fundamental da Psicanálise. Segundo Freud, a livre associação permitia atingir com maior facilidade os elementos que estavam em condições de liberar os afetos, as lembranças e as representações.

Birman (1993) resgata o modelo do psiquismo lido por Freud a partir do registro corporal na relação com a linguagem: “Uma das inovações teóricas fundamentais do discurso freudiano foi considerar, como suporte e um dos fundamentos originários do chamado ‘aparelho psíquico’, o registro corporal. Este, no entanto, não mais como organismo biológico, mas como corpo pulsional”. (p. 46). Este deslocamento de uma concepção de organismo biológico para corpo pulsional foi o que permitiu a localização mesma da psicanálise como um campo teórico diferencial em relação à tradição médica que lhe era contemporânea.

Somente a partir da descoberta da palavra como potência curativa foi que a psicanálise se constituiu numa referência a uma lógica distinta da tradição consciencialista. A dimensão do inconsciente e sexualidade inscritos numa trama simbólica não naturalista se deveu ao postulado do corpo pulsional forjado no campo da linguagem. Nesta medida, percorremos aqui um caminho que vai da identificação de um momento pré-psicanalítico, em que Freud se encontra envolvido em uma espécie de dobra epistemológica, às voltas com sua formação médica e as questões que advinham desta clínica e um outro momento, propriamente psicanalítico, em que as dimensões da compreensão do corpo como pulsional puderam emergir.

Não se pode perder de vista que este caminhar não é retilíneo e nem sem conflitos teóricos. Prova disso é que alguns textos que são chaves para o nosso estudo, como o texto das *Afásias* e o *Projeto*, foram negligenciados por Freud, que tinha o desejo de não incluir estes textos em suas obras completas por se tratarem de trabalhos neurológicos e não psicanalíticos. Mesmo os textos referentes ao período das investigações com a cocaína, apesar de não se situarem estritamente ao campo desses textos ditos neurológicos, mas algo de uma farmacologia clínica, também foram recusados por Freud, por não serem psicanalíticos.

No entanto, o que se deve salientar é que nestes primórdios do pensamento freudiano já existiam elementos que reúnem alguns enunciados que permitiram a Freud reunir um conjunto de reflexões efervescentes no sentido da construção da psicanálise. Portanto, é

importante evidenciar que o texto sobre as *Afásias* (FREUD, 1891/2013) apresenta já uma formulação, mesmo que incipiente, da relação entre corpo e linguagem, na medida em que o que se entende como aparelho psíquico já estava, de alguma forma, concebido como um aparelho de linguagem .

Tavares (2013) afirma que o texto sobre as afásias foi um texto de um momento importante, pois se configurou como um eixo importante no deslocamento da perspectiva freudiana, encerrando a passagem do que ele chama de um “parricídio simbólico” em relação a Theodor Meynert. Este foi um professor e grande mentor de Freud e representante do modelo da tradicional medicina tradicional anatomopatológica. O deslocamento seria na direção de uma espécie de filiação, ou uma maior identificação com as ideias de Jean-Martin Charcot. Paulatinamente, Freud migrou rumo a uma concepção de aparelho psíquico fundado pela linguagem.

Portanto, pelo entendimento da função organizadora do psiquismo pela linguagem é que a psicanálise surgiu. Neste campo, Forrester (1983) traça um caminho arqueológico que situa Freud na originalidade do tratamento psíquico: “Ele tirou o fisicismo de seu lugar de destaque no tratamento da doença nervosa e localizou todo o poder terapêutico na dupla médico-paciente” (p. 19).

Forrester aponta dois temas históricos na primeira formulação da Psicanálise: a teoria das neuroses e a relevância da teoria da afasia. Na primeira, é dada ênfase na histeria, conferindo importância ao fato da descoberta dos efeitos terapêuticos pela verbalização de recordações recalçadas, processo investigativo que substituiu a hipnose. A histeria gerava várias interrogações à comunidade médica no século XIX, devido a ausência de um correspondente etiológico orgânico, na medida em que o modelo da anátomo-clínica não era capaz de esgotar as possibilidades interpretativas de seu fenômeno. Nesta medida, como sustenta Laplanche & Pontalis (2004),

a solução era procurada em duas direções: ou na ausência de qualquer lesão orgânica, referir os sintomas histéricos à sugestão, à auto-sugestão e mesmo à simulação (linha de pensamento que será retomada e sistematizada por Babinski), ou dar à histeria a dignidade de uma doença como outras, com sintomas tão definidos e precisos quanto, por exemplo, uma afecção neurológica (trabalhos de Charcot). O caminho seguido por Breuer e Freud (e, em outra perspectiva, por Janet) levou-os a ultrapassar essa oposição. Freud, como Charcot – cujo ensinamento, como sabemos, tanto o marcou -, considera a histeria como uma doença psíquica bem definida, que exige uma etiologia específica. (pp. 211-212).

Assim, Freud seguiu as pistas de Charcot de que haveria algo para além de uma simples simulação no fenómeno histerico, encontrando um lugar essencial para os elementos psicológicos. Entretanto, em Charcot “o elemento ‘psicológico’ restringia-se ao que, na teoria freudiana, mais tarde, seriam chamadas de causas predisponentes e precipitadoras. [...] Sua teoria da histeria pode ter permanecido indubitavelmente neurológica.” (FORRESTER, 1983, pp. 30-31).

Freud se apoiou nos estudos de Charcot, tendo ido estudar com seu mentor em Paris e entrado em contato com a hipnose como tratamento para a histeria, que posteriormente foi abandonada por Freud, na medida em que um dos fatores importantes era uma diferença do ponto de partida em relação a Charcot: “o ponto de partida (em Freud) eram palavras, em vez das propriedades do sistema nervoso. E o desvio que Freud seguiria, passava pelo edifício da teoria psicanalítica.” (FORRESTER, 1983, p. 34).

O que fica claro é que o sentido do tratamento e da cura em Freud é dado pelo sistema de representações do paciente. E a tese importante de Forrester neste sentido é de que a obra de Freud sobre as afasias foi de suma importância para esboçar as relações entre o local exato das palavras e a estrutura do sistema nervoso, uma teoria do poder das palavras para a formação dos sintomas.

Para compreender melhor esta problemática do ponto de vista histórico, exploraremos, sem grande exaustão, a questão a que Freud estava às voltas para situar a importância do problema das afasias. Freud enunciou da seguinte forma as duas suposições a respeito da doutrina das afasias vigente no século XIX, fundamentada no modelo localizacionista da medicina anatomopatológica:

A primeira dessas suposições tem como conteúdo a diferenciação das afasias provocadas por *destruição dos centros corticais* daquelas provocadas por *destruição das vias de condução*; ela se encontra em quase todos os autores que escreveram sobre as afasias. A segunda suposição diz respeito à relação recíproca entre cada um dos centros corticais supostamente ligados às funções de linguagem e encontra-se principalmente em Wernicke e naqueles pesquisadores que aceitaram a linha de raciocínio desse último autor e a desenvolveram. Pelo fato de estas duas hipóteses estarem contidas como um componente significativo na doutrina da afasia de Wernicke, exporei meus contra-argumentos em forma de crítica a esta doutrina. Já que elas se encontram amplamente em íntima relação com aquela ideia que permeia a totalidade da mais nova Neuropatologia – refiro-me à circunscrição das funções do sistema nervoso a regiões anatomicamente determináveis do mesmo, a “localização” -, terei, então, de tomar em consideração principalmente o significado do aspecto tópico para a compreensão das afasias. (FREUD, 2013, pp. 18-19).

Freud retomou o trabalho de Broca, que demonstrou que uma grave perda da fala tinha uma lesão correlativa na parte central do lobo frontal do hemisfério esquerdo. Esta descoberta de Broca circunscreveu a primeira modalidade clínica da afasia, denominada afasia motora, inserida na estrutura anatômica do cérebro. Mais tarde, Wernicke reafirmou um campo metodológico de trabalho que situava a problemática das afasias sensoriais como uma produção de lesão localizada na primeira circunvolução temporal esquerda do cérebro, reafirmando a teoria localizacionista das afasias.

O campo da etiologia das afasias era referido, portanto, à circunscrição localizada em determinadas áreas do cérebro, nos chamados centros de linguagem. E ponto a ponto (afasias das mais variadas descritas por Lichtheim), Freud contra-argumenta em prol de uma ampliação da problemática das afasias, ou seja, de que elas não comportam a possibilidade inequívoca da relação entre lesão e as manifestações afásicas.

Além dos distúrbios da fala produzidos por lesões nos dois centros de linguagem, sensorial e motor, a pesquisa de Wernicke demonstrou haver uma terceira categoria das afasias, que seriam provocadas por uma disfunção nas vias de condução. Esta categoria ficou denominada como parafasia, e não teria a ver com lesões nos grandes centros de linguagem. A partir daí, Freud pôde empreender uma crítica ao modelo das afasias circunscrito apenas ao modelo localizacionista, uma vez que as parafasias prescindiriam de lesão nos centros.

Lichtheim, um discípulo de Wernicke, complexificou o esquema de seu mestre, enumerando uma variedade de possibilidades de acometimento afásico. Ele diferenciou sete formas de distúrbios de linguagem denominando-as de afasias nucleares (afasia cortical motora e afasia cortical sensória); afasias periféricas de condução (afasia subcortical motora e afasia subcortical sensória) e afasias centrais de condução (afasia de condução de Wernicke, afasia transcortical motora e afasia transcortical sensória). A partir desta complexificação, Freud depreendeu o caráter irreduzível das afasias à teoria localizacionista. Foi quando, no texto, apareceu pela primeira vez a expressão aparelho de linguagem, no apontamento, pelas leituras de Lichtheim, da limitação da compreensão de Wernicke:

O esquema de Wernicke figura o aparelho de linguagem [*sprachapparat*] descrevendo somente o modo como se relaciona com a atividade de repetição de algo ouvido, sem relacioná-lo às demais atividades cerebrais. Se considerarmos as demais ligações dos centros de linguagem imprescindíveis à capacidade do falar espontâneo, disso resulta, então, necessariamente, uma descrição mais complexa do aparelho central de linguagem, que, entretanto, oferece a perspectiva de esclarecer, através da suposição de lesões em áreas delimitadas do cérebro, um maior número de distúrbios de linguagem. Tendo Lichtheim, em 1884, dado este passo, numa

coerente ampliação da linha de raciocínio de Wernicke, ele culminou na formulação do esquema de aparelho de linguagem. (FREUD, 2013, pp. 22-23).

A formulação de noção de um aparelho de linguagem por Freud pressupõe a noção de um sistema totalizante e integrado, pois vale ressaltar que, apesar das leituras de Wernicke e Lichtheim postularem que apenas as funções psíquicas básicas serem possíveis de se localizar anatomicamente, estas leituras se enquadram em uma “concepção elementarista que representava a linguagem como uma forma complexa de existência, mas que se constituíam inequivocamente pela associação de unidades elementares.” (BIRMAN, 1993, p. 56).

A crítica de Freud a respeito de uma leitura elementarista se situa, portanto, no postulado da linguagem como mera reprodução do existente. Segundo Birman (1993) a concepção de Freud de um aparelho de linguagem postula a diferença entre linguagem repetitiva e linguagem espontânea. É pela possibilidade de criação de novos sentidos, fornecida pela linguagem espontânea que Freud pôde formular posteriormente um psiquismo que se funda no enredamento de uma trama simbólica.

Assim, para percorrer a possibilidade da sustentação da importância de uma linguagem espontânea, Freud estabelece uma oposição entre representação de palavra (*Wortvorstellung*) e representação de objeto (*Objektvorstellung*). Essa talvez seja a mais importante contribuição do texto das afasias, pois inscreve a linguagem dentro uma gama de sentidos maior do que a articulação rígida entre a imagem do corpo, sons e palavras em áreas determinadas do cérebro.

Seria, portanto, uma contundente crítica ao sistema teórico de Meynert. Na perspectiva de Meynert, existiria uma relação biunívoca entre o sistema nervoso central e a periferia do corpo, de forma que cada parte do corpo teria seu equivalente em um ponto específico no córtex cerebral. Há neste modelo, chamado de “projeção”, uma ideia de cópia que regularia o corpo e o psiquismo, bem como o psiquismo e o universo das coisas. Foi aí que Freud se contrapôs a Meynert, evocando, no lugar de projeção, a noção de “representação”, o que nos indica já um ponto de extrema importância para Freud, na medida em que o psiquismo, na leitura que Freud realiza no texto do Inconsciente (FREUD, 1915/2006), teria como referentes os referentes da representação: No inconsciente, representação-coisa e no consciente, representação-coisa atrelado à representação-palavra.

Freud empreende uma verdadeira jornada nas filigranas dos argumentos localizacionistas sobre as afasias, em um esforço para descobrir quais relações, observadas na manifestação clínica dos distúrbios de linguagem, criticando o modelo elementarista, que



explica a linguagem repetitiva, mas não a linguagem espontânea. Assim, Freud descreve o aparelho de linguagem como um todo complexo que transcende à mera junção das partes das fibras e conexões cerebrais:

Somente nos é possível concluir que as fibras que chegaram, após transporem as substâncias cinzentas, ao córtex cerebral, de fato, ainda mantêm uma relação com a periferia do corpo, mas não podem mais apresentar uma imagem topicamente semelhante dele. Elas contêm a periferia do corpo assim como – para tomarmos de empréstimo um exemplo ao objeto a que estamos aqui no dedicando – um poema contém o alfabeto, em uma reordenação que serve a outros propósitos, em uma múltipla e diversa conexão entre cada elemento tópico, de maneira que alguns podem ser representados várias vezes, ao passo que outros podem não ser representados. Se fosse possível seguir em detalhes esta reordenação, que acontece desde a projeção espinhal até o córtex cerebral, descobrir-se-ia provavelmente que seu fundamento é puramente funcional e que, nesse sentido, só terão tidos em conta aspectos tópicos na medida em que eles coincidirem com as exigências da função. (FREUD, 2013, pp. 76-77).

Deste modo, assim como um poema é mais do que a soma das letras do alfabeto, as relações da dimensão anatômica do corpo com o psíquico se constituem de maneira outra, a partir da concepção de representação. O psiquismo não pode ser compreendido como uma espécie de epifenômeno do corpo, como pensado no modelo elementarista-localizacionista da linguagem. A linguagem representa o corpo e o universo das coisas, bem como é a forma por excelência do ato de representar. E é nesta medida que a linguagem se configura como o modelo do psiquismo.

Outro ponto a ser destacado é a evocação da diferença que Birman (1993) faz entre sentido e não-sentido. Na formulação do psiquismo concebido a partir da linguagem, uma profusão de sentidos poderiam ser elencados, não estando um elemento referido a um referente específico. Foi nesta medida em que a leitura de Hughlins Jackson foi fundamental para Freud, pois para este seria imprescindível realizar uma investigação contextual e individual da manifestação afásica de acordo com a experiência do que sofreu uma afasia. Não basta haver uma circunscrição anatômica como etiologia do fenômeno da afasia. É pela distinção de um sentido e de um-não sentido que a leitura das afasias se releva de fundamental importância para a psicanálise, pois assim como o sintoma revela um aparente não sentido, a afasia também não comportaria nenhum sentido:

Assim, a oposição entre sentido e não-sentido das proposições, a articulação da proposição com o contexto de sua formação e de uso para definir a sua verdade foram formulações fundamentais para que Freud pudesse conceber a oposição entre *sintoma* e a *palavra* na histeria. O sintoma teria a mesma estrutura que a palavra, sendo então uma materialidade dotada de sentido, na medida em que transformável

pela ação do discurso. O sintoma é uma palavra aparentemente sem sentido, como o sintoma afásico é uma palavra congelada em sua mobilidade semântica no seu atual contexto de uso. Então, os conceitos de trauma sexual e de sedução foram constituídos por Freud segundo o modelo jacksoniano de afasia, na medida em que a cena traumática de sedução seria o contexto originário que poderia conferir sentido ao congelamento da palavra no sintoma histérico, deslocando-se pois o discurso da histeria do registro intencional da fala para o registro automático do sintoma. (BIRMAN, 1993, p. 67)

Assim, o texto das afasias, mesmo fazendo parte dos textos neurológicos de Freud, assume um lugar de importância na constituição teórica nos primórdios da psicanálise, na medida em que traz como ponto importante a articulação entre linguagem, sintoma e sujeito. Esta temática, que subverte as relações entre o corpo e o psíquico no modelo da anatomopatologia e avança nos impasses propostos pelo paralelismo psicofísico se encontram também formulados no texto “Tratamento psíquico” (FREUD, 1905b/2006).

Neste texto de 1890, mas datado de 1905, Freud coloca em xeque, a partir de um ponto de vista eminentemente clínico, o dualismo cartesiano entre mente e corpo, presente na tradição médica moderna. Ressaltando a importância de se compreender a intrínseca amalgama entre o corpo e o psíquico, Freud aponta que nesta medicina houve um avanço no concernente às pesquisas sobre o corpo, no entanto privilegiando a dimensão do somático sobre o psíquico:

A relação entre o físico e o anímico é recíproca, mas o outro lado dessa relação, o efeito do anímico no corpo, encontrou pouca aceitação aos olhos dos médicos em épocas anteriores. Eles pareciam temerosos de conceder uma certa autonomia à vida anímica, como se com isso fossem abandonar o terreno da cientificidade. (FREUD, 1905b/2006, p. 272).

Na medicina moderna aquilo que é inerente ao anímico é considerado como um epifenômeno da trama dos circuitos fisiológicos. É precisamente este ponto de vista que Freud aponta um limite: variadas doenças não são passíveis de serem compreendidas sob o ponto de vista das lesões orgânicas. As doenças nervosas não obstante não encontram um equivalente causal mesmo em exames pormenorizados do cérebro. Assim é que Freud avança a buscar na vida psíquica uma possibilidade investigativa dos padecimentos nervosos, o que é entendido como uma *influência modificada da vida anímica sobre seu corpo*.

A possibilidade de investigação da influência do psíquico sobre o corpo será articulada pela categoria da *expectativa*. Seja pela expectativa angustiada, em que pode haver uma maior inclinação ao adoecimento, seja pela expectativa confiante, em que a esperança é uma força atuante poderosa (que pode ser verificada nas curas miraculosas, por exemplo),

Freud não se faz de rogado em trazer à cena a importância da palavra como elemento fundamental na indução de determinados estados psíquicos.

Agora começamos também a compreender a ‘magia’ das palavras. É que as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro; as palavras são um bom meio de provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas, e por isso já não soa enigmático afirmar que a magia das palavras pode eliminar os sintomas patológicos, sobretudo aqueles que se baseiam justamente nos estados psíquicos (FREUD, 1905b/2006, p. 279).

Nesta via, a hipnose é um exemplo fundamental para compreender a magia das palavras, vinculando uma relação entre hipnotizador e hipnotizado que não se faz senão no domínio da linguagem. Este ponto é fundamental para se formular uma teoria que se sustenta na cura pela palavra. O ponto de vista psicanalítico supõe esta inerente ligação, baseado no laço transferencial, e teve, portanto, a formulação de seus primórdios nesta premissa da credulidade encontrada na relação entre hipnotizador e hipnotizado, uma força que, segundo Freud, “só é encontrada *nos filhos perante os pais amados*.” (FREUD, 1905b/2006, p. 283).

Existe, nos laços interpessoais, um componente libidinal que realiza a circunscrição do enovelamento da própria constituição subjetiva. Nesse registro, é o corpo pulsional que surge como interesse privilegiado da escuta analítica e da formulação mesma da psicanálise enquanto teoria que aparecia. O corpo biológico é uma abstração, portanto, sendo subsumido ao entrelaçamento na trama pulsional.

Não é sem motivo que um conceito fundamental da psicanálise diz respeito à noção de uma medida de exigência de trabalho feita do somático ao psíquico. Foi nesses termos que Freud introduziu o conceito de pulsão (FREUD, 1915/2004). Freud nunca subestimou a relação do psíquico com o corporal. Pelo contrário, o conceito de pulsão traz a marca da atuação entre estes limites.

Para compreendermos como a relação do corpo com a linguagem foi fundamental na concepção da psicanálise retornaremos a outro texto, quando Freud aventa a ideia de um corpo que goza na trama com a fala e no vínculo com o outro. Em “Tratamento anímico”, uma forte crítica da ideia da centralização no cérebro em detrimento dos fenômenos que não compreendem uma localização de acordo com os fenômenos da anátomo-clínica. Neste texto, Freud critica a medicina moderna, pois apesar dos avanços, seus progressos e descobertas “diziam respeito ao aspecto físico do ser humano, e assim, em consequência de uma linha de raciocínio incorreta, mas facilmente compreensível, os médicos passaram a restringir seu

interesse ao corporal e de bom deixaram os filósofos, a quem menosprezavam, a tarefa de ocuparem do anímico.” (FREUD, 1905b/2006, p. 272).

Este texto, que na sustentação de Birman (1983) conteria as questões relativas à clínica, equivalente aos pressupostos teóricos lançados no texto das afasias, marcaram a virada do momento neurológico de Freud, apontando a insuficiência do entendimento médico moderno a respeito dos fenômenos da vida psíquica. Isto precisamente porque estes textos trazem a noção de um psiquismo que opera segundo a lógica de um aparelho de linguagem, e nesta concepção, o corpo não é um mero conjunto de signos anátomo-fisiológicos. O corpo seria inscrito pelo enredamento da pulsão, um conceito posterior, mas que aqui já se encontra embrionariamente a lógica de um corpo que se situa entre o psíquico e o somático.

Na contramão em relação à medicina moderna, Freud se afasta neste momento da cientificização que caracterizava a medicina moderna, muito marcada pelo discurso da doença, em detrimento do discurso do doente (FOUCAULT, 2014). Nesta virada, a compreensão acerca da vida psíquica perpassa fundamentalmente a relação com o outro. É precisamente o corpo pulsional que age num circuito que opera com uma força, contornando um objeto com a finalidade da satisfação. Neste sentido, o desamparo, enquanto fonte dos motivos morais (FREUD, 1895/2006) é a maneira bem precoce de, no domínio psicanalítico, a atenção ser chamada para a formulação do psiquismo na relação com o outro.

É justamente neste momento em que Freud centra sobre a relação transferencial como a base para o tratamento e se afasta do modelo da anatomopatologia e se aproxima mais da medicina pré-moderna. Ele realiza este movimento pela retomada do lugar da linguagem no tratamento - um ponto que gostaríamos de ressaltar como de fundamental importância, e que foi enterrado no século XIX.

## **CAPÍTULO IV- TRANSFERÊNCIAS E NARCISISMO**

### **4.1. Nas pistas do vínculo**

Neste estudo que realizamos a respeito dos destinos do sofrimento da atualidade um eixo basilar se inscreve na reflexão de que a droga é uma das alquimias disponíveis ao indivíduo da atualidade. Além dos medicamentos, outras seduções são ofertadas neste engendramento contemporâneo, inclusive as seduções da psicanálise, através dos efeitos paradoxais produzidos pela transferência. “É preciso que o psicanalista esteja ciente da ética que regula seu lugar e sua função, para que não se instale na posição de salvador, isto é, o detentor soberano de uma poção mágica que tem o dom de transformar a psicanálise num veneno prazeroso. Desta forma, a psicanálise seria uma verdadeira droga.” (BIRMAN, 2007, p. 204). É sobre esta relação de poder que consiste o foco deste capítulo.

Para oferecer algumas coordenadas deste e do próximo capítulo, o poder fascinante que pode ser exercido na psicanálise será elencado com a referência ao estudo da transferência. A tematização sobre a transferência é fundamental na execução da psicanálise, sem a qual esta não pode existir. Veremos como esta se inseriu no corpo teórico do pensamento freudiano, visando a traçar um caminho pelas tramas do poder, para posteriormente refletir as consequências a respeito do psicanalista/médico na função de droga, ideia comportada no pensamento de Michel Balint e sobre a alienação, que se coloca de maneira crucial no pensamento de Piera Aulagnier.

Além disso, a tematização sobre as transferências por Kohut incidirá em outro momento deste trabalho na captura de uma apreensão sobre a cultura do narcisismo. Esta apreensão nos conduzirá à investigação de uma determinada leitura possível acerca de boa parte relações e das estruturas psíquicas na atualidade, à luz de alguns pensadores do campo psicanalítico, aludindo aos vínculos que se enlaçam de maneira dependente e alienante, por um lado, e frágil, por outro, o que pode levar até mesmo a psicanálise a se inserir num circuito mortífero.

A transferência é um dos conceitos fundamentais para a psicanálise, sem a qual não há possibilidade de haver uma análise. A transferência, enquanto um “processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2004) se fundamenta na repetição de protótipos infantis

vivida na atualidade da figura do analista. Freud se deparou com o fenômeno da transferência sublinhando o aspecto da estranheza. Inicialmente, à transferência não era dada a importância como sendo essencial no estabelecimento da relação terapêutica e para os efeitos clínicos advindos dela.

É com o *caso Dora* (FREUD, 1905a/2006) que o papel da transferência surge, primordialmente, no trabalho analítico, apesar de já no caso de Anna O. (Freud, 1893-1895/2006) a questão transferencial já ter surgido. Com o tratamento segundo o “método catártico”, a relação terapêutica transferencial era considerada um sintoma como qualquer outro, que ajudaria ou atrapalharia a condução do trabalho, restando em um lugar secundário. Com o abandono do método catártico e a formulação da psicanálise em si, após o livro “Interpretação dos Sonhos” (FREUD, 1900/2006), a transferência ganha destaque e se torna essencial no processo analítico, distinguindo-se da sugestão e da hipnose.

Para Freud, na perspectiva de Lacan, a transferência é uma sugestão que sofre os efeitos de uma interpretação. Interpretar a sugestão é indicar um outro plano contido na própria sugestão. Lacan nos oferece uma boa indicação a respeito das peculiaridades entre a transferência e a sugestão, afirmando que “A transferência já é, potencialmente, uma análise da sugestão, ela própria é a possibilidade da análise do sujeito, é a articulação secundária daquilo que, na sugestão, impõe-se pura e simplesmente no sujeito.” (LACAN, 1999, pp. 439-440). Lacan considera que na análise há que se ter uma demanda de amor para o estabelecimento da transferência e, a partir daí, o processo terapêutico poder fluir. Assim, percebemos a importância fundamental da transferência para o trabalho psicanalítico.

Em “História do movimento psicanalítico” (Freud, 1914b/2006), Freud resgata a história recente do desenvolvimento da psicanálise à época, evocando o trabalho analítico “no sentido de que o conflito do momento e o fator desencadeante da doença devem ser trazidos para o primeiro plano da análise.” (p. 20). Era o momento de condução da atenção do paciente até a cena traumática na qual o sintoma surgira, e havia o esforço por descobrir o conflito mental envolvido. Este era o chamado método catártico.

Entretanto, o método catártico possuía limitações, pois mesmo em casos em que era sabido o momento da irrupção da doença, Freud afirma não ter podido avançar na análise, como no caso de Dora, e que somente após aquilo que se chamaria de transferência, inscrita enquanto fundamental na trama sexual do caso, é que a compreensão sobre os fenômenos psíquicos de um ponto de vista propriamente psicanalítico pôde tomar cena.

O fundamento sexual da transferência foi uma pontuação decisiva de Freud para o início da investigação propriamente psicanalítica do inconsciente, e foi justamente um duplo aspecto relativo à transferência que propiciou a compreensão do que estava na trama a dois do processo. Se por um lado, Freud compreendeu que o processo de Breuer com Anna O. não pôde avançar justamente no momento mais delicado, a Breuer é atribuída a descoberta da descoberta da importância da transferência, justamente pela negligência das energias sexuais contidas na relação médico-paciente.

Os detalhes são contados por Ernest Jones. Após cerca de dois anos de tratamento, tendo a esposa de Breuer se tornado ciumenta por "não ouvir do marido mais nada senão esse assunto" (JONES, 1975, p. 237), Breuer decidiu encerrar o tratamento de Anna O., estando ela já em melhores condições. Mas nessa mesma tarde foi chamado à casa da paciente e encontrou-a num estado de grande excitação, aparentemente mais grave do que nunca. A paciente, que, segundo ele, parecia ser um ser assexual e que nunca fizera qualquer alusão a esse tópico proibido ao longo de todo tratamento, mostrava-se no umbral de uma crise de parto histérica (pseudociese), culminação lógica de uma gravidez fantasística que se vinha desenvolvendo invisivelmente em reação às atenções médicas de Breuer.

Breuer, envolvido em "forte contratransferência diante da sua interessante paciente" (JONES, 1975, p. 237), ficou profundamente perturbado com a revelação do impulso erótico que, agora se notava, mas que viria já de longa data nas sessões de hipnose e conversa. Freud retroagiu o impulso erótico ao histórico clínico da analisante e interpretou, acompanhando o campo sexual não analisado dos sintomas de então: "[...] O simbolismo nele existente – as cobras, o enrijecimento, a paralisia do braço – e, levando em conta a situação da jovem à cabeceira do pai enfermo, facilmente chegará à verdadeira interpretação dos sintomas [...]" (FREUD, 1914b/2006, p. 22). E continua Freud acerca da transferência:

Tenho agora fortes razões para suspeitar que, depois de ter aliviado todos os sintomas de sua cliente, Breuer deve ter descoberto por outros indícios a motivação sexual dessa transferência, mas que a natureza universal deste fenômeno inesperado lhe escapou, resultando daí que, como se tivesse sido surpreendido por um "fato inconveniente", ele tenha interrompido qualquer investigação subsequente. Breuer nunca me falou isso assim, mas me disse o bastante em diferentes ocasiões para justificar esta minha reconstituição do acontecido. (...) O surgimento da transferência sob forma francamente sexual – seja de afeição ou de hostilidade -, no tratamento das neuroses, apesar de não ser desejado ou induzido pelo médico nem pelo paciente, sempre me pareceu a prova mais irrefutável de que a origem das forças impulsionadoras da neurose está na vida sexual. A este argumento nunca foi dado o grau de atenção que ele merece, pois se isso tivesse acontecido, as pesquisas neste campo não deixariam nenhuma outra conclusão em aberto. No que me diz respeito, este argumento continua a ser decisivo, mais decisivo mesmo do que

qualquer das descobertas mais específicas do trabalho analítico. (FREUD, 1914b/2006, pp. 22-23).

Assim, com o abandono do método catártico, e a formulação da psicanálise em si, a transferência ganhou destaque e se tornou essencial no processo analítico, distinguindo-se da sugestão e da hipnose. Freud afirma no caso Dora sobre a transferência:

Durante o tratamento psicanalítico, pode-se dizer com segurança que uma nova formação de sintomas fica regularmente sustada. A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento, em sua maioria inconscientes, às quais se pode dar o nome de “transferências”. O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. (FREUD, 1905a/2006, p. 111)

No entanto, a importância da transferência estava dada desde os momentos pré-psicanalíticos, com sua formulação no caso de Anna O, na apreensão do momento em que houve uma verdadeira intensificação das forças da neurose atualizadas na relação com o médico. Por isso mesmo, o momento de crise é essencial de ser captado. E, nesta medida, a ebulição dessas forças intrínsecas ao vínculo não pode ser descartada como fundamental no processo.

#### **4.2. Abstinência e crise na experiência analítica**

A experiência analítica supõe inexoravelmente a regra da abstinência. Retomando a exortação contida nas “Observações sobre o amor transferencial” (FREUD, 1915 [1914]/2006) sobre a necessidade de não se negar a retribuir ao paciente o que ele espera da relação analítica, algo da ordem do amor de transferência, mas atendo-se à necessária frustração da simetria na relação, Freud chama atenção para a regra da abstinência, qualificada como um princípio fundamental,

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isso. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e o anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O que poderíamos oferecer nunca seria mais do que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas



repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real (FREUD, 1915 [1914]/2006, p. 182).

O psicanalista não obteria êxito em seu trabalho caso fosse retribuída a totalidade da demanda do paciente. É no registro da abstinência que a angústia, afeto imprescindível para o dispositivo analítico, pode advir e agir como mola propulsora para a mobilidade da libido. Assim, nem repelindo, nem se afastando do amor transferencial, é que uma análise pode tomar curso. Existe portanto um determinado domínio que o psicanalista deve exercer para alcançar as raízes infantis da trama do paciente, lidando no âmbito da transferência com aquilo que remonta à vida erótica do paciente. A regra da abstinência pressupõe da mesma forma que, nos casos de pacientes com questões relativas à toxicomania, possa haver um gradual deslocamento para a figura do psicanalista da libido totalmente, ou em boa parte, investida nas drogas.

A tomada da abstinência como experiência no tratamento analítico pressupõe a caminhada rumo ao terreno pantanoso que uma análise precisa explorar, e que indica mexer na regulação da economia psíquica sob a forma da transferência. Neste campo minado, Foucault (2012) entende a categoria de crise como um importante vetor no seio na medicina pré-moderna, até fins do século XVIII. Nesta compreensão, a noção de crise na prática médica desde Hipócrates era um norteador importante, na medida em que “é o momento em que se pode decidir a evolução da doença, isto é, em que se pode decidir a vida ou a morte, ou ainda a passagem ao estado crônico. [...] A crise é muito exatamente o momento do combate, é o momento da batalha, o momento em que precisamente ela se decide.” (FOUCAULT, 2012, p. 310).

O momento da crise é quando eclode a doença em sua verdade, ou seja, é a realidade em si dela, e precisamente aí que o médico deve intervir. Freud retomou esta ideia com a neurose de transferência. ele recuperou a categoria de crise, e foi exatamente no ponto crítico do tratamento de Breuer com Anna O. o momento no qual Freud localiza que a condução do tratamento deveria ter sido pautado fundamentalmente naquilo que ele chamaria de transferência. Com efeito, a transferência contém a atualização das “forças altamente explosivas” mencionadas por Freud no texto “Observações sobre o amor transferencial” (Freud, 1915[1914]/2006), e da qual afirma que é subestimar estas forças o tratamento dos distúrbios neuróticos apenas com a administração de substâncias químicas. É necessário, no tratamento psicanalítico, que o momento de crise seja tomado como ápice no processo, onde a verdade da trama do mito individual do sujeito tem a sua epifania.

Neste sentido, é pela dimensão da neurose de transferência que Freud retoma a categoria de crise, abandonada com o modelo médico da anatomopatologia. O psicanalista não pode se furtar à combustão dos elementos explosivos dos interstícios da trama individual do paciente, atualizadas no tratamento. Há uma equivalência do lugar do xamã que Freud retoma no seio da era moderna, retomando a tese de Lévi-Strauss (2012) de que o psicanalista é o “herdeiro” da tradição do xamanismo.

Assim, se Freud retoma um modelo de medicina pré-científica pela concepção de crise, é instaurando o lugar do médico como exercendo certo fascínio e funcionando como uma droga, alterando as configurações da economia do gozo. Nessa esteira, Laurent (2002) estabelece uma leitura histórica do que ele chama de revolução terapêutica, na contemporaneidade dos anos 1930, quando começaram tratamentos de terapia de choque, e que se impuseram intensamente com a revolução dos medicamentos. Nesta contemporaneidade, a tematização do surgimento do psicanalista como droga surgiu no contexto das relações de objeto:

Freud situou o analista como representante do pai da transferência, garantia da adequação das palavras à pulsão pela interpretação psicanalítica. Foi mais tarde, na geração dos anos 30 – aquela que nomeamos como a dos pós-freudianos – que o psicanalista apareceu como objeto. Deram-se várias versões disso. Para Mélanie Klein, mãe genial, apareceu como o seio magnífico. Michaël Balint, médico inspirado pela demanda histórica, colocou-se a si mesmo como medicamento reparador. Para ele, particularmente preocupado com a eficácia terapêutica, como a tradição húngara na psicanálise, é o psicanalista que se prescreve a si mesmo. Ele é o medicamento escondido no dispositivo. É a revelação que Balint quis transmitir aos médicos clínicos: “Antes de tudo, o medicamento é você!” (LAURENT, 2002, p. 26)

Uma leitura interessante, neste sentido do campo ético do medicamento, é a de Balint (1988) quando da dissertação da função apostólica do psicanalista, e que será melhor vista no próximo capítulo. Nesta vertente, a ideia do psicanalista inglês é de que a função do psicanalista é de funcionar como uma droga para o paciente. Essa temática de Balint é retomada por Lacan (1966/2001) em uma conferência a uma comunidade médica em que indica o lugar da psicanálise na medicina: Lacan evoca o lugar do médico como aquele que exerce uma grande autoridade, prestígio, e que à maneira como Balint ilustra, receita a si mesmo. A tese de Lacan é interessante no sentido em que evoca este lugar importante do psicanalista, agindo na detecção de um corpo que goza na dimensão da transferência. Este corpo é preciso ser “escutado”, e o psicanalista oferece uma construção de um lugar na linguagem para este corpo, fato que geralmente é negligenciado pela medicina.

Este ponto, precisamente, precisa ser melhor investigado, mas pontuamos que nos é interessante para o desenvolvimento deste trabalho a relação entre psicofármacos e a linguagem no e do corpo na relação com a transferência. Se por um lado esta temática insere a problemática das relações de poder do par médico-paciente, este é um debate que merece não ser relegado ao limbo.

### **4.3. Transferência e toxicomania**

A temática da transferência deve ser cuidadosa vista na cartografia do sujeito na atualidade, na medida em que a trama dos vínculos se altera em relação ao paciente típico da neurose de transferência. Se a clínica se alterou em relação à época de Freud, foi por conta de as contingências dos indivíduos terem também se alterado, em suas relações sociais, políticas e econômicas. Do ponto de vista eminentemente clínico, a toxicomania elucida um estilo de paciente que impõe um manejo delicado no domínio da transferência por seu caráter paradoxal na forma do vínculo, muito dependente, mas também pouco “aderido”.

Não pretendemos esgotar um mapeamento do sujeito na atualidade como toxicômano, pois esta leitura seria reduzir toda uma complexidade dos fenômenos que surgem na clínica; apontamos, entretanto, algumas aproximações das ditas novas patologias que se enquadram em uma moldura que nos permite nos aproximar da clínica da toxicomania por um paradoxo. Esse paradoxo se insere na perspectiva de que algumas modalidades de estrutura mental sugerem o sujeito funcionar mediante o desejo do outro e espera que este forneça uma poção mágica que lhe restitua sua plenitude narcísica.

Se o analista aceita e responde a essa demanda, ou se seduz o analisando com a promessa de uma possibilidade futura, o trabalho analítico fica comprometido, posto que o processo de análise deve se fundamentar na escuta do desejo do sujeito, sendo o analista o suporte para isso acontecer. O analista não deve cair nestes imbróglis da trama dual, e é por isto mesmo que Freud elencou a regra da abstinência como condição para o método analítico, como retoma Birman (2007), articulando com a problemática acerca da dinâmica presente na toxicomania:

Freud enunciou a ‘regra da abstinência’ como condição de possibilidade do método analítico e que destacamos aqui como um dos fundamentos da ética psicanalítica. Se não considerarmos isso devidamente, estaremos participando de um pacto com a morte, acreditando que possuímos alguma alquimia capaz de preencher a falta e restituir a plenitude narcísica do analisando. Enfim, se esta questão se coloca para

qualquer processo analítico, ela ganha maior relevo com os toxicômanos, pois nestes, a demanda de preenchimento recebe apelos dramáticos. (BIRMAN, 2007, p. 204).

O ponto que pretendemos ressaltar é a adesão deveras dependente que se estabelece na relação do paciente toxicômano com o analista, e que presenciamos na clínica da atualidade de forma maciça. O analista não deve recusar esta necessidade intensa de adesão, mas não pode desatentar para a função de droga que ele mesmo pode ser colocado e lá permanecer sem atenção, numa postura salvacionista. No campo do tratamento com as drogas, estritamente, a posição do analista implica no rompimento com a ideologia de higiene social e com o moralismo acusatório que permeia o olhar sobre os usuários de drogas. O analista deve ouvir e procurar decifrar as vias de prazer com a droga, de forma que a continuação do processo implique em que uma efervescência libidinal no âmbito da transferência ocorra, o que inclui a figura do analista numa posição de droga, ficando assim como um objeto-fetice.

O analista não pode se furtar às aventuras de uma espécie de faca de dois gumes imposta a quem deseja adentrar o campo minado das relações subjetivas. Se o paciente procura a análise, é porque houve algum desequilíbrio em sua economia psíquica, e a droga não é mais capaz de fornecer o seu prazer irrestrito. De fato, essa percepção não é encontrada apenas na clínica das toxicomanias. Em geral, qualquer pessoa que busca uma análise recorre ao dispositivo analítico quando suas formas de gozo se encontram capengas, estando o desprazer em limiares insustentáveis.

Desta forma, é preciso enunciar uma diferenciação entre usuário de droga e toxicômano, até para poder realizar a aproximação que desejamos, contextualizando esta problemática na atualidade. Birman (2007) sustenta que Freud esboçou três estruturas psicopatológicas abrangentes: neurose, psicose e perversão. Estas modalidades de estruturação teriam sido apagadas pela história posterior do movimento psicanalítico. Afirma o autor que a escola inglesa de psicanálise, orientada pelo pensamento de Melanie Klein decretou o fim da estrutura perversa, na medida em que passou a considerar o funcionamento das perversões como modalidades de defesa face à experiência da psicose. Birman retoma a importância da estrutura perversa em sua fecundidade teórico-clínica, pois em “muitos quadros clínicos da atualidade, que frequentemente confundem os analistas que perderam o referencial da nosografia freudiana – quadros psicossomáticos, *borderlines* e estados-limites – apresentam similaridades importantes com a estrutura perversa.” (BIRMAN, 2007, p. 207).

Assim, a hipótese formulada por Birman é que as toxicomanias, nas quais se incluem o alcoolismo, se inserem na estrutura perversa, o que não ocorreria com outras formas de usuários de drogas, que podem se encaixar em outras estruturas psicopatológicas, inclusive a perversa (mas não apenas). Para a sustentação desta hipótese, o autor aponta que o tema das toxicomanias é de surgimento tardio na investigação psicanalítica. Apesar dos textos sobre a cocaína no momento pré-psicanalítico, a problemática das toxicomanias esteve ausente durante o percurso freudiano no momento psicanalítico. Na contemporaneidade de Freud, apenas Abraham<sup>18</sup> teceu algumas considerações sobre a relação entre sexualidade e alcoolismo. A questão ganhou corpo, afirma Birman, na leitura, principalmente de Radó, com efeitos marcantes no pensamento psicanalítico posterior.

Com o conceito de orgasmo alimentar, eixo central de seu discurso, Radó articulou as toxicomanias com o registro da oralidade e assinalou a impossibilidade da experiência do desmame. Assim, os toxicômanos buscariam, de modo permanente, a restauração de um estado primário de satisfação absoluta, do qual seria impossível se privar. Nessa perspectiva, o estado de vazio psíquico e a depressão pré-tóxica indicariam a impossibilidade para o sujeito de existir sem a infusão libidinal representada pelos efeitos da ingestão da droga. (BIRMAN, 2007, p. 210).

Apesar da crítica de Birman a uma espécie de organicismo na leitura de Radó, este teria sido o primeiro autor da tradição analítica a tratar sistematicamente a questão das toxicomanias. A partir dos trabalhos de Freud e de Abraham sobre a melancolia, de Freud e de Rank sobre o narcisismo e de Abraham sobre as fases de fixação da libido, Radó articulou as variações de humor nas toxicomanias com as oscilações entre depressão e mania. O que estaria em questão seria uma correspondência entre a mania e a busca frenética do orgasmo alimentar originário, de forma que a depressão indicaria o limite desta possibilidade, em uma perpetuação do movimento de busca através do uso compulsivo da droga. Neste sentido, Radó articula o consumo de droga no registro da oralidade, pois o eixo central seria a demanda de incorporação de um objeto capaz de restituição do orgasmo alimentar.

Birman afirma que esta tônica do trabalho de Radó marcou a leitura posterior no campo psicanalítico acerca das toxicomanias. Além disso, “como decorrência dessa interpretação, reapresenta-se também, permanentemente, o tema de uma relação materna insatisfatória do toxicômano, como se este buscasse com a droga uma figura materna preenchedora que lhe faltou em sua história infantil.” (BIRMAN, 2007, p. 211). O autor argumenta também que o destaque conferido ao registro da oralidade não se insere em uma

---

<sup>18</sup> Abraham, K. (1908/1973). *Rêve et mythe*. apud Birman, 2007.

interpretação teórica que considere a estrutura psíquica de forma abrangente, da mesma forma que não delinea os destinos da figura paterna nesta articulação. Portanto, na identificação de uma insuficiente consideração estrutural nessa modalidade de funcionamento mental, Birman traça um caminho para reencontrar a problemática da paternidade nas toxicomanias.

Deste modo é que o autor retoma a distinção, não muito clara no pensamento freudiano, mas que o discurso psicanalítico posterior, principalmente com Numberg, Lacan e Lagache, resgatou e realizou devidamente esta distinção, qual seja, entre as instâncias do eu ideal e ideal do eu.

Assim, o eu ideal é a instância primária em que se constitui o eu do sujeito e corresponderia ao que Freud denominou narcisismo primário no ensaio de 1914. Para Freud, o eu não é uma estrutura originária, isto é, biologicamente determinada e que se coloca imediatamente em funcionamento, mas uma instância psíquica que se constitui posteriormente, fundada no investimento libidinal do outro. Lacan estabeleceu essa emergência estrutural mediante a elaboração do conceito de fase do espelho. Dessa maneira, no nível de estruturação do eu ideal, o sujeito se define como seu próprio ideal, numa relação eminentemente dual com sua imagem, sem considerar a existência de um outro como terceiro. (...) Com o ideal do ego, entretanto, o registro é diverso. O sujeito não é seu próprio ideal, mas algo que o transcende e que ele pretende atingir. A relação intersubjetiva é triangular, sendo o sujeito marcado pela instância paterna em sua subjetivação. Desde seu ensaio inicial sobre os complexos familiares, Lacan retoma as indicações de Freud e assinala como o ideal de eu é marcado pelo impacto da figura paterna no psiquismo infantil. A incidência desta figura possibilitaria ao infante a saída para os impasses colocados pela relação materna e a consequente abertura para uma posição desejante. (BIRMAN, 2007, pp. 213-214).

O que estaria em jogo na estrutura perversa seria justamente a impossibilidade de o sujeito romper com o desejo da mãe e sair da posição de *phallus* materno. Todavia, a marca da perversão não seria a forclusão do pai, mas sua recusa, o que difere esta estrutura da psicose. Há um combate do sujeito com o reconhecimento da figura paterna, no qual a experiência da castração é recusada, e por isto o psiquismo permanece numa oscilação entre um triunfo onipotente sobre a figura do pai, numa fusão com o corpo materno, e a depressão. “Neste contexto, a droga é um fetiche, objeto parcial cuja incorporação permite a ilusão do restabelecimento da plenitude do eu ideal do infante e da onipotência fálica da figura materna.” (BIRMAN, 2007, p. pp. 214-215).

Ou seja, a trama na toxicomania estaria centrada na recusa do pai, pois este ameaça com a possibilidade da castração, e na figura de uma mãe onipotente. Acontece que a figura paterna é procurada, o que o autor evoca na experiência dos delírios de ciúme nos alcoolistas e na confraternização homossexual dos bares. Dessa forma, Birman retoma a oscilação entre os polos maníaco e depressivo nas toxicomanias, entretanto, conferindo ao lugar do pai, o

lugar do terceiro na trama do sujeito. Transpondo para o cenário analítico, o autor ainda ressalta o constante recurso à passagem ao ato mediante a droga quando a não-satisfação da demanda pelo analista se coloca no espaço analítico como marca da castração.

Não é legítimo afirmar que esse seja o funcionamento do sujeito da atualidade. Seria leviano realizar tal afirmação, dada a multiplicidade das formas subjetivas. No entanto, na atualidade, com as ditas novas patologias, as caracterizações teórico-clínicas sobre as especificidades do indivíduo faz aproximar a experiência do uso não-adicto das drogas com o universo da adicção propriamente dita. Isso porque a marca da compulsão ganha um espaço privilegiado nas formas de organizações subjetivas contemporâneas, marcadas por um narcisismo mortífero.

#### **4.4. Transferência e narcisismo**

Como vimos anteriormente, a temática das relações de objeto pôs em um plano privilegiado a noção de que os cuidados do outro são fundamentais na constituição do aparelho psíquico. Se isso já estava tematizado desde os primórdios da psicanálise, o deslocamento que pretendemos sublinhar se inscreve no relevo do padecimento psíquico como ampliado à fase edípiana. A trama das neuroses de transferência, que constituíam no pensamento freudiano o carro-chefe de sua clínica, e que remete à subjetividade de fins do século XIX, passou a dividir a atenção no pensamento pós-freudiano com as neuroses ditas mais graves, nas quais os aspectos pré-edípianos foram priorizados nesta compreensão.

Melanie Klein (1991) acentuou a divisão entre o seio bom e o seio mau como reguladora de aspectos fundamentais na organização do psiquismo em momentos muito precoces da vida do bebê. Winnicott (2007) postulou que o bebê não existe. O que existe é a relação mãe-bebê. Foi no campo da tematização da organização pré-edípiana que a psicanálise avançou, e o sofrimento psíquico foi sendo deslocado exclusivamente do eixo edípiano.

Em uma tese que se inicia com o estudo sobre o silenciamento do universo das drogas lícitas no panorama atual, tomaremos outro silenciamento para tratar dos limites e margens que constituem uma discursividade permeada por ditos, não-ditos, recalcados e retornados no âmbito da história da tradição psicanalítica. A referência é a Ferenczi. Expulso de sua filiação institucional, Ferenczi foi banido do campo psicanalítico, caracterizado como a “criança terrível” da psicanálise. Muito desse silenciamento a respeito de Ferenczi se deve a Ernest Jones, que o caracterizou como psicótico e carimbou sua produção com o signo da

loucura, na medida em que sua produção reformulava métodos e técnicas, subvertendo a direção do que a comunidade psicanalítica de sua contemporaneidade pensava.

Birman (2014a) situa que houve uma espécie de acerto de contas com sua memória pela comunidade analítica posterior, em um reconhecimento de sua obra e a legitimação de muitos de seus postulados e, assim, “(a comunidade analítica) retirou Ferenczi do arquivo morto da história da psicanálise e o inscreveu novamente em seu arquivo vivo” (p. 13). Esta retomada se inscreve na atualidade que a obra ferencziana reflete.

Ferenczi (1988) apontou limites e impossibilidades do método psicanalítico, com os quais avaliou os efeitos de uma espécie de estagnação do processo analítico, e propôs formas outras de tratamento, como a *técnica ativa*. A ideia é que a figura do analista deveria lançar mão de novas formas de intervenção para relançar o processo analítico, sob pena de não se sair das tramas do aprisionamento do sujeito em certas formas do circuito pulsional.

Em que pese a autocrítica com relação aos possíveis excessos da atividade do analista, Ferenczi não se fez de rogado na instigação para o incremento da criatividade do processo de psicanalisar, de forma que a técnica analítica deveria ser elástica para conter modificações necessárias novos processos fecundos. Foi assim, por exemplo, que a noção de Ferenczi de *neocatarse* pôde ser a marca da representação da figura do analista como responsável pela reparação essencial do trauma originário do infante: “O analista, à diferença do que fizeram as figuras parentais na história do infante, deve adaptar-se às demandas do analisante, no intuito de não traumatizá-lo de forma sedutora e, assim, repetir o trauma originário” (BIRMAN, 2014a, p.33).

Um eixo central da obra ferencziana se inscreve na enunciação da crítica sobre uma rigidez da postura do analista que muitas vezes ocorre, em um diálogo de surdos presentificado na relação analista/paciente. Aos mostra-se atento à diversidade das modalidades subjetivas, Ferenczi resgata de maneira criativa a instigação que deve conduzir o analista pelos caminhos da não-estagnação de sua constante escuta do sofrimento. Portanto, a inquietação está permanentemente presente para a figura do analista, como ocupação efetiva das condições de possibilidade de uma análise. A dimensão transferencial é um eixo central para Ferenczi propor, portanto, inquietações no campo analítico, com vistas a ampliar a escuta.

Nos rumos dessas inquietações é que percebemos uma originalidade de Ferenczi. Não é a intenção desbravar a obra deste autor aqui, mas sinalizar que sua inquietação foi importante para um processo de flexibilização da escuta analítica, que permitiu a psicanálise



ampliar suas formas de intervenção, como apontou Pontalis (1974). Se por um lado Ferenczi é retomado pela tradição analítica na contemporaneidade das patologias que tem as conformações do narcisismo em sua centralidade, é porque esta clínica atual necessita em muito pensar o lugar os deslocamentos necessários da figura do analista. E isto Ferenczi soube fazer bem.

Esboçando algumas caracterizações da clínica atual, passemos a nos ocupar mais do eixo do narcisismo, tão importante de ser debruçado. O conceito de narcisismo elenca diversas leituras complexas, e que se revelam extremamente importantes não apenas para o presente estudo como tem sido levantada sua importância na clínica da atualidade. No pensamento freudiano, este conceito é entendido como o elemento de iniciação de uma virada teórica que culminou com o advento da pulsão de morte (FREUD, 1920 /2006). Este fato se deve a uma reorganização da estrutura de conflito que marca o sujeito, do ponto de vista freudiano.

A base de possibilidade deste reagrupamento foi iniciada com o conceito de narcisismo. O idealizado aspecto narcísico de unidade é posto em xeque durante todo o desenvolvimento do pensamento de Freud, seja do lado do sujeito, seja da própria construção da metapsicologia freudiana. O dualismo sempre presente em Freud sugere, em um primeiro momento, uma polarização que indica um conflito entre pulsão de autoconservação e pulsão sexual desde 1910, com o texto “Concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão” (FREUD, 1910/2006). Nesta oposição, uma energia libidinal seria o motor da pulsão sexual, enquanto na pulsão de autoconservação o equivalente seria algo da ordem de uma necessidade. Com o advento do conceito de narcisismo se verificou a tomada do eu como um objeto investido libidinalmente. Onde estaria, portanto, o aspecto do conflito, se só restaria então pulsão sexual?

Essa pergunta impõe uma questão controversa em psicanálise, qual seja, o modo pelo qual Freud migrou de sua primeira para a segunda tópica. Birman (1997) aponta que as pulsões de autoconservação, também chamadas de pulsões do eu, abrigavam a estruturação do eu protegido, visando, assim, à autoconservação do indivíduo. Além disso, com o conceito de narcisismo, o eu passaria a ser concebido de maneira erogeneizada; portanto inserido no registro das pulsões sexuais. Esse quadro impôs, segundo Birman, a necessidade de iniciar uma revisão da metapsicologia, que mais tarde culminaria com a elaboração da segunda tópica, com o texto “O ego e o id” (Freud, 1923/2006). Esta revisão foi impulsionada pela necessidade de esclarecimento dos fatos concernentes às neuroses de guerra e os sonhos

traumáticos e com a postulação da pulsão de morte em “Além do princípio de prazer” (FREUD, 1920/2006), instaurando a partir de então, o conflito entre pulsão de morte de um lado, e as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais agrupadas na chamada pulsão de vida. A pulsão de morte se descortinou, retomando a ideia do conflito.

O sujeito repete compulsivamente experiências que são eminentemente desagradáveis<sup>19</sup>. É neste complexo teórico que Freud começa a reformular seus principais conceitos, tendo em vista o surgimento daquilo que ele chama de pulsão de morte, em oposição à pulsão de vida, que condensaria, agora, tanto a pulsão de autoconservação, quanto a pulsão sexual, na medida em que tanto uma quanto outra estariam a serviço das ligações, da sexualização, da erotização.

Portanto, a enunciação do eu libidinizado, que foi trazido com o texto do *narcisismo*, acarretou importantes consequências para toda a teoria psicanalítica, a despeito das múltiplas visões teóricas existentes. Como exemplo, podemos adiantar um tema tratado mais à frente com Balint e a questão do amor primário, no qual o controverso questionamento de um narcisismo primário é realizado, a partir da proposição da dúvida sobre se o que estaria libidinizado seria o ego, como instância, ou o investimento na dimensão do “si mesmo”. Seja como for, o conceito de narcisismo é axial para nosso estudo.

#### **4.5. Sobre o narcisismo: uma introdução**

O termo narcisismo trazido por Freud faz referência à descrição clínica de Paul Näcke, em 1899 para significar uma perversão que absorveu a totalidade da vida sexual do indivíduo<sup>20</sup>. Nesta perversão, a pessoa trataria seu próprio corpo como objeto sexual. Freud acentua outras leituras que ressaltam que na homossexualidade uma atitude narcisista pode ser encontrada. Além disso, ressalta que no trabalho analítico, a atitude narcisista constituía

---

<sup>19</sup> No desenvolvimento do texto “Além do princípio de prazer”, são utilizadas as referências com relação à brincadeira, à transferência e aos sonhos traumáticos na hipótese da existência de um princípio para além do princípio de prazer. Porém, é nos sonhos traumáticos que Freud ancora, com menos incerteza, a fundamentação para a afirmação da existência desse princípio: “O exemplo menos dúbio [de tal força motivadora] é talvez o dos sonhos traumáticos. Numa reflexão mais amadurecida, porém, seremos forçados a admitir que, mesmo nos outros casos, nem todo o campo é abrangido pelo funcionamento das familiares forças motivadoras” (FREUD, 1920/2006, p. 34).

<sup>20</sup> Há uma nota de rodapé explicando que existe um compartilhamento do batizado do termo narcisismo entre Havelock Ellis, que em 1898 usa a expressão “semelhante a Narciso” para descrever uma atitude psicológica, e por Paul Näcke, que introduzira o termo “Narcismus” para descrever a perversão sexual.

uma limitação da influência, bem como no campo das psicoses pode notar-se a presença de megalomania e desvios do interesse no mundo externo para uma retração libidinal.

Esta retração nas psicoses tornariam os esforços de cura pela psicanálise fracassados. Embora na neurose também haja uma retração, há a manutenção dos vínculos eróticos com as pessoas e as coisas; elas as mantêm na fantasia. A megalomania provaria existir uma libido que é retida no ego, uma libido narcísica.

Os exemplos da criança e dos povos primitivos também são ressaltados por Freud como aportando a atitude narcisista sob a forma dos pensamentos onipotentes, nos quais se revela uma superestima do poder de seus desejos e atos mentais, de forma que “assim formamos a ideia de que há uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos. (FREUD, 1914a/ 2006, p. 83).

Há uma antítese e uma reversibilidade, para Freud, da libido, que pode ser, ora egóica, ora objetal: quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvai. Numa pessoa apaixonada, Freud postula que a libido objetal atinge sua fase mais elevada de desenvolvimento, quando o indivíduo parece desistir de seu próprio investimento em favor de uma catexia objetal. A respeito da complexa discussão sobre o estado inicial da libido, Freud se questiona sobre a relação entre a fase inicial do desenvolvimento psicosexual, autoerótico e a fase do narcisismo, evocando que uma nova ação psíquica teria de ser adicionada ao autoerotismo para provocar o narcisismo. Uma outra questão espinhosa levantada diz respeito à dúvida de ter que distinguir entre uma energia sexual e uma não sexual, como proposto na distinção entre pulsão sexual e pulsão de autoconservação, com a qual Freud vinha trabalhando. Na medida em que o narcisismo pressupõe um ego que é libidinizado não faz sentido opor as duas classes de pulsão como antagônicas no sentido da erogeneização.

Freud trava um debate com Jung sobre a querela de uma energia única, indiferenciada; e esta só será resolvida, com o *Além do Princípio do Prazer*, pois se Freud tivesse que persistir numa posição monista, o aspecto conflitivo do aparelho psíquico ficaria sem resolução. Com a antítese das pulsões sexuais e pulsões de autoconservação, reagrupadas na segunda tópica sob o signo das pulsões de vida, e a pulsão de morte, o aspecto do conflito é retomado no seio do pensamento freudiano. De qualquer forma, apesar de as complexidades que o estudo do narcisismo revela, este se constitui de fundamental importância na formação e manutenção dos laços afetivos do indivíduo, de forma que “um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não

adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar.” (FREUD, 1914a/ 2006, p. 92).

A observação de Freud sobre a libido egóica recai na constatação de que os primeiros vínculos sexuais da criança seriam fundamentais, de forma que quem cuida, alimenta e protege, se tornam o protótipo das relações amorosas que serão buscadas posteriormente; assim, a mãe, ou quem cuida, se constitui como o primeiro objeto de amor. Ao lado desse tipo de laço, que Freud concebe como sendo do tipo anaclítico, Freud identifica um outro tipo, identificado nos chamados pervertidos e homossexuais, nos quais a escolha ulterior dos objetos amorosos não teria sido sua mãe, mas seus próprios eus: “Procuram inequivocamente (essas pessoas) a si mesmas como um objeto amoroso, e exibem um tipo de escolha objetal que deve ser denominado narcisista. Nessa observação, temos o mais forte dos motivos que nos levaram a adotar a hipótese do narcisismo.” (FREUD, 1914a/ 2006, p. 94).

Com efeito, a fórmula dos caminhos que levam à escolha de um objeto, ou, em outras palavras, a possibilidade de amar, se dá em conformidade com o tipo narcisista: o que ela é, o que ela foi, o que ela gostaria de ser, ou alguém que foi uma vez parte dela mesma. Ou em conformidade com o tipo anaclítico: a mulher que o alimenta, o homem que o protege, e a sucessão de substitutos que tomam o seu lugar.

Freud coloca a questão, e que nos é muito cara para os fins aqui propostos, qual seja, o que acontece, no campo da normalidade, com a megalomania arrefecida da vida infantil. O que aconteceu à libido do ego? Foram transformadas em investimentos objetais? Freud afirma essa possibilidade ser claramente oposta ao caminho de sua argumentação, e que encontra na *psicologia do recalque* uma sugestão. Desta forma, retoma a fórmula de que os impulsos libidinais que entram em conflito com as ideias culturais e éticas do indivíduo sofrem o efeito do recalque.

Freud ilustra a ideia de que o mítico primeiro homem fixou um ideal em si mesmo, através do qual se localiza a medida do seu ego real. A formação de um ideal seria condição *sine qua non* feita pelo ego como fator condicionante do recalque:

Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si próprio (self-love) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda sua perfeição de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação de que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcísica de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura

recuperá-la sob a forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal. (FREUD, 1914a/2006, pp. 100-101).

A instância do ego ideal surge, portanto, como importante recurso do indivíduo na manutenção de um narcisismo que persiste, e que busca sua imagem mítica perfeita, fonte de uma plenitude. Em contraposição a esse ego ideal, que não está inscrito na trama simbólica, mas alude a uma configuração imaginária da sensação de plenitude subjetiva, surge a formação de um ideal que aumenta as exigências do ego, se constituindo, assim, motor do recalque. Freud está esboçando, neste momento, aquela instância crítica do ego, que na segunda tópica, será nomeada de superego. Assim, situa esse agente crítico como a possibilidade de compreensão dos “delírios de sermos notados”, fruto da atuação da consciência como um vigia que surgiu da influência crítica dos pais: “A instituição da consciência foi, no fundo, uma personificação, primeiro da crítica dos pais, e subsequentemente, da sociedade – processo que se repete quando uma tendência à repressão (sic) se desenvolve de uma proibição ou obstáculo que proveio, no primeiro caso, de fora.” (FREUD, 1914a/2006, p. 102).

Neste sentido, a autoestima depende intimamente da libido narcísica, denotando esta articulação que as realizações do indivíduo são relativas ao sentimento primitivo de onipotência. Freud resgata uma distinção entre os parafrênicos, na qual a autoestima aumenta, enquanto que nas neuroses de transferência, ela diminui; assim, como nas relações amorosas, o a autoestima é diminuída se o amor não for correspondido, enquanto o fato de ser amado aumenta. Portanto, “a finalidade e a satisfação em uma escolha objetal narcísica consiste em ser amado.” (FREUD, 1914a/2006, p. 104). No entanto, esses pacientes da clínica freudiana, à exceção dos acometidos por severos distúrbios psicopatológicos, têm assegurado que o aumento da capacidade amorosa acarreta em uma inflação egóica. Essa clínica com inserida na perspectiva do tratamento com as neuroses de transferência indica uma primazia dos recursos resilientes desses sujeitos para lidar com a retirada e a reposição amorosa. Se o objeto amoroso falta, apesar dos efeitos de sofrimento ocasionados, a estrutura subjetiva permanece relativamente estruturada. O quadro se altera com a epifania das patologias do ideal, nas quais a forma do ego ideal (amor de si, imagem narcísica) triunfam sobre a forma do ideal de ego (castração)?

## CAPÍTULO V – PATOLOGIAS DO IDEAL E ESTADOS LIMITES

### 5.1. A falha básica

Seguimos a sustentação de Ehrenberg (2012) na indicação das patologias atuais como patologias do ideal, nas quais o eixo central é de que essas são patologias cuja expressão se define em uma tensão entre a tradicional igualdade de proteção, doravante incapaz de impedir os mais desfavorecidos, prejudicados pelas consequências das transformações econômicas e sociais, e a nova igualdade da autonomia. Recuamos na noção de proteção para apontar os sujeitos desprotegidos, do ponto de vista psíquico, em momentos muito precoces, para refletir, na contemporaneidade das sociedades narcísicas, os efeitos das desproteções, ou dito de outro modo, dos grilhões do desamparo.

Balint (2014) se questiona sobre em que parte da mente os processos terapêuticos ocorrem, e o que neles é responsável pelas várias dificuldades experimentadas pelos analistas, partindo da constatação de que existe uma classe de pacientes difíceis que deixa mesmo os analistas mais experientes perplexos com sua dificuldade de condução. Para esmiuçar o desenvolvimento das três áreas da mente, como assim ele chama, Balint extrai do pensamento freudiano as bases para refletir o nível edípico a partir dos conceitos de interpretação e perlaboração.

A clínica freudiana, nesta compreensão, evidenciou a importância de uma estrutura suficientemente boa do ego para internalizar os objetos. Assim, o analista seria uma figura como um “espelho bem polido” que refletiria o que o paciente transmite. Neste processo, basicamente composto por palavras, “cada um dos parceiros paciente e analista compreende no mesmo sentido o que o outro diz.” (BALINT, 2014, p. 34). As dificuldades surgidas no processo – resistências - são vivenciadas no interior de uma relação em que se pode contar com um ego *confiável* e *inteligente*, capaz de aceitar as palavras, permitindo a perlaboração. O ego é forte o suficiente para tolerar as tensões criadas.

O trabalho analítico consistiria no endereçamento ao nível edípico, o que, evidentemente, não se negligencia o que ocorre ao material pré-edípico, ou pré-genital, mas o enfoque se dá no nível do Édipo. Articulando com o advento das modificações introduzidas na atmosfera do trabalho analítico a partir das considerações pós 1920, com o conceito de pulsão de morte e o que esse implica, Balint chama a atenção para a ocorrência de pacientes que tem uma séria dificuldade em tolerar o aumento de pressão sobre eles. Estes são bastante

cindidos, apresentando um ego demasiadamente narcísico. Estes dois grupos de pacientes, que logicamente não abarcam a totalidade das formas subjetivas identificadas na clínica, compõem dois níveis muito distintos do trabalho analítico.

No nível edípico, para Balint, a composição é sempre de uma relação triangular, o que significa que existem, além do sujeito, outros dois objetos paralelos envolvidos. O conflito é causado pela ambivalência originada desta triangulação. O trabalho analítico aí se sustenta na mobilização da quantidade de libido atrelada através da interpretação.

No outro nível, para não localizar como pré-edípico, pois pode coexistir com o nível edípico, Balint alude à caracterização de um momento primitivo em relação ao Édipo. A esse nível é dado o nome de falha básica.

As principais características do nível da falha básica são: a) todos os eventos que nele ocorrem pertencem a uma relação exclusivamente bipessoal – não existe uma terceira pessoa; esta relação bipessoal é de natureza particular, completamente diferente das bem conhecidas relações do nível edípico; c) a natureza da força dinâmica que opera nesse nível não é a de um conflito, e d) muitas vezes a linguagem adulta pode ser inútil ou enganadora para descrever eventos nesse nível, pois nem sempre as palavras estão de acordo com seu significado convencional. (BALINT, 2014, pp. 40-41).

Chama atenção o caráter bipessoal primitivo no nível da falha básica. Não se trata de levar a ferro e a fogo a leitura de Balint, nem as outras que estão elencadas ao longo trabalho, do ponto de vista do interior de suas lógicas estruturais; mas de recolher os conteúdos enquanto podem servir para a extração de elementos que nos permitem avaliar o objeto estudado nessa tese. Dito isto, ressaltamos que, para Balint, o caráter bipessoal caracteriza um tipo de relação objetal primária, ou amor primário.

Não há, no nível da falha básica, a estrutura de conflito. Nesse nível, o paciente diz sentir como que existindo uma falha dentro de si, por isso, a falha básica como fenômeno e como conceito. Há a sensação de que esta falha foi provocada porque alguém falhou o descuidou dele, o que reflete, no trabalho analítico, numa insuportável angústia, expressa como uma demanda desesperada de que agora o analista não pode falhar.

Em nossa opinião, a origem da falha básica pode ser identificada com uma considerável discrepância nas fases formativas precoces do indivíduo, entre suas necessidades biopsicológicas e o cuidado material e psicológico, e a afeição disponível em momentos relevantes. Isso cria um estado de deficiência cujas consequências e efeitos posteriores parecem ser apenas reversíveis. A causa de tal discrepância precoce pode ser congênita, isto é, as grandes necessidades biopsicológicas infantis (existem crianças não viáveis e condições congênitas progressivas, como a ataxia de Friedrich ou os rins policísticos), ou ambientais, como um cuidado insuficiente, deficiente, aleatório, excessivamente angustiada,

superprotetor, severo, rígido, muito inconsistente, inoportuno, superestimulante, ou apenas sem compreensão ou indiferente. (BALINT, 2014, p. 46).

Há, portanto, uma espécie de falta de adaptação entre a criança e seu entorno. Do ponto de vista transferencial, há uma falta de “comunicação”, que é provável ser a raiz das dificuldades sentidas pelo analista com esses pacientes, que gratificam pouco ou nada o analista.

Para explicitar melhor a problemática referida às diferenças entre os níveis da falha básica e o nível edípico, sublinharemos o debate sobre as contradições inerentes ao narcisismo que Balint identifica no pensamento de Freud. Assim, o autor retoma o texto de 1914 para pôr uma lupa nas relações mais primitivas do indivíduo.

Balint levanta uma descrição não concisa acerca do narcisismo primário, que se tornou a teoria padrão sobre a relação primitiva do indivíduo e seu entorno. Ele chama a atenção para o fato de que a hipótese de um narcisismo primário só pode ser constatada do ponto de vista teórico, e não como uma observação clínica. O que é passível de ser observado é o chamado narcisismo secundário.

O questionamento sobre o lugar do narcisismo primário ocorre na identificação de leituras do ego como sendo o lugar do reservatório inicial da libido e do id como sendo o detentor deste lugar. A primeira leitura é tomada de um acréscimo de 1915 à leitura dos “Três Ensaaios”, na qual Freud afirma que:

a libido narcisista ou do ego parece-nos ser o grande reservatório do qual os investimentos objetais são enviados e ao qual mais uma vez são recolhidos; o investimento libidinal do ego é o estado original das coisas, realizado na infância mais precoce, sendo meramente pelas posteriores extrusões da libido, mas essencialmente persistindo por trás delas. (FREUD, 1905a /2006, p. 206).

Outra passagem que alude a esta organização da libido como partindo inicialmente do ego é encontrada no texto freudiano dos *Esboços de psicanálise*, no qual afirma que tudo o que sabemos sobre a libido está relacionada ao ego, que primeiramente armazena toda a cota de libido disponível, no chamado narcisismo primário. Somente em um momento seguinte é que os investimentos libidinais seriam enviados aos objetos.

Entretanto, no texto *O ego e o id*, Freud afirma: “Agora que distinguimos entre o ego e o id, devemos reconhecer o id como o grande reservatório de libido, apontado em meu trabalho sobre o narcisismo. A libido que é derramada no ego devido às identificações acima descritas produz o narcisismo secundário.” (FREUD, 1923 /2006, p. 78). Ou seja, aqui é o id - e não o ego - que é forçado a abandonar seus objetos de amor num primeiro momento, sendo



a reversibilidade entre libido objetal e libido egóica constitutiva do narcisismo secundário. Um narcisismo primário só pode ser mítico, e elucubrado do ponto de vista teórico, nesta leitura freudiana. Balint pensa ser plausível considerar a saída de Hartmann, que pensa o investimento egóico na leitura de Freud como se referindo a um investimento em si próprio, o que colocaria a questão para além do investimento libidinal no ego, o investimento do narcisismo secundário. Assim, a controvérsia estaria menos problemática, apesar de impor outros problemas, a julgar um investimento libidinal do *self*, nessa noção de um “si próprio”. Mas esta questão não foi resolvida por Freud. Foi posta de lado, até porque o interesse de Freud era, sobretudo, pelas questões clínicas.

Balint retoma os aspectos clínicos que são tomados por Freud para supor a existência do narcisismo. Destaca a supervalorização de si próprio na homossexualidade, na psicose, na criança e nos povos primitivos, além do sono e da regressão. Esta última será um elemento importante para Balint do ponto de vista da relação analítica, revelando complexidades da transferência. Isso não apenas e necessariamente em pacientes esquizofrênicos, nos quais a retirada do interesse do mundo externo para o ego é nítida, fazendo, inclusive esta ser uma questão sobre a analisabilidade ou não desses pacientes pela psicanálise. Também algumas importantes considerações transferenciais devem ser tomadas em todas as outras classes de pacientes regressivos. Estes pacientes são sensíveis ao humor do analista, de forma que quanto mais regredido esteja, maior é esta sensibilidade.

O que muitas vezes um paciente normal ou neurótico sequer percebe, em geral afeta ou, mais corretamente, perturba profundamente o paciente regressivo. Para evitar essa perturbação, o analista deve estar em ‘sintonia’ com seu paciente. Enquanto puder fazer isso, o trabalho analítico continuará avançando constantemente, de forma comparável a um crescimento sustentado; mas se não puder permanecer ‘sintonizado’, o paciente irá reagir com angústia, sintomas agressivos muito ruidosos ou com desespero. (BALINT, 2014, p. 70).

Balint toca num ponto essencial, e que diz respeito aos limites da analisabilidade. Estes pacientes exigem uma reformulação da clínica da interpretação, pois se o entorno exige demais deles, grande parte de sua libido será retirada para o interior. Então, ao mesmo tempo em que é necessário não deixar de lado a objetividade do tratamento, com interpretações bem fundamentadas, a forma do tratamento sob a espécie de uma harmonia constantemente vigiada precisa estar presente.

O paciente mais regredido é mais dependente de seu entorno. Um aspecto teórico relativo a esta dependência diz respeito à “mãe psicotizante”, que não consegue entrar em

harmonia com o filho. Balint chama a atenção para Winnicott e outros pensadores que desenvolvem isso do ponto de vista dos primeiríssimos vínculos, até de ordem fetal.

A este respeito, a regressão esquizofrênica pode ser a contrapartida da fase infantil ou fetal, na qual também encontramos exatamente as mesmas condições: a aparência externa ou a independência narcísica de interesse pelo mundo externo, de contatos fugazes e aparentemente sem importância com objetos parciais, demonstradas pela pesquisa moderna, como a de R. Spitz (1946), sobre os efeitos da privação precoce, apenas escondem levemente uma desesperada dependência e uma grande necessidade de 'harmonia'. (BALINT, 2014, p. 71).

Balint aproxima as considerações da atitude dos esquizofrênicos para com as pessoas chamadas narcisistas, classe que trataremos melhor com Kohut, mas que por hora sublinhamos o aparente paradoxo de estarem centrados os seus interesses no eixo do ego, ou no *self* (para abranger mais), e aparentemente não apresentam muita quota de amor para disponibilizar às outras pessoas, não são seguras e nem independentes.

Em geral, são altamente sensíveis a qualquer falta do entorno em tratá-las como esperam ser tratadas; facilmente se sentem feridas e ofendidas por ofensas que dificilmente parecem de fato existir. Ademais, esses narcisistas, na vida real, dificilmente são capazes de viver sozinhos. Via de regra, vivem com seus duplos, no padrão dos famosos pares, como Fausto e Mefistófeles, Don Quixote e Sancho Pança, Don Juan e Leporello, e tantos outros. Em todos esses casos – como já foi muitas vezes apresentado na literatura analítica, de Otto Rank (1924) e Helene Deutsch (1937) -, o parceiro pouco glamouroso e não narcísico, capaz de amor objetual, é o único realmente independente e capaz de lidar com as vicissitudes do cotidiano: é o parceiro sem cuja ajuda e dedicação, o encantador e aparentemente independente herói narcísico pereceria miseravelmente. Com bastante frequência, na vida real, o parceiro sem encantos é a mãe do herói narcísico. (BALINT, 2014, p. 71).

A análise da atitude narcisista é aproximada por Balint a dos alcoolistas, nos quais as relações objetais, mesmo sendo intensas, se revelam vacilantes e instáveis, ocasionando um desequilíbrio constante: são o centro das atenções ao mesmo tempo que desamparados, de forma que a bebida é o objeto que será contornado no anseio por uma sensação de harmonia: “Em nossa experiência, o anseio por essa sensação de ‘harmonia’ é a causa mais importante de alcoolismo ou de qualquer forma de toxicomania.” (BALINT, 2014, p. 72). As pessoas e objetos com os quais lida o narcisista são tolerados enquanto forem simpáticos e amistosos, e a mais leve crítica ou choque de interesses provocará reações hostis e/ou violentas como forma de proteger seu robusto, mas frágil narcisismo.

Desta forma, este conjunto de articulações permite refletir sobre as dificuldades propostas no campo transferencial e impõe necessidade de repensar a clínica da atualidade,

em muito marcada por esse traço narcisista. Balint aponta a dificuldade do tratamento dos “pacientes difíceis”, provocada no âmbito da regressão terapêutica, em virtude do intenso narcisismo. Com estes pacientes foi possível reconhecer a existência de severos prejuízos nas relações primitivas com o entorno. Esta dificuldade remete a eventos pertencentes à área da falha básica, e estes eventos refletem o registro de uma relação exclusivamente bipessoal, com a exigência absoluta, no caso da relação analítica, de que o analista esteja o tempo todo em sintonia com o paciente.

Fugindo da hipótese do narcisismo primário, que se revela problemática, fazendo mergulhar em contradições e incertezas insolúveis, a alternativa de Balint é utilizar experiências clínicas com pacientes para construir uma nova teoria para substituir o narcisismo primário, que fosse mais passível de verificação ou refutação. Assim, Balint propõe a teoria da relação primária com o entorno, o amor primário.

Na equivalência da situação biológica, na qual para o desenvolvimento e bem-estar é necessário que o entorno garanta o tempo todo a atenção às necessidades da criança, a distribuição da libido e a formação da condição psicológica dependerá da relação com este entorno. Pode-se pensar mesmo nos momentos intrauterinos, quando este entorno é indiferenciado, mais ainda do que na criança e no adulto.

Balint evoca a noção de uma *mescla harmoniosa interpenetrante*, na qual o indivíduo e o entorno se interpenetram, para conferir a qualidade de uma relação simbiótica, não havendo distinção entre sujeito e objeto: “o feto, o fluido amniótico e a placenta são uma mistura tão complicadamente interpenetrante de feto e de entorno-mãe, que sua histologia e fisiologia estão entre as perguntas mais temidas dos exames de Medicina.” (BALINT, 2014, p. 81). Portanto, nesta teoria, o indivíduo nasce em um estado de total relação com seu entorno, seja biológica, seja libidinalmente, de forma que o nascimento é um trauma que altera o equilíbrio pela mudança radical do entorno (sob uma verdadeira ameaça de morte), sendo uma separação entre o indivíduo e o entorno.

Importante ressaltar que Balint chama a atenção para o fato de haver uma regressão à libido do eu se e quando instaurada uma forma de contraste muito forte com o entorno. Esta parte da libido é narcísica, mas secundária em relação ao investimento original do entorno. Uma contribuição bastante original do autor neste campo é de inferir uma forma de investimento libidinal, além das formas conhecidas, que são:

(a) os restos do investimento libidinal ambiental original, transferidos para os objetos emergentes, (b) outros restos do investimento ambiental original, retirados para o ego como tranquilizadores secundários contra a frustração, isto é, investimentos narcisistas e autoeróticos e, (c) o reinvestimento emanado do narcisismo secundário do ego. (BALINT, 2014, p. 82).

Essa outra forma de investimento resulta do desenvolvimento das estruturas ocnofílicas e filobáticas. A caracterização ocnofílica supõe uma grande dose de angústia que faz o investimento primário ter como contorno uma forte adesão aos objetos, sentidos como seguros e tranquilizadores, ao passo que os espaços entre eles são considerados ameaçadores e terríveis. Já no mundo filobático as expansões sem objeto retêm o investimento primário original, enquanto os objetos são percebidos como perigosos. Assim:

A reação ocnofílica à emergência é prender-se a eles, introjetando-os, pois o indivíduo sente-se perdido e inseguro sem eles; aparentemente, prefere *superinvestir suas relações objetais*. O outro tipo, o filobata, *superinveste suas próprias funções do ego*, assim desenvolvendo habilidades para poder manter-se sozinho com muito pouco ou mesmo sem o auxílio de seus objetos. Provavelmente, a ocnofilia e o filobatismo são instâncias da falha básica, e certamente não as únicas. (BALINT, 2014, p. 82).

Cabe salientar que tanto as formas ocnofílica e filobática têm o aspecto comum de serem formas primitivas de relação objetal nas quais o objeto é tido como certo, não tendo ainda ocorrido a ideia de que possa existir um objeto indiferente. Estamos no registro da bipessoalidade, como atenta Balint, o que explica o caráter de um estado de onipotência. Não existiria uma sensação de poder *per se*, uma vez que todas as coisas estariam em harmonia. É quando surge algum obstáculo ou desarmonia que uma atitude desintegradora pode surgir, com sintomas de ruidosa agressividade e altamente destrutiva. Isto se reflete nas relações que se estabelecerão ao longo da vida, e que no trabalho analítico é preciso atenção a esta dinâmica. Além disso, sublinhamos a equivalência desta desintegração ao que ocorre aliado aos fenômenos biológicos, no estado de abstinência na toxicomania.

Balint expressa o que seria na linguagem adulta a diferença na relação entre sujeito e objeto:

Preciso ser amado e cuidado em tudo por todos e só no que me interessa, sem que ninguém possa exigir qualquer esforço ou compensação por isso. O que importa é apenas meus próprios desejos, interesses e necessidades; ninguém que seja importante para mim pode ter quaisquer interesses, desejos e necessidades diferentes dos meus e, se os tiver, precisa subordiná-los aos meus, sem nenhum ressentimento ou solicitação; na verdade, seu prazer e alegria devem estar de acordo com meus desejos. Se isso ocorrer, serei bom, agradável e feliz, mas é só isso. Se isso não

acontecer, será terrível, tanto para o mundo como para mim. (BALINT, 2014, pp. 84-85).

Assim, para liberar o sujeito da fixação em seu ódio é indispensável a cooperação de seu entorno. O analista deve estar sensível para conseguir entender e atender de forma correta os desejos primitivos de segurança - ajudando a reduzir a desigualdade opressiva entre o paciente e seu objeto, através de um “novo começo”: “Com a redução da desigualdade, a dependência do paciente ao seu objeto primário, que se tinha desenvolvido novamente na fase de novo começo do processo analítico, poderá ser reduzida consideravelmente ou até mesmo desaparecer por completo.” (BALINT, 2014, p. 85).

Desde que os cuidados com o bebê não sejam deficientes ou excessivos, desarmoniosos, partes do entorno poderão conservar algo de seu investimento primário original, tornando o que Balint denomina os “objetos primários”. Estes objetos são, em primeiro lugar, a mãe, e depois, do ponto de vista do tratamento analítico, o analista assume as qualidades de um objeto primário. Esta relação primitiva, procurada novamente ao longo da vida, constitui um eixo de equivalência entre a função que o analista exerce com a função do objeto droga. Por mais que tenhamos que distinguir as complexas relações de dependência, neste momento cabe situar que a função apaziguadora da tensão é de enorme necessidade para o indivíduo.

Retomando a noção da harmonia necessária que instaura um campo de equilíbrio para o psiquismo se orientar e sustentar suas atividades, é preciso destacar que toda a finalidade última de todo impulso libidinal é a restauração da harmonia original. Esta fórmula é descrita na síntese do sentimento oceânico, fonte de toda a plenitude do ego com o cosmos. Este sentimento oceânico, que abre o texto do *Mal-estar* é motivo de um debate de Freud com Romain Rolland. Vemos isso presente no êxtase, também na sublimação, e em certos períodos regressivos do trabalho analítico, o que dá a sensação de que toda desarmonia foi eliminada. O ego ideal, fonte de puro prazer da descrição freudiana, encontra aqui sua plenitude.

Propomos observar a problemática da regressão em outro ângulo como fazendo parte da constelação clínica necessária no atendimento de pacientes severamente perturbados, mais regredidos, o que ocorre na análise dos distúrbios narcísicos e que ganha espaço na dinâmica de muitos pacientes na atualidade.

Assim, se observarmos bem, a questão da regressão está colocada desde os primórdios da psicanálise. O famoso item B do capítulo VII da *Interpretação dos sonhos*, ele mesmo intitulado “A regressão”, condensa a dinâmica regressiva necessária na compreensão

dos fenômenos psíquicos através da ilustração do funcionamento de um primeiro modelo do aparelho psíquico. “O sonhar é, em seu conjunto, um exemplo de regressão à condição mais primitiva do sonhador, uma revivescência de sua infância, das moções pulsionais que a dominaram e dos métodos de expressão de que ele dispunha nessa época” (FREUD, 1900/2006).

O fenômeno da regressão remete aos primórdios e mesmo aos antecedentes da psicanálise. Freud analisou a histeria a partir da hipnose, que compreendia um inequívoco retorno ao momento da formação do trauma patogênico. Portanto, a psicanálise sempre compreendeu, a despeito das mudanças ao longo de sua formulação teórica, a regressão como elemento fundamental organizador do trabalho analítico.

Balint relativiza a questão da regressão a partir da reflexão sobre a frequência da ocorrência de fenômenos regressivos, se tem a ver com características do paciente, sua personalidade, natureza e severidade de sua doença ou o quanto é provocado pela técnica de cada analista. No entanto, ressalta que todos os pacientes sob a influência da situação analítica regredem até certo ponto, isto é, tornam-se infantis e sentem intensas emoções primitivas em relação ao analista.

A transferência, como centro da situação analítica, leva a uma espécie de desigualdade na relação entre analista e o paciente, fruto do impacto de emoções altamente carregadas. O paciente nutre toda sorte de fantasias a respeito de seu analista, mas geralmente estas fantasias têm mais a ver com aquilo que é disparado a partir de seu mundo interno. Porém, existem muitas distinções a serem feitas com pacientes referidos ao plano edípico, e aqueles situados, na leitura de Balint, à área da falha básica.

Em algum momento do tratamento analítico, é natural que resistências surjam, o paciente deixa de cooperar, e isso pode assumir a forma de uma recusa a se mover. Balint sustenta que “se o período de falha de cooperação for limitado, diz-se que é devido a uma resistência passageira ou à clivagem do ego, mas se for duradouro, à prevalência de mecanismos esquizoparanoides.” (BALINT, 2014, p. 98). O que ocorre é que em casos de intensa regressão, o paciente deixa de ser capaz de sustentar a regra básica da associação livre. O paciente é simplesmente incapaz de ir além do plano da interpretação analítica, e em muitas vezes o trabalho escapa ao plano verbal.

Balint sublinha que é “praticamente inútil tentar lembrá-lo (o paciente) das queixas originais que o levaram a buscar auxílio analítico, pois ele passou a preocupar-se exclusivamente com sua relação com o analista, com suas gratificações e frustrações que

espera dela.” (BALINT, 2014, p. 98). Esse tipo de transferência, que absorve quase toda a libido do paciente, possui a estrutura de uma relação exclusivamente bipessoal, o que a distingue da dita transferência clássica, aquela situada no registro das neuroses de transferência, nas quais há uma composição triangular. Aí se está no domínio da área da falha básica.

Na área da falha básica não se trata de ultrapassar resistências, resolver conflitos, desfazer uma clivagem. Algo mais parecido com um *defeito* ou *cicatriz* se revela.

Evidentemente, a maioria dos pacientes não pode nos contar quais as causas de seu ressentimento, desinteresse e dependência, isto é, qual é a falha ou defeito que existe neles. No entanto, alguns são capazes de expressá-lo por seu oposto, isto é, por fantasias sobre um parceiro perfeito ou de uma harmonia perfeita com o entorno, felicidade não perturbada perfeita, contentamento perfeito consigo mesmo e com o mundo, entre outras. Todavia, na forma mais frequente, o paciente fica repetindo sempre que foi abandonado, que nada no mundo valerá a pena a não ser que algo que lhe foi retirado – habitualmente algo inatingível atualmente – lhe seja devolvido e, nos casos graves, chega a dizer que não vale a pena viver se sua perda não for preenchida, procedendo como se isso fosse realmente verdade. (BALINT, 2014, p. 99).

Há que se ter uma espécie de área a para a criação de uma nova disposição da realidade, pois aqui a dimensão do abandono é que triunfa como rendado do trabalho a ser tecido. Somente quando há uma intensa experiência de regressão é que a dependência se revela. O nó que se instaura com a regressão, e que os pacientes situados na área da falha básica mostram dinamicamente no trabalho analítico, é como articular uma saída possível entre a abstinência que prescinde o trabalho analítico e a dependência que a relação bipessoal evoca. É sempre um manejo delicado. “Uma experiência clínica bastante conhecida é a de que os pacientes regressivos estão acostumados a desenvolver demandas exigentes, muitas vezes chegando a estados semelhantes aos da toxicomania” (BALINT, 2014, p. 119). Os pacientes regredidos criaram com seus analistas uma atmosfera na qual houve o desenvolvimento de um entorno harmonioso, na fé da restauração de um quadro a-conflitual, que Balint chama de amor primário.

No campo do estudo da transferência, uma das dimensões a serem consideradas é o ponto de vista das relações de poder que se afiguram. Neste âmbito, a leitura sobre a função apostólica (BALINT, 1988) é interessante de ser trazida ao presente estudo, pois há a sustentação da relação médico-paciente do ponto de vista do poder que a figura do médico exerce.

Balint chama a atenção para este conceito como uma problemática de ordem médica e moral, uma vez que se postula que se existe, por parte do médico, “uma vaga mas quase inabalável ideia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente.” (BALINT, 1988, p. 186). Perpassando todos os detalhes do trabalho do médico com o paciente, a função apostólica agiria como um ato de fé.

Elencando uma série de exemplos de debates clínicos dos seminários que realizava com médicos, Balint realça a postura do médico frente a inúmeras questões que surgiam na relação com o paciente e como eram manejadas. Nesses exemplos, ele traz uma luz ao fato de que existem nuances que extrapolam o domínio puramente médico<sup>21</sup>. O autor, que era médico e psicanalista, traz da psicanálise para a medicina o conceito de contratransferência, uma vez que o enfoque é no padrão relacional do ponto de vista do efeito que as fantasias do médico têm sobre o tratamento. Ao contrário de localizar uma suposta neutralidade do médico, o desejo do médico do seu paciente aderir ao processo e melhorar é a base da função apostólica. E a condição para esta adesão é a necessidade que o paciente siga seus parâmetros.

Nestes seminários em que Balint realizava com os médicos havia muita discussão em torno dos seus comportamentos, que resultavam de medos inconscientes que seus pacientes os abandonassem, da raiva em virtude de os pacientes não cumprirem suas normas, ou algum fator que mexesse em suas cotas narcísicas investidas no tratamento. E justamente por serem inconscientes, não eram levadas em consideração. É assim que a noção da função apostólica foi importante de ser debatida no campo médico. Desta forma foi que Balint criou um espaço para que os médicos falassem livremente de suas angústias, raivas, compaixões, de forma que, aquilo que Balint chama de “reações automáticas” pudessem ser integradas ao tratamento.

Em inúmeras situações ficou nítida a observação de uma relutância em se abandonar as firmes convicções do médico, convertendo o paciente à teoria e à prática de suas normas, mesmo existindo formas múltiplas de lidar com as situações. O paciente aceitaria ou não, mas a ideia é de que o tratamento só pode ser realizado de maneira eficaz se o paciente é, de certa forma, convertido.

Assim, Balint põe em xeque a medicina que buscava tão somente nos órgãos dos pacientes a etiologia das doenças, mas supõe uma extrema importância no aspecto relacional do par médico-paciente: “São muitas as esferas da medicina moderna nas quais a ciência pouco contribui para o trabalho do clínico geral, e nas quais este deve apoiar-se

---

<sup>21</sup> Um exemplo é o caso do médico que informou o pedido de uma paciente para gozar de mais quinze dias de férias, fato que foi negado pelo médico, adicionando à recusa um sermão moral.



essencialmente sob seu senso comum, que é simplesmente outra denominação da função apostólica.” (BALINT, 1988, p. 193). É nesta medida que o anseio de cura do médico deve ser compreendido como uma força influenciadora, que atua como uma droga: “Desejo destacar novamente que o zelo apostólico – do mesmo modo que o reconforto – não é em si mesmo atitude negativa; ao contrário, trata-se de uma droga de grande poder, e de notáveis possibilidades.” (BALINT, 1988 p. 193).

Balint nota em sua contemporaneidade, pelos idos da metade do século XX, uma crescente temática do individualismo, correlacionando a função apostólica ao adensamento do número de pessoas isoladas e solitárias. Sustenta inclusive que as pessoas procuram cada vez menos os sacerdotes, identificando que lhes resta se dirigirem aos médicos para se queixarem.

É neste contexto que Balint afirma uma ocorrência frequente de medicamentos<sup>22</sup>, e que fazem com os pacientes melhorem, ainda que não se saiba exatamente o porquê. Do ponto de vista dinâmico, Balint salienta que, no início do tratamento medicamentoso, o paciente em geral fica organizado em sua doença, de modo que esta resulte inacessível terapêuticamente. Neste sentido, há oclusão dos elementos desencadeadores da doença e uma consequente retroalimentação da conversão à fé nos medicamentos, fator que eleva o médico à categoria de “confortador”.

Como vimos a respeito da discussão sobre os placebos, a crença nos medicamentos é o deslocamento necessário da fé no médico, restando este como a droga por excelência. Isto significa que o profissional se administra a si mesmo, o que Balint exorta não ser necessariamente uma atitude errada. Pode ser que promova benefícios se bem utilizada: “O inconveniente reside em que é prescrita ao acaso, sem diagnóstico adequado.” (BALINT, 1988, p. 200). Assim, é imprescindível estudar esta droga em potencial, o analista: “O estudo da ‘função apostólica’ é talvez o modo mais direto de estudar o efeito principal – o efeito terapêutico – dessa substância.” (BALINT, 1988, p. 206).

## 5.2. Destinos do prazer e alienação

Considerando a importância de se estudar os meandros dinâmicos e econômicos da entrada dos psicofármacos na relação analítica, traçaremos algumas considerações na leitura que Piera Aulagnier faz sobre o amor de transferência. Na investigação acerca da busca de

---

<sup>22</sup> Vale ressaltar que o conceito da função apostólica é aludido no livro “O médico, o paciente, e sua doença”, datado de 1957, concomitante ao *boom* inicial dos psicofármacos.

prazer no domínio psíquico, Aulagnier sustenta que alienação-amor-paixão são três destinos que podem ser impostos ao pensamento e aos investimentos libidinais.

Neste sentido, uma contribuição interessante no campo da atuação de substâncias químicas no corpo pulsional, um corpo de prazer, é o estudo sobre os destinos do prazer (AULAGNIER,1985). A autora define a relação do toxicômano com o objeto droga como sendo um dos três protótipos em função da natureza do objeto no que ela chama de relação passional. Esta contribuição é importante porque postula uma íntima relação entre o corpo pulsional e os destinos do prazer. Aulagnier postula que a relação do toxicômano com a droga é de um apaixonamento.

Existe um determinado tipo de vínculo que se faz necessário na relação com a droga, cuja motivação é um envolvimento em uma trama de um vínculo passional, na qual o corpo se oferece numa trama do gozo. Assim, apesar das diferenças dinâmicas, o mote com que Aulagnier trabalha, seja do vínculo do toxicômano com a droga, do jogador, ou com o eu de um outro, se situa no registro da trama passional.

Aulagnier postula que existem relações simétricas e assimétricas. Nas relações do tipo simétricas o protótipo seria as relações amorosas, enquanto as relações passionais seriam abarcadas nas relações assimétricas, tendo como variante a alienação. O estado de alienação é, na definição de Aulagnier, “um destino do Eu e da atividade de pensar que visa a um estado aconflitual, através da abolição de todas as causas de conflito entre o identificador e o identificado e, também, entre o Eu, seus desejos e os desejos dos outros por ele investidos.” (AULAGNIER, 1985, p. 34).

Antes de analisar as relações simétricas e assimétricas, é preciso contextualizar nossa intenção aqui, que é de trazer o conceito de alienação da autora com a intenção de nos guiar na visada da questão da transferência como um estado complexo de relações possíveis, iluminando as nuances de dependência, tal como uma droga ocasiona na toxicomania. Além disso, a exposição de alguns pontos de Aulagnier nos permitirá avançar no debate das consequências relacionais na nossa atualidade sob o ponto de vista das estruturas personalíticas.

Na exposição sobre as relações de simetria, Aulagnier diferencia o amor de uma forma patológica dos investimentos do Eu, “porque amar implica e exige que o Eu tenha podido diversificar e preservar um certo número de destinatários de suas demandas de prazer, embora não-sexual.” (AULAGNIER, 1985, p. 144). Para que esta flexibilidade possa ocorrer é preciso que o Eu tenha podido conservar a capacidade de mobilidade dos investimentos.

Esta mobilidade se exclui do que Aulagnier chama de uma primeira fase da relação *Eu-realidade* ou *Eu-Eu* do outro, na qual o eu da criança não pode separar objeto da necessidade e objeto do prazer. Mesmo na fase seguinte ainda persiste certa confusão entre esses dois registros.

Mas à medida que o Eu se desenvolve é preciso que um longo trabalho de separação ocorra entre: a) objetos pertencentes à categoria da necessidade (registro que deveria permanecer a-conflitual); b) objetos necessários à esperança de prazer, esperança de prazer que condiciona os projetos identificatórios; c) objetos que são suporte de suas demandas, seus desejos, sua espera de um prazer possível; espera que é sempre fonte potencial de um conflito, pois sempre dependente da resposta de um julgamento deste outro sobre o direito a este prazer, a este pedido, a estas interdições e a estas recusas. Com efeito, se esta diferenciação for possível, Aulagnier afirma a possibilidade do estabelecimento de uma simetria:

Se esta operação de diferenciação e de repartição referente aos objetos pode ser feita e preservada, no momento em que o Eu, mudando de destinatário, reformula seu desejo de prazer (que desta vez concerne igualmente ao prazer identificatório, ao prazer do pensamento e ao prazer do corpo – é esta amalgama que define o amor -) o Eu poderá estabelecer com um outro Eu que lhe faz uma demanda análoga o que chamo uma relação de simetria. (AULAGNIER, 1985, p. 146).

Assim, amar significa, nessa perspectiva, compartilhar (ou ao menos a ilusão dessa partilha) uma determinada cota de investimento de maneira não excessiva e marcada pela não exclusividade. De modo que a definição de relação de simetria para Aulagnier é a uma relação na qual:

- 1) Cada um dos dois Eu é para o Eu do outro objeto de um investimento privilegiado no registro do prazer, o que não significa que seja sinônimo de exclusivo.
- 2) Uma relação – e este é o ponto mais importante – na qual cada um dos dois Eu se revela ao outro e é reconhecido pelo outro como **fonte de um prazer privilegiado e ainda como detentor de um poder de sofrimento igualmente privilegiado**. (AULAGNIER, 1985, p. 147)

A simetria nas relações se configura, portanto, numa espécie de reciprocidade do poder afetivo no qual:

- 1) Cada um dos dois “Eus” faz do outro o depositário privilegiado mas não exclusivo de suas demandas de prazer.
- 2) Cada um dos dois Eus preserva o outro como suporte de sua libido graças a uma representação psíquica do outro e a relação pensada a este outro que fixa a libido e que garante o objeto durante a ausência real do amado ou durante certos momentos de conflito.

3) Cada um dos dois Eus reconhece que o poder de prazer é sempre proporcional ao poder de sofrimento, reconhece e aceita os riscos, sabendo que estes riscos são inseparáveis tanto do prazer que damos como do que recebemos. Esta reciprocidade, por sutil que seja, limita a dependência do amante face ao amado e a torna compatível com esta parte de autonomia dos investimentos narcísicos que o Eu deve preservar.

4) Este poder de prazer e este poder de sofrimento explicam a potencialidade conflitual presente em toda relação de amor, assim como a possibilidade de passar do amor à agressão; não disse ódio, o que pressuporia uma outra problemática. Esta potencialidade conflitual mostra a razão pela qual toda relação amorosa comporta oscilação entre os momentos em que o outro é fonte de prazer sexual e narcísico e os momentos em que ele é fonte de sofrimento. É necessário entretanto, para que o investimento seja preservado, que um certo equilíbrio se estabeleça entre essas duas vivências.

5) Lembro enfim que se o amor pressupõe que o outro seja um objeto privilegiado no registro dos investimentos e do prazer, também exige que este amor não se torne o destinatário exclusivo da totalidade das demandas.” (AULAGNIER, 1985 p. 148).

Do ponto de vista das relações assimétricas, em que Aulagnier engloba a forma que caracteriza a relação passional e a que está presente na relação do eu do psicótico com o eu dos outros. Estas formas de relação coincidiriam no poder de prazer e de sofrimento presentes que comportariam uma diferença qualitativa e não quantitativa, o que quer dizer que na relação passional o eu é inexistente para o objeto que ele investiu passionalmente (como é o caso da droga), ou no caso de o objeto ser um outro Eu, só há o reconhecimento de um poder de prazer neste outro eu. Nesse caso, sustenta a autora, “o Eu dos outros não reconhece o indício de realidade do Eu do sujeito, ou lhe reconhece apenas um poder ansiogênico, um poder de sofrimento e jamais um poder de prazer.” (AULAGNIER, 1985, p. 149).

A relação passional contém uma dimensão de dependência, posto que está centrada na categoria de exclusividade dos investimentos de prazer. Em função desta característica, Aulagnier postula três protótipos da relação passional: (i) a relação do toxicômano com o objeto droga, (ii) a relação que liga o jogador à atividade particular que é o jogo e (iii) a relação do Eu com o Eu de um outro, que configuraria a paixão propriamente dita.

Essas relações apontam para uma interessante equivalência nas dinâmicas assimétricas e que se revelam importantes para o atual estudo, pois indicam a insígnia de vínculos marcados por um poder que pode ser conflitivo, em alguma medida, todavia necessário e dependente. Mesmo que existam outras formas de investimento, como é o caso da relação do toxicômano com a droga, houve o estabelecimento intrincado entre prazer e necessidade.

Na formulação acerca da finalidade da pulsão, que é a satisfação, permitindo o reencontro com o estado de prazer, a pergunta fundamental levantada por Aulagnier em seu

trabalho sobre os destinos do prazer se inscreve no questionamento das transformações das *forças pulsionais 'cegas'*, na medida em que há formulação de demandas a um outro Eu. É assim que compreendemos a fenomenologia transferencial na mesma formulação da relação Eu-outro que na relação Eu-objeto droga, pois a experiência de prazer depende da relação que a droga, assim como o jogo, vai induzir entre o sujeito e a representação pela qual o sujeito pensa a realidade enquanto ele se encontra sob o efeito da droga.

Observando mais intrinsecamente as coordenadas das relações assimétricas aqui postuladas, extraem-se importantes considerações sobre a economia psíquica e as alterações provenientes dessas relações, que apontam inequivocamente para a dinâmica no coração da experiência analítica, posto que a análise pressupõe a abstinência da atividade sexual pra que angústia surja. É importante frisar que o analista pode funcionar como uma droga. No entanto, a dimensão do conhecimento desta característica não pode ser negligenciada, com o perigo de que a relação se perpetue num plano de pura dependência.

Retomando a postulação da *função apostólica* dos placebos, acrescentando com o real estado de alterações bioquímicas propiciadas pelos psicofármacos, há uma clusura da angústia. Podemos nos servir da formulação de Aulagnier sobre os efeitos na economia psíquica oriundos da utilização de alucinógenos: “A maioria dos alucinógenos põe em repouso a atividade sexual durante o tempo de sua ação; o Eu goza de um conjunto de percepções, de representações, de imagens que são a obra e a manifestação do poder do que eu chamaria sua sensorialidade pensada” (AULAGNIER, 1985, p. 151).

A ideia é que a droga ampliaria as formas de percepção do mundo, fazendo com que o usuário guardasse a convicção de que sua forma de estar no mundo, passado o efeito da substância, se mostra deveras limitada. Assim, Aulagnier sustenta que na toxicomania existe um compromisso entre “o desejo de não mais pensar a realidade e a recusa ou a impossibilidade de recorrer à reconstrução delirante desta realidade, ou ainda, a toxicomania é um compromisso entre o desejar e o preservar e o desejo de reduzir ao silêncio a atividade de pensamento do eu” (AULAGNIER, 1985, p. 152).

Além disso, é preciso articular o já exposto sobre o caráter de exclusividade adquirido nas toxicomanias, vinculado com o prazer intenso amalgamado aos registros do “*pensado*”, do *percebido* e do *representado*. Este fato incrementa as possibilidades de destruição do sujeito, já que mais dependência leva a um uso de substâncias cada vez mais intenso, no desejo de prolongar cada vez mais o efeito. Portanto, no prazer que experimenta o toxicômano ocorre uma contemplação passiva das representações que se apresentam no seu

espaço psíquico, o que possibilita o deslocamento para o objeto droga a responsabilidade e a escolha das representações que se impõem à atividade do pensamento enquanto dura o efeito da droga. Neste sentido: “O Eu parece deslocar para a droga a ‘atividade pensante’ enquanto ele se desloca no lugar daquele que contempla e goza o que produz esta atividade.” (AULAGNIER, 1985, p. 152).

A pauta da assimetria se configura na verticalidade da relação de gozo que o *Deus-droga* lhe oferece para pensar. Com efeito, nos quadros de toxicomania é a atividade de pensamento que estaria em primeiro plano: o prazer obtido tem sua fonte no pensamento, relegando o componente sexual a um lugar secundário ou inexistente. (corpo como espaço onde vai ser catalizado o estado de carência ou privação).

o sexual, como possibilidade de prazer e de sofrimento pela ausência do objeto amado é esquecido na problemática do toxicômano enquanto persiste o efeito da droga, mas o corpo na sua totalidade se transforma novamente em algo intensamente presente como fonte e lugar de sofrimento privado da droga. (AULAGNIER, 1985, p. 153)

Deste modo, poderia se pensar no gozo do corpo pela representação do *Deus-droga*? No caso do jogador, por exemplo, goza-se no encontro com a sorte, porque ganhando ou perdendo há a necessidade de se reassegurar a adivinhação e antecipação da próxima resposta, num ciclo que se retroalimenta. Desta forma, o que está questão tanto no caso da droga, como no caso do jogo é o fato de que se encontra:

1) Um prazer que é essencialmente função da relação entre o Eu e as representações através das quais ele põe em pensamento a experiência que vive e a realidade que encontra. Este prazer se relaciona efetivamente com a economia narcísica e portanto identificatória: há um momento de trégua entre Eros e Tânatos. A realidade continua a ser pensada por estes sujeitos tal como ela se impõe ao olhar o conjunto dos outros sujeitos, sem o que estaríamos no registro da psicose. Cada vez que esta realidade é pensada de maneira conforme ao discurso do conjunto, o Eu se reencontra submerso num conflito identificatório que ele jamais pode resolver e que se torna rapidamente insustentável.

Se o conflito ultrapassa um certo limite, o sujeito só pode resolvê-lo ou esquecê-lo recorrendo ao objeto droga ou jogo. Fora dos momentos de crise, cuja frequência pouco a pouco se acentua, a relação com a realidade poderá preservar-se “formalmente” e, por esta razão, tais sujeitos, durante um tempo mais ou menos longo, são capazes de manter uma vida social.

2) Há um caráter comum a toda relação de assimetria que desempenha um papel mais importante:

- a droga tanto quanto o jogo produzem um prazer cuja intensidade e cuja valorização pelo Eu são proporcionais ao risco de morte, de destruição física ou social que elas comportam. A droga pode matar, o jogo pode colocar o jogador numa situação onde ele considera o suicídio como única saída; na paixão amorosa, a rejeição pelo outro Eu pode, da mesma maneira, conduzir a escolha da morte. (AULAGNIER, 1985, p. 154)

Passando a outro ângulo da questão, no qual é possível extrair consequências metapsicológicas da leitura a respeito de relações assimétricas, o estudo da relação passional quando é o Eu de um outro que se torna objeto incide de maneira pulsante na forma como se pode compreender a relação transferencial. Nesse tipo de relação, é preciso que o outro se apresente como autopossuidor de uma onipotência. E nesta problemática, “o Eu se pensa como tendo o poder de oferecer o prazer ao objeto, mas como não tendo o poder de ser para este mesmo objeto fonte de sofrimento. Esta é uma das razões da dependência passional e do sofrimento que ela comporta;”. (AULAGNIER, 1985, p. 155).

A prevalência da vivência de sofrimento é, assim, crucial nesta dinâmica da relação do Eu com o outro de forma assimétrica, uma relação passional, por assim dizer. Esta dimensão do sofrimento ocorre, seja pela rejeição do objeto, seja pelo medo dessa rejeição. Esse fato revela a articulação pela qual Aulagnier constata as mesmas características com relação ao objeto droga e na relação com o objeto “Eu do outro”, uma vez que se a intensidade de sofrimento e a intensidade de prazer são equivalentes, o tempo de sofrimento supera de muito o tempo de prazer.

Com efeito, a superintensificação do sofrimento subsume a fórmula do “eu gozo, portanto eu amo” pela “eu sofro, portanto eu amo”, demonstrando a necessidade desse prazer que se pode traduzir por uma fórmula masoquista<sup>23</sup>. Essa maneira de situar a questão pronuncia uma amarração sobre o objeto que satisfaz conjuntamente o desejo de prazer e o desejo de sofrimento, supondo uma idealização do objeto neste estado passional, na qual o Eu vive na espera do objeto necessário.

A articulação metapsicológica que se pretende realçar nesse estudo sobre os psicofármacos e a transferência se sustenta fundamentalmente no traço narcísico que está intrinsecamente relacionado à trama das relações assimétricas:

Para o toxicômano e o jogador é a demanda de um prazer sexual dirigida ao Eu do outro que é silenciada, excluída em favor de um prazer que não quer depender senão da atividade psíquica do sujeito, de seus pensamentos exclusivos. Na paixão amorosa são os pensamentos através dos quais o sujeito situa sua relação com o Eu do amado, o que ele conhece do seu estado de dependência, de sua relação com a realidade, que serão reduzidos ao silêncio, em proveito da representação obsessiva, da memorização de um prazer sexual realizado, experimentado durante o encontro passado e indefinidamente reconstruído. Tanto num caso como no outro aparece uma clivagem entre o sexual e o narcísico, o experimentado e o pensado, que não

---

<sup>23</sup> Entretanto, Aulagnier ressalta que o aspecto sádico não está necessariamente envolvido na relação passional.

somente ficam separados mas se comportam como dois adversários. (AULAGNIER, 1985, pp. 158-159).

Ocorre, do ponto de vista das metas pulsionais, que o objeto e a finalidade se encontram antinômicas e paralelas ao mesmo tempo, dado que se opera uma fusão fonte de prazer que tem como causa a solução precária e frágil do estado de conflito que opõe Eros e Tânatos. É por isso, que na tentativa de silenciar a dimensão conflitiva, o recuo narcísico serve como respaldo, ao mesmo tempo em que há uma espécie de fusão ao objeto, sem o qual é com o abismo do vazio e do desamparo que se encontra descortinado para o sujeito.

Logo, ao mesmo em que um fusionamento ocorre no encontro com o objeto, ao menor sinal de separação revela um afastamento intrínseco. Este é uma característica basilar que distingue este tipo de investimento da relação simétrica, já que no amar, diferentemente da paixão, “a possibilidade do Eu de sentir prazer sem pagar com um excesso de sofrimento ou por um estado conflitual agudo pressupõe que o Eu consiga preservar o investimento ‘implicado’ de dois lugares e duas formas de prazer – o prazer e o espaço do pensamento, o prazer e o espaço do corpo.” (AULAGNIER, 1985, p. 160). Assim, poder amar exige uma implicação realizada pelas metas da energia libidinal que o Eu se apropria e investe em seu funcionamento psíquico. É esta implicação que está constantemente sob risco de ruir na trama passional, e pode nos conduzir a pistas sobre as dificuldades encontradas no âmbito transferencial na atualidade.

Ainda sobre as diferenças entre as relações simétricas e assimétricas, Aulagnier supõe que a sintomatologia neurótica desabrocha quando, nas relações de objeto, o Eu investiu o Eu de um outro porque pensava satisfazer a sua demanda infantil, o que situa um deslocamento edipiano na medida em que ele mudou apenas o destinatário sem por isso modificar o que esperava em resposta a suas primeiras demandas, quer dizer, ser protegido e amado como queria ser protegido e amado pelos pais e que possa obter um prazer sexual a partir daí:

Demanda irrealizável uma vez que o outro não pode ser a mãe e parceiro sexual, o pai e o amante, o filho e o objeto do gozo. Eis por que o conflito neurótico concerne seletivamente ao registro sexual e à problemática do gozo, embora, como costume afirmar, seja impossível separar registro narcísico e registro objetual (todo conflito que surge em um registro tem forçosamente repercussão no outro). Se o Eu do amado dá uma resposta que favorece à ilusão de adequação ao que se esperava do primeiro destinatário, o sujeito recua face ao horror de um incesto que seria consumado; se a resposta não favorece esse efeito de ilusão, o sujeito pode não gozar. Gozo que lhe revelaria que só lhe pode ser dado o que ele **não pede**: a prova do que o separa de uma imagem passada do seu Eu e a prova do que separa o Eu ao qual ele se dirige do Eu do primeiro outro. (AULAGNIER, 1985 p. 161)



A partir daí é que o modelo da alienação, um estado prototípico das relações assimétricas, revela o paradigma acerca de uma relação que se estabelece nos limites entre a neurose e a psicose. A pista dada por Aulagnier é bem interessante nessa realidade de administração intensa de psicofármacos na atualidade. Na neurose, o caráter de excesso e de intolerável que podem tomar os sentimentos de inquietação, de tédio, dos quais nenhum sujeito escapa, são testemunhas do preço que o Eu paga por ser compromisso neurótico; já no campo da psicose, a angústia, “o sofrimento que acompanha sua tentativa desesperada de preservar seu sofrimento graças ao recurso a construções delirantes, indicam a radicalidade de um conflito que desintegra os dois constituintes do próprio Eu”. (AULIGNIER, 1985, p. 17). E a autora aponta um terceiro campo:

Ora, entre a resposta neurótica e a resposta psicótica, a experiência prova a existência de uma terceira via de saída para o conflito identificatório. Via que será imposta ao sujeito porque os acontecimentos singulares de sua estória pessoal erodiram sua tolerância ao conflito, e porque a realidade ambiente que ele encontra, o confronto efetivamente a injunções absurdas e paradoxais, a demandas cuja desmedida torna impossível qualquer resposta que não seja marcada pelo compromisso que efetua a atividade de pensar e que eu chamo de alienação. (AULAGNIER, 1985, p. 18).

Assim, a autora define a alienação como um dos destinos que o conflito identificatório pode impor ao Eu: “destino particular posto que, de um lado, reduz ao máximo a angústia e o sofrimento psíquico que a psicose reforça e de outro lado, recorre a um certo número de mecanismos que, **para o olhar do observador**, são a prova de uma tal irrealidade, de uma tal ‘loucura’ do pensamento, que não ficam nada a dever à psicose. (AULAGNIER, 1985, p. 18).

### 5.3. Estados Limites e narcisismo

Pelos idos dos anos 1970, a psicanálise começou a se interrogar sobre uma determinada postura que “polarizava” as neuroses e psicoses. O debate sobre os estados limites impunha a reflexão acerca de uma classe de pacientes que não se encaixava propriamente nem na neurose e nem na psicose, mas que transitava entre estas duas estruturas. Nesta contemporaneidade, Lasch (1983) formulava a ideia de uma cultura do narcisismo. A ideia apresentada no capítulo II sobre a subjetividade contemporânea marcada

pelo signo daquilo que as ciências sociais designaram sobre o individualismo extrai sua formulação pela ideia de narcisismo, da psicanálise.

Localizando o declínio do homem público em favor do homem privado, as patologias do ideal se revelam um importante indicador de um individualismo que, do ponto de vista psicanalítico, seria inscrito na alternância do mito de Édipo pelo mito de Narciso. A essa afirmativa, Ehrenberg (2012) situa na França uma discussão que, no campo lacaniano, se apoia nas concepções de ordem simbólica, agora em crise, fazendo ressoar a ideia de uma falência da imagem paterna. De acordo com Pontalis (1974) as neuroses de transferência cedem lugar às neuroses de caráter, apontando uma reflexão sobre os limites do analisável. Se nas neuroses de transferência se tratava de liberar as amarras da repressão, que impediam o indivíduo de se tornar si mesmo, não se pode afirmar que uma tal liberdade concebida na atualidade reflete inequivocamente uma realização do projeto de si. Antes se faz necessário pensar nas *seduções mórbidas dos ideais* que engendram uma subjetividade liberada.

Nesse caminho, Pontalis resgata uma “estupefata modernidade” (PONTALIS, 1974, p. 9, tradução nossa) de Ferenczi, bem como de Reich, que tentaram, cada um ao seu modo, forçar uma liberação de energia que se encontrava congelada, e a associação livre encontrava uma barreira, de modo que:

a população analítica estaria cada vez menos composta de neuroses francas, precisamente aquelas que Freud definia como neuroses de transferência; veríamos de maneira intensa as formas ‘mistas’ as quais, na frente neurótica, se revelaria a intensa atividade projetiva do esquizo-paranoide ou uma fragilidade narcísica tal que o único recurso seria a dissociação entre a psique e o soma ou ainda aquilo que Freud já havia identificado como ‘alterações do eu’ que marcam o comportamento de uma sorte de loucura sem delírio” (PONTALIS, 1974, p. 10, tradução nossa)

Para inserir esta problemática ao referente epistêmico é preciso enunciar que o projeto do individualismo está intimamente articulado à temática do narcisismo na atualidade. O conceito de narcisismo exerce uma importância axial na teoria psicanalítica. Isto se refere, sobretudo, ao fato de o narcisismo apontar para a questão da constituição do eu. Assim, apresentaremos algumas pontuações sobre este conceito e suas variações como forma de apreender sua importância para a atualidade.

Retomando o conceito de narcisismo, ele poderia ser apreendido nos casos do que Freud (1914/2006) chama como parafrenia (demência precoce, em Kraepelin; esquizofrenia, em Bleuler). Haveria, nestes casos, uma retração da libido para o mundo interno em direção ao eu, caso que é retratado na megalomania. A partir disso, Freud problematiza toda a questão do desenvolvimento da libido que ora investe nos objetos, ora investe no eu, e neste sentido, é

quando surge na psicanálise uma sistematização das formulações teóricas (muitas delas apenas desenvolvidas por psicanalistas pós-freudianos) sobre a constituição de um aparelho psíquico e do próprio sujeito. É importante lembrar que Freud retira do narcisismo sua carga de negatividade, de perversão; e pensa um narcisismo como necessidade na formação das subjetividades. É neste sentido que Herzog e Pacheco-Ferreira afirmam que “o narcisismo instaura a possibilidade de um novo caminho de exploração psicanalítica através do estudo do Eu e de suas produções sintomáticas específicas.” (2014a, pp. 9-10).

Freud afirma, antes mesmo de pensar textualmente a noção do narcisismo necessário para a estruturação do sujeito, que o desamparo é a fonte de todos os motivos morais (Freud, 1895/2006), sendo, portanto, o aspecto relacional com a mãe que carrega as excitabilidades do bebê, o inserindo no registro simbólico, na medida em que os sons emitidos pelo bebê, seus desconfortos e seus sinais são apreendidos pela mãe, que lhe oferta um objeto para apaziguar a tensão do desprazer. As excitabilidades precisam achar um caminho, um destino, por assim dizer, e este somente é possibilitado pela oferta do outro, dada a precariedade do organismo biológico:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*. (Freud, 1895/2006, p. 370).

Se há falhas constantes na relação do bebê com seu ambiente nestes momentos iniciais do desenvolvimento é o abismo do desamparo que está lançado como um *gap* estrutural sob o qual se fundam as formas de subjetividades<sup>24</sup>. A clínica da contemporaneidade se vê às voltas com os ditos estados-limites, casos de estruturação subjetiva fronteira, nos quais alterações significativas no processo de constituição subjetiva são observadas.

Lasch (1983) desenvolveu a ideia da sociedade americana pós anos 1970 como uma cultura do narcisismo. Ele chama atenção para a massificação do narcisismo envolto numa atmosfera que se formula em sua amplitude social, a partir de um movimento de apreensão da clínica rumo a uma compreensão mais ampla e global da ideia de autovalorização e autocentramento. Do ponto de vista da fenomenologia clínica, o autor sustenta que o paciente da atualidade não chega mais com uma queixa tipicamente histórica ou de neurose obsessiva.

<sup>24</sup> Winnicott (1982) ressalta de maneira exaustiva a importância fundamental da relação mãe-bebê como fundante de um processo de subjetivação, bem como as falhas constitutivas que podem advir a partir daí.

A repressão de outrora, que facilmente sugeria a histeria de conversão, cede espaço a uma queixa da ordem de sua própria existência. As queixas são vagas. No lugar de um quadro fóbico, geralmente o paciente relata a dor de existir:

Ele [o paciente] não sofre de fixações ou fobias debilitantes, ou de conversão de energia sexual reprimida em moléstias nervosas; ao invés, ele se queixa de ‘insatisfação difusa, vaga, com a vida’, e sente que sua existência é fútil e sem finalidade. Ele descreve ‘sentimentos de vazio sutilmente experimentados, embora penetrantes, e de depressão’, ‘oscilações violentas de autoestima’ e ‘uma incapacidade geral de progredir’. (LASCH, 1983, p.62).

As formas de sofrimento contemporâneo se identificam como perturbações da ordem do narcisismo. Sejam nos quadros de depressões, toxicomanias, pânicos, anorexia ou nas doenças psicossomáticas, a questão nevrálgica se fundamenta em um outro modo de relação com o investimento narcísico necessário para a constituição subjetiva. Isto seria resultado, fundamentalmente, de mudanças sociais significativas, dentre as quais podemos citar as novas relações de trabalho arquitetadas segundo o modelo neoliberal, a desestruturação do modelo de família nuclear burguesa, o advento da pílula anticoncepcional, algumas alusões a que já mencionamos anteriormente<sup>25</sup>.

Dentro da perspectiva da identificação das novas formas de sofrimento psíquico atrelado às perturbações narcísicas, o ponto de vista sustentado por Lasch é de que há uma ampliação do conceito do narcisismo de forma a enunciar a caracterização do próprio sujeito contemporâneo. Este sujeito seria marcado por um autocentramento no eu, todavia de forma superficial. O narcisismo atual faz predominar um tipo de relação em que o outro é retido enquanto serve para o próprio usufruto, sendo dispensado ao menor indício dessa experiência relacional trazer desprazer (BIRMAN, 2014b). Assim, as relações intersubjetivas se localizam no registro da efemeridade.

O narcisismo enquanto metáfora da condição pós-moderna cria a possibilidade de extrair consequências do modo de ação do sujeito atual frente a sua realidade: “proporcionamos ele [o conceito de narcisismo], em outras palavras, um retrato toleravelmente agudo da personalidade “liberada” de nossos dias (...) sua superficialidade protetora, sua evitação da dependência, sua incapacidade de sentir, pesar, seu horror à velhice e à morte.” (Lasch, 1983, p. 76).

---

<sup>25</sup> Sennett, 1999; Birman, 2007.

#### 5.4. Narcisismo e falhas constitucionais

Em uma analogia interessante, Herzog e Pacheco-Ferreira (2014b) afirmam que a produção psicanalítica contemporânea verifica um deslocamento que vai de Édipo a Narciso e que “conduz, no âmbito da clínica, a um arrefecimento das famosas psiconeuroses dos tempos de Freud e a um aumento significativo das chamadas patologias narcísico-identitárias.” (p. 24). O conjunto que reúne as caracterizações clínicas do que tem sido designado como sofrimento narcísico não seria um eixo do qual poderia ser referido a uma entidade psicopatológica definida, mas antes é um indicativo das formas pelas quais se buscam alternativas teórico-clínicas para as modalidades de sofrimento na atualidade (GONDAR, 2014).

De acordo com Monteiro e Cardoso (2014) não há uma uniformidade no meio psicanalítico para a denominação desses estados clínicos. Entretanto apontam duas grandes correntes nas quais as patologias narcísicas estão circunscritas: a corrente dominante na escola inglesa e a outra entre autores franceses. A primeira utiliza o termo *borderline*, que surgiu para dar lugar a certos pacientes que não se encaixavam na classificação psicanalítica clássica, mas que poderiam justificar uma proposta de modalidade singular de tratamento, pois estariam em uma estrutura própria. Nesta corrente dominante, portanto, existiria uma etiologia específica, enquanto na corrente difundida pelos autores franceses estas patologias não configurariam uma estrutura determinada. Estes se referem a este campo como *estados* ou *situações limites*, o que sinalizaria para algo de transitório.

Apesar das diferentes concepções a respeito das patologias limites, existe uma similaridade nas caracterizações destas patologias, que se poderia resumir na questão da instabilidade, das flutuações e das mudanças bruscas que condicionariam um padrão oscilatório dos afetos - e das quais uma característica marcante seria a ocorrência de um problema no processo de construção e investimento pulsional das fronteiras externas e internas do eu (FIGUEIREDO & CINTRA, 2004).

Green (1988c) postula que, no que concerne ao funcionamento mental do paciente fronteiro, pode-se observar um modo paradoxal de elaboração, na medida em que “não existe uma divisão nítida entre pensamentos, representações e afetos e não podem ser destacados dos instintos salvo através de uma intensa divisão, às vezes acompanhada de

crenças mágicas e de uma onipotência investida narcisicamente.” (p.88). Esses quadros revelam uma configuração que permite apontar uma certa fragmentação do sujeito.

Conforme sustentam Lazzarini e Viana (2010), muitos autores atuais que pensam esta problemática admitem a hipótese de que pode haver uma falha básica na constituição do eu narcísico ou mesmo nas instâncias ideais desses sujeitos. O que estaria em jogo para as autoras, fundamentalmente, seria uma falha no recalçamento primário atribuída a uma espécie de insuficiência dos cuidados maternos na primeira infância. Nessa perspectiva, a escolha objetal se daria “com base na eleição narcísica na qual ocorre a identificação. Na impossibilidade de escolha do objeto externo elege-se o objeto a partir da imagem e semelhança do próprio eu transformado em seu próprio ideal.” (p.269). A dimensão da alteridade se encontra prejudicada, apontando, assim, para patologias que afetam crucialmente o sentido e o valor do eu<sup>26</sup>.

As autoras fundamentam, sobretudo à luz de André Green, a análise das ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea, de forma a apontar o desamparo como um eixo fundamental sobre o qual se organizam estes sujeitos. Isto porque, na referência a uma subjetividade narcísica, está em jogo um sentimento de si mesmo que necessita do investimento libidinal do outro, e é neste processo mesmo que há uma falha. Portanto, a falha instaura um desamparo que revela a fragmentação subjetiva.

Esse desamparo leva a experiências de busca por encontrar objetos que possam recompor este espaço simbólico fissurado. No entanto, esta busca se revela complexa, pois os objetos entram no curto-circuito da repetição do que é narcisicamente conhecido, estando a dimensão da relação com o outro precariamente estabelecida. Neste sentido, a busca por uma completude tem seu registro no campo da inflação egóica.

André (2014) promove uma problematização da ideia de narcisismo, ressaltando um ângulo interessante, o de que este tem peculiaridades que levam não apenas à construção de vida, na medida em que há necessidade de investimento narcísico para que a vida aconteça, mas que podemos inseri-lo também numa perspectiva mortífera. O texto de J. Andre começa com uma alusão a um fatídico momento histórico para trabalhar as ambiguidades do

---

<sup>26</sup> Neste contexto surge a questão de como escapar da demanda intensa, na sociedade atual, pela perfeição, desde o corpo, passando pela dimensão do trabalho e das relações afetivas. Uma resposta é a tentativa de banir os afetos humanos básicos, como a angústia e a tristeza do luto, procurando dispositivos para sedá-los. Nesta condição, as drogas lícitas e ilícitas ganham espaço.

narcisismo<sup>27</sup>. No nazismo, a onipotência narcísica de Hitler leva, em última instância à autodestruição da Alemanha. Isto porque, nas palavras de André, o retrato nazista nos anuncia “a face mais escura no narcisismo, aquela do fechamento do amor de si por si mesmo até a idealização, a sua própria destruição, a sua extinção.” (ANDRE, 2014, p. 61, tradução nossa). O aspecto dualista, conflitante, presente no pensamento freudiano não passa despercebido nesta discussão trazida pelo autor.

André afirma que o conceito de narcisismo não figurou com densidade a partir da segunda tópica freudiana, senão com a ideia de narcisismo das pequenas diferenças, no texto “O mal estar na civilização” (FREUD, 1930/2006), e neste contexto carregado pelo tom de destrutividade. André ainda afirma que o narcisismo precisou ser reinserido no arcabouço teórico da psicanálise por outros autores pós-freudianos para explorar a necessidade de distinguir um narcisismo libidinal de um narcisismo destrutivo: “A ideia da morte, senão a morte ela mesma, que é um possível que jamais a vida realiza, é precisamente a ferida narcísica por excelência.” (ANDRÉ, 2014, p. 63, tradução nossa). Em outras palavras, o eixo conectivo da ideia de plenitude, ou de vida eterna (ausência de conflito) seria a face delirante do fantasma de Narciso.

Conjugar, pois, dentro de um mesmo registro, as faces tanto de investimento e ligação libidinal, necessários para a subjetivação, quanto o próprio caráter mortífero do narcisismo é ampliar a perspectiva sobre este conceito importante. E, no bojo desta consideração, sublinhamos que o narcisismo, levado às últimas consequências, e fechado em si mesmo, realiza a epifania visceral do núcleo mortífero que circunda e perpetua a morte, rasgando o véu do desamparo que acossa sempre o sujeito. Desamparo este que se inscreve numa luta intensa para sua fuga, e nesta medida, a fantasia de onipotência narcísica é um norteador basilar para a existência.

Portanto, podemos inferir que é a busca por um estado de proteção narcísica que se almeja, naquilo que Freud denominou ego ideal, lugar central da localização da fantasia e do ideal da ausência de conflitos, onde o medo da fragmentação tem como resultante o apartamento da relação com o mundo externo. Esta não é senão a metáfora social do correlato narcísico que perpetra os nossos tempos. O vazio que se vive dentro de si mesmo e/ou dentro dos condomínios e/ou dentro dos carros com vidros sempre suspensos é o vazio da experiência de alteridade, de vínculos intersubjetivos, fundamentalmente. Este é um

---

<sup>27</sup> O texto se inicia com uma frase contundente do diretor Lars von Trier no Festival de Cannes, a respeito do filme *Melancholia*, quando o diretor diz: “I understand Hitler” (Eu compreendo Hitler).

narcisismo que não vincula, mas que faz perder a vida dentro do caráter mortífero que é a busca desenfreada por si mesmo, sem o outro.

Atualmente, uma especificidade que merece ser evidenciada é a dimensão da crueldade, e uma possível compreensão sobre este fenômeno a que assistimos cada vez mais intensamente pode ser localizada no modo como se privilegiam os modos pelos quais são organizadas as relações intersubjetivas. O afeto do medo é o eixo articulador principal que é motor da ação do distanciamento em relação ao outro. Disto deriva que uma espécie de indiferença nas relações, precisamente o que Efken e Cardoso (2016) situam como a fonte da crueldade. Para os autores, “o agir cruel implica a negação da existência do objeto como recurso para a afirmação de si, recurso de caráter extremamente precário”. (p.1). A recusa da diferença seria o eixo interpretativo desta formulação tanto a nível psíquico quanto social.<sup>28</sup>

Do ponto de vista da crueldade em ato, a aposta dos autores é de que o apelo à crueldade se fundamenta no contato do sujeito com a alteridade num encontro inicial caracterizado pela indiferença do outro materno:

Utilizamos aqui o termo indiferença em seu sentido estrito, ou seja, de negação da diferença. Trata-se de um “outro”, que não afeta psiquicamente a criança de modo a lhe oferecer recursos para o seu trabalho de ligação das experiências de prazer, mas, muito pelo contrário, o sujeito é deixado em uma situação de desamparo e vigência de intensidades. (EFKEN & CARDOSO, 2016, p.1)

A indiferença funciona em uma espécie de via de mão dupla, pois quem comete o ato cruel estaria ele próprio já operando numa lógica da qual ele teria sido refém das suas próprias excitabilidades sem o investimento libidinal necessário do outro. Em outras palavras, o outro lhe teria sido também indiferente do ponto de vista da maternagem. E neste ponto não pretendemos evocar uma culpa às mães/cuidadoras, mas instaurar uma reflexão mais ampla do papel do amor e do cuidado do outro na atualidade. Sublinhamos que este cenário que estamos esboçando é um plano de fundo maior, no qual a relação com o(s) outro(s) é profundamente marcada pela precariedade e pela indiferença. E parece residir nisso a dificuldade no laço transferencial.

O aspecto a ser insistido se localiza nas tensões provocadas pela multiplicidade de sentidos conferidos ao narcisismo. Se ele se revela nodal na relação com o outro, sem a qual não pode advir o sujeito, o aspecto mortífero do narcisismo denota o negativo que instaura

---

<sup>28</sup> Para a psicanálise não há distinção qualitativa na formulação hermenêutica do entendimento da estruturação dos domínios subjetivo e social, o que implica na afirmação de que aquilo que ocorre dinamicamente no sujeito seria equivalente ao funcionamento social.



uma relação destrutiva. Isto pode ser visto na leitura de Kohut sobre as transferências na terapêutica com pacientes com distúrbios narcísicos de personalidade. Nestes, a complexidade das relações transferenciais traz a elucidação teórica no tratamento de pacientes deveras prejudicados em momentos muito precoces da vida, que vivem uma dimensão do vazio extremamente presente.

A compreensão da trama transferencial muito rígida e idealizada com as nuances apresentadas a seguir, e nas quais podemos equivaler a relação com o objeto-droga, assim como a relação com o analista sendo um *self-objeto* permite elucidar relações complexas na dimensão alteritária.

### **5.5. Kohut e as personalidades narcísicas**

Kohut (1971) sistematiza um estudo amplo e complexo sobre os fenômenos de transferência nos quadros que denomina de personalidades narcísicas. Ele fornece uma contribuição essencial no estudo sobre o narcisismo e as personalidades narcísicas, sobretudo no que diz respeito às relações de objeto. Adotando uma postura bastante singular, Kohut não supõe a existência de uma dinâmica em que as relações de objeto excluem o narcisismo.

Esta postura de exclusão esteve presente no discurso psicanalítico desde Freud (1914/2006) na medida em que o narcisismo era compreendido como um investimento libidinal que faria recluir a energia libidinal em oposição e em detrimento dos investimentos objetivos. Supondo dois eixos distintos com relação ao narcisismo e aos objetos, Kohut elenca experiências narcísicas intensas que se relacionam com objetos, ou, em outras palavras, a objetos que são eles próprios vivenciados como parte do self. Estes objetos, os chamados por Kohut de *self-objetos*, serão trazidos nesta discussão como forma de compreender, no limite das relações transferenciais, como o outro pode ser capturado narcisicamente para a sustentação de seu *self*.

Discorrendo sobre a leitura de Kohut sobre as personalidades narcísicas, é interessante de notar que o solo histórico de seus estudos equivalem às descrições da cultura do narcisismo, que localizam as coordenadas das descrições das chamadas patologias contemporâneas. Nesta leitura, os pacientes referidos aos distúrbios narcísicos de personalidade “estão sofrendo de perturbações específicas na esfera do *self* e na daqueles objetos arcaicos catexizados com libido narcísica (*self-objetos*) que ainda estão em íntima

conexão com o *self* arcaico (isto é, objetos que não são vivenciados como separados e independentes do *self*)”. (KOHUT, 1971, p. 18).

A psicopatologia desses pacientes narcísicos refere-se a uma fixação em um período bastante antigo do desenvolvimento psíquico. Kohut postula que estes pacientes narcísicos permaneceram fixados em configurações arcaicas grandiosas do *self* e/ou em objetos arcaicos, superestimados e narcisicamente catexizados. Ou seja, o efeito patogênico exercido de objetos incestuosos nas neuroses de transferência tem aqui o correlato com o efeito dessas configurações arcaicas.

Entretanto, Kohut e sua leitura sobre os pacientes com perturbações narcísicas da personalidade se inscrevem em um campo diferente dos chamados pacientes fronteiriços, pois estes conseguiram em essência um *self* coeso e constituíram objetos arcaicos idealizados coesos. Com efeito, para Kohut, os pacientes narcísicos não estão seriamente ameaçados pela possibilidade de uma desintegração irreversível do *self* arcaico, nem recorreriam aos delírios, ou quando ocorreria seria num nível temporário e restitutivo. Isso indica a possibilidade de tratamento por transferência narcísica estável, conferindo um valor diagnóstico e prognóstico diferenciado em relação aos quadros que podem ameaçar o paciente pela desintegração psicótica.

Trata-se de uma tendência generalizada entre os psicanalistas de que o paciente da atualidade é mais grave em relação ao paciente dos primórdios da psicanálise, por se caracterizar por uma psicopatologia que indica fragmentações de ordem deveras primitivas, por falhas ambientais em momentos muito iniciais do desenvolvimento psíquico. Esta caracterização revela uma dificuldade no tocante à diferenciação em relação aos quadros fronteiriços; se faz necessário nuançar sutilezas teórico-clínicas.

Uma dessas distinções diz respeito ao aspecto transferencial e como o analista serve nos mais variados quadros, e este fator é importante de ser observado para os fins desta tese. Apesar de uma indefinição inicial da sintomatologia, o paciente narcísico “descreverá sensações de vazio e depressão sutilmente vivenciadas, e no entanto pervasivas, que, em contraste com as condições nas psicoses e nos estados fronteiriços, são aliviadas tão logo a transferência narcísica tenha se estabelecido – mas que se tornam intensificados quando o relacionamento com o analista é perturbado.” (KOHUT, 1971, p. 29).

Kohut aponta que esta sintomatologia, aliada a outras queixas semelhantes, é indicativo de um esgotamento da atividade do ego, porque ele “tem de se fortificar contra as reivindicações irrealis de um *self* grandioso arcaico, ou contra a intensa fome de um poderoso

fornecedor externo de autoestima e outras formas de sustentação emocional na área do narcisismo” (Kohut, 1971, p. 29).

No entanto, estes sintomas não são rigidamente estabelecidos, ao contrário do caso psicopatológico que se localiza anteriormente à área do *self* coeso, como acontecem nas psicoses e casos fronteiros. De qualquer forma, não constituem um *self* coeso e bem delimitado como nas neuroses de transferência, nas quais a questão se refere a conflitos estruturais sobre impulsos libidinais incestuosos e dirigidos a objetos da infância que se tornaram diferenciados do *self*. Kohut estabelece, em suma, que as configurações narcísicas “(1) podem estar insuficientemente catexizadas e são, portanto, sujeitas à fragmentação temporária; e (2) mesmo que estejam suficientemente catexizadas ou hipercatexizadas e retenham, assim, sua coesão, não estão integradas com o resto da personalidade.” (KOHUT, 1971, p. 31.).

Ainda, em distinção às neuroses de transferência, Kohut afirma que, nestas, a angústia de castração é a principal fonte de desconforto, seguida do medo da perda do amor do objeto e por último, o medo da perda do próprio objeto, enquanto nas perturbações narcísicas da personalidade a ordem é invertida, sendo o medo da perda do objeto o principal fantasma. Por isso é que “os objetos nas perturbações narcísicas de personalidade são arcaicos, narcisicamente catexizados, e pré-estruturais.” (KOHUT, 1971, p. 32).

Apesar de a análise das transferências narcísicas conterem, evidentemente, características encontradas nas neuroses de transferência, em que, na leitura de Kohut, tratam-se de “atitudes pré-conscientes do analisando para com o analista (que) tornam-se as portadoras de desejos infantis reprimidos, dirigidos ao objeto” (KOHUT, 1971, pp 34-35), o foco do trabalho analítico com os distúrbios narcísicos de personalidade situa-se numa perturbação do equilíbrio do narcisismo primário por inevitáveis falhas do cuidado materno, estabelecendo uma imagem grandiosa e exibicionista do *self*. Assim, resta uma fixação naquilo que Kohut denominou o *self grandioso*, numa contrapartida ao abandono da perfeição anterior por um *self-objeto* admirado, onipotente: a *imago parental idealizada*:

Sob condições ideais de desenvolvimento, o exibicionismo e grandiosidade do *self grandioso* arcaico são gradualmente domesticados, e toda a estrutura, em última análise, torna-se integrada na personalidade adulta e fornece o combustível instintivo para nossas ambições e propósitos ego-sintônicos, para o desfrute de nossas atividades e para importantes aspectos de nossa auto-estima. E, sob circunstâncias similarmente favoráveis, a imago parental idealizada também torna-se integrada na personalidade adulta. Introjetada como nosso superego idealizado, torna-se um importante componente de nossa organização psíquica sustentando para

nós a liderança condutora de seus ideais. Se a criança, entretanto, sofre graves traumas narcísicos, então o self grandioso não se funde no relevante conteúdo do ego, mas é retido em sua forma inalterada e luta pela realização de seus objetivos arcaicos. E se a criança vivencia decepções traumáticas com o adulto admirado, então também a imago parental idealizada é retida em sua forma inalterada, não é transformada numa estrutura psíquica reguladora de tensão, não atinge o *status* de uma introjeção acessível, mas permanece em self-objeto arcaico transicional que é necessário para a manutenção da homeostase narcísica. (KOHUT, 1971, pp 37-38).

Desta forma, o acento da leitura acerca das transferências nos distúrbios narcísicos de personalidade ocorre sob a forma: (i) das transferências que surgem da mobilização terapêutica da imago parental idealizada – a *transferência idealizadora*; (ii) as que surgem da mobilização do self grandioso – abrangentemente referidas como transferências especulares. A despeito das diferenças entre estas modalidades de transferência, e que por vezes podem gerar confusão devido a dificuldade de distingui-las precisamente, é importante frisar que em ambas há graves traumas narcísicos e as regressões necessárias ao despertar destas perturbações se localizam no estágio do *self* fragmentado, que corresponde à fase evolutiva a qual Freud referiu-se como autoerotismo.

Kohut afirma que na transferência idealizadora “uma vez que a felicidade e o poder agora residem no objeto idealizado, a criança sente-se vazia e sem forças quando é separada dele e tenta, portanto, manter uma união contínua com ele.” (KOHUT, 1971, p. 45). Assim, surge de maneira necessária a idealização dos objetos genitores dos períodos pré-edipianos e edipianos, compreendida como continuação da idealização arcaica, e o objeto idealizado como herdeiro do objeto arcaico.

A idealização é um dos caminhos principais para o desenvolvimento do narcisismo. A libido narcísica idealizadora não somente desempenha um papel importante nas relações objetais maduras, onde está amalgamada com a libido objetal propriamente dita, mas é também a principal fonte de combustível libidinal para algumas das principais atividades sócio-culturais que são classificadas pelo termo criatividade, e forma um componente daquela atitude humana altamente apreciada à qual chamamos sabedoria. (KOHUT, 1971, p. 47).

Cabe detalhar um pouco mais a leitura kohutiana sobre os processos básicos de internalização do domínio narcísico. Enquanto a criança idealiza a figura do genitor, a configuração idealizada abre-se para correção e modificação pela experiência real, e uma gradual percepção dos defeitos e limitações dos pais retira uma parte da libido idealizadora das imagos parentais no emprego da formação de estruturas controladoras de impulsos.

Entretanto, a decepção edipiana maciça com o genitor (normalmente do mesmo sexo) leva à idealização do superego.

Levando em consideração a ocorrência de eventos traumáticos que levam a uma vulnerabilidade narcísica, o ambiente será total ou predominantemente narcísico, o que quer dizer que a despeito das catexias objetais que ocorrem, as vicissitudes do setor narcísico ficam perturbadas. A imago parental idealizada permanece vulnerável através de todo o intervalo de seu desenvolvimento inicial, que compreende o “(a) estágio de formação do self-objeto idealizado arcaico, para o (b) tempo da maciça reinternalização do aspecto idealizado da imago parental edipiana.” (KOHUT, 1971, p. 49). Este período termina quando da formação de um superego nuclear idealizado:

A modificação das catexias idealizadoras arcaicas (sua dominação, neutralização e diferenciação) é alcançada por sua *passagem através do self-objeto idealizado*; e o resultado individualmente específico desse processo terá sido, naturalmente, determinado em parte pelas reações emocionais específicas do objeto que a criança idealiza. (KOHUT, 1971, p. 49).

Se há um equilíbrio emocional nas relações objetais estabelecidas precocemente, ficará menos traumático para o psiquismo lidar com a perda objetual em momentos posteriores. Entretanto, privações traumáticas e perdas de objetos até o período edipiano podem interferir seriamente na estruturação do próprio aparelho psíquico. Desta forma, Kohut sustenta que:

uma grave decepção com o objeto edipiano idealizado, mesmo no início da latência, pode ainda desfazer uma idealização precariamente estabelecida do superego, pode recatexizar a imago do self-objeto arcaico idealizado, e pode levar uma renovada insistência em, e procura de, um objeto externo de perfeição. (KOHUT, 1971, p. 50)

A criança tem capacidade de tolerar as primeiras separações temporárias da mãe, sabendo que pode encontrá-la se seu anseio ficar muito intolerável, e uma separação não será tolerada se sentir que sua mãe tornou-se irremediavelmente perdida. Da mesma forma, a sustentação teórica de Kohut afirma que a idealização do superego é novamente abandonada no início da latência quando o objeto idealizado parece irrecuperavelmente perdido durante aquele período.

Então, o objeto idealizado torna-se essencialmente realista, e a internalização ideal não ocorre, ficando a criança fixada em um *self-objeto* arcaico. O psiquismo recorre a uma intensa procura e dependente de certos objetos que são buscados como um substituto para os segmentos que faltam na estrutura psíquica. Kohut chama a atenção, entretanto, que esses não são objetos, estritamente falando, uma vez que não são amados ou admirados por seus

atributos. Neste sentido, “eles não são desejados mas são necessários a fim de substituir as funções de um segmento do aparelho mental que não havia sido estabelecido na infância. (KOHUT, 1971, p. 51).

A análise kohutiana classifica o relacionamento com o objeto idealizado em três grupos, de acordo com a fase evolutiva durante a qual o impacto principal do trauma foi vivenciado: num primeiro grupo, perturbações muito precoces no relacionamento com o objeto idealizado levariam a uma fraqueza estrutural generalizada, e uma personalidade assim marcada sofreria do que o autor chama de uma vulnerabilidade narcísica difusa. Posteriormente, perturbações traumáticas, mas ainda pré-edípianas podem interferir com o estabelecimento da estrutura básica controladora, canalizadora e neutralizadora de instinto, do aparelho psíquico. Fantasias e atos pervertidos seriam formas muito evidentes de manifestação sintomática dessa falha estrutural. Finalmente, se a gênese da perturbação se relaciona ao período edípiano, ou mesmo pré-edípiano tardio, então a idealização do superego estará incompleta, resultando em que a pessoa estará sempre à procura das figuras ideais externas, das quais deseja obter a aprovação e a liderança que seu superego insuficientemente idealizado não pode fornecer.

Um aspecto importante a ser ressaltado recai no fato de que a perturbação traumática do relacionamento com o objeto idealizado tem a atribuição de ser conferida a um ponto específico do desenvolvimento inicial da criança. No entanto, o efeito do trauma só pode ser compreendido de forma complexa quando se é também levada em consideração a existência de um estado de disposição para ser traumatizado. Assim, Kohut avalia que, na transferência idealizadora, a revivência terapêutica dos estágios tardios da imago parental idealizadora (por exemplo, a decepção de um menino com seu pai) pode situar-se sobre a base mais profunda de uma decepção precoce com a mãe idealizada, a qual pode ter sido causada pela desconfiança de sua empatia e de seus estados depressivos. Desta forma, as transferências idealizadoras referem-se a fixações narcísicas que apontam para os aspectos narcísicos do objeto idealizado antes de sua internalização final, isto é, antes da consolidação da idealização do superego.

Então, se acompanhamos a reflexão kohutiana sobre as transferências idealizadoras no sentido de que “um evento externo dramático – tal como a morte ou a prolongada ausência de um dos pais, ou a doença ou o desamparo de um dos pais, bem como doenças graves da criança, que imediatamente demonstram o poder limitado dos pais” (KOHUT, 1971, p. 77)

parece se configurar como “a principal causa da perturbação relevante na infância” (KOHUT, 1971, p. 77).

Este tipo de trama pode conduzir às vezes a uma hipertrofia dos aspectos intelectuais. Kohut ilustra um caso cuja apresentação versava sobre uma iminência de ruptura do relacionamento analítico de um paciente atendido por alguém que Kohut dava supervisão, e este fato foi vivido com grande apreensão, seguida por uma descatexia da analista narcisicamente vivenciada que ameaçava a coesão da própria personalidade e a fuga para uma forma de vivência intelectual da experiência de vazio:

Seguia-se então uma típica hipercatexização reativa de uma forma primitiva do self grandioso, com comportamento frio e arrogante. Mas, finalmente (depois que a analista estivera ausente por algum tempo), ele atingiu um equilíbrio relativamente estável num nível mais primitivo: retirou-se para atividades intelectuais solitárias que, embora desempenhadas com menos criatividade do que antes, propiciavam-lhe um certo sentido de domínio, segurança e auto-suficiência.” (KOHUT, 1971, pp. 77-78).

Neste desequilíbrio provocado por perturbações traumáticas muito precoces no relacionamento com o *self-objeto* idealizado arcaico, uma tentativa de restabelecimento do equilíbrio narcísico da personalidade pode tornar as pessoas viciadas:

Com muita frequência o trauma que sofreram é a séria decepção com uma mãe que, graças a sua empatia defeituosa com as necessidades da criança (ou por outras razões), não preencheu adequadamente as funções (como uma barreira de estímulo; como um fornecedor ideal de estímulos necessários; como um fornecedor de gratificação aliviadora de tensão, etc.) que mais tarde o aparelho psíquico maduro deveria ser capaz de desempenhar (ou iniciar) predominantemente sozinho. Decepções traumáticas sofridas durante esses estágios arcaicos do desenvolvimento do self-objeto idealizado privam a criança da internalização gradual de experiências precoces em que seriam idealmente consoladas, ou de serem ajudadas ao irem dormir. Assim, tais indivíduos permanecem fixados em aspectos de objetos arcaicos e acham-nos, por exemplo, na forma de drogas. (KOHUT, 1971, p. 52)

Kohut salienta também que nesses pacientes com distúrbios narcísicos de personalidade muitas vezes a droga opera como um regulador importante. Ela não serviria como um substituto para objetos amados. Trata-se, entretanto, de uma substituição para uma falha na estrutura psicológica.

Durante a análise, há uma regressão específica necessária à condução terapêutica, e aí o analisando torna-se viciado no analista ou na conduta analítica, o que Kohut afirma ser o restabelecimento de uma condição arcaica. Nesse sentido, Kohut se aproxima da leitura de Balint (1988), na afirmação da função apostólica do analista, na qual o analista é utilizado como uma droga. Durante a regressão terapêutica, o analisando reativa a necessidade de um

*self-objeto* arcaico, narcisicamente vivenciado, que precedeu a formação da estrutura psíquica num segmento específico do aparelho psíquico, esperando o analisando na busca desse objeto, seja a droga, seja o analista, o desempenho de certas funções básicas no campo da homeostase narcísica que sua própria psique não é capaz de fornecer.

O esgotamento do viciado, quando este é separado do psicoterapeuta tranquilizador, o desejo ardente de ver o terapeuta como uma forte figura de líder por aqueles que não construíram uma estrutura de orientação de valores internos e ideais – estes são exemplos da reativação terapêutica da necessidade de *self-objetos* arcaicos, narcisicamente vivenciados. (...) são de fato revividos na terapia em torno da percepção da figura do terapeuta, e formam dois tipos distintos de transferências que podem ser sistematicamente investigadas e elaboradas. Não se devem ser confundidas com a revivescência da transferência terapêutica dos objetos (catexizados com investimentos instintivo-objetais) da infância (incestuosos), uma revivescência que ocorre na análise das neuroses de transferência. (KOHUT, 1971, p. 56)

Assim, da mesma forma que a droga aquieta, a análise produz um efeito semelhante. As complexidades de uma análise se revelam profundas neste nível, pois se situam entre o nível da dependência, que apassiva o sujeito, e a construção de um caminho de independência e segurança de si. Isto se faz importante para o processo de elaboração nos distúrbios narcísicos de personalidade, que “visa ao afastamento gradual da libido narcísica do objeto arcaico, narcisicamente investido; (que) leva à aquisição de novas estruturas e funções psicológicas com a mudança das catexias da representação do objeto e suas atividades para o aparelho psíquico e suas funções.” (KOHUT, 1971, p. 89).

O nível de dependência organiza uma trama de proteção do *self*, no entanto com a caracterização daquilo que Winnicott chamou de um *falso self* (1983). Com efeito, é preciso afirmar que esta categoria de *falso self* é uma contribuição de Winnicott como pediatra, em como psicanalista tratando de casos *borderline*, que vivenciam na transferência uma fase de regressão à dependência. É preciso sublinhar que apesar das distinções conceituais realizadas aqui entre estados limites, nos quais a categoria *borderline* estaria inserida, e os distúrbios narcísicos de personalidade, categoria que Kohut entende não se tratar de um estado tal como os estados *borderlines*, aqui o interesse é menos nosográfico.

## 5.6. Winnicott e o falso *self*

Do que se trata na visão winnicottiana a noção de um *self* falso é algo muito precoce na vida do bebê, e que vai se formando como defesa, na proteção ao verdadeiro *self*. O falso



*self* se implanta como real, o que tende a levar a pensar de que se trata da pessoa real. Entretanto, nos relacionamentos, no trabalho, nas amizades, o falso *self* começa a falhar.

Etiologicamente, o conceito de falso *self* diz respeito ao estudo sobre o relacionamento mãe-lactante, de forma que não é suficiente observar o que se passa apenas com o lactante, mas, sobretudo, é essencial considerar o comportamento da mãe, nesses estágios iniciais, em que há para o lactante um estado de dependência absoluta, em um estado ainda não-integrado da subjetividade:

Periodicamente um gesto do lactante expressa um impulso espontâneo; a fonte do gesto é o *self* verdadeiro, e esse gesto indica a existência de um *self* verdadeiro em potencial. Precisamos examinar o modo como a mãe responde a esta onipotência infantil revelada em um gesto (ou associação sensório-motora). Ligo aqui a ideia de um *self* verdadeiro com a do gesto espontâneo. (WINNICOTT, 2007, pp. 132-133)

O papel desempenhado pela mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactante, e um *self* verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactante. Desta forma, a renúncia à onipotência é realizada de forma gradual. Por outro lado, a mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactante; é seu próprio gesto que está em questão e o gesto espontâneo do lactante fica comprometido. Um hiato se instaura entre o gesto da mãe e as necessidades do lactante, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio. Através desse falso *self* o lactante constrói um conjunto de relacionamentos falsos, que por meio de introjeções, pode até chegar a ter uma aparência de ser real. O falso *self* tem por função ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente.

Winnicott (2007) afirma que “quando um falso *self* se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso *self*, e neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática.” (WINNICOTT, 2007, p. 132). Por essa via, pode o indivíduo ter o mais alto grau de realização intelectual e ser bem sucedido: ele se sente falso. No entanto, a quebra dessa estrutura rígida, porém frágil, pode ser vivida em análise, fenômeno que Winnicott alude com o *Breakdown* (WINNICOTT, 1974). O autor utiliza a expressão “colapso” para significar o fracasso de uma organização de defesa e um medo que descreve o impensável estado de coisas subjacente à organização defensiva.

Do ponto de vista do desenvolvimento emocional primitivo, a criança progride de uma dependência absoluta para a dependência relativa e no sentido da independência. Para Winnicott (2000) existem três processos cujo início ocorre muito cedo: integração,

personalização e realização. Em um meio ambiente facilitador, o indivíduo passa por um desenvolvimento que pode ser classificado como integrador, movimento ao qual Winnicott acrescenta a personalização (ou conluio psicossomático) e, depois, o relacionamento objetal. Ao contrário, se existem excessivas rupturas nesse ambiente facilitador, o indivíduo apresenta uma organização de defesa como síndrome de doença e um medo da agonia original que provocou esta organização.

Então, o medo do colapso é o medo de algo que já foi experienciado. “A única maneira de ‘lembrar’, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência.” (WINNICOTT, 1974, p. 5). Winnicott afirma que o colapso é o equivalente do lembrar e que tal desfecho constitui o levantamento da repressão que ocorre na análise do paciente psiconeurótico.

A persistência da temática do narcisismo como conceito utilizado nos referenciais, tanto psicanalítico quanto sociológico, recai no pressuposto de uma identificação de uma imobilidade subjetiva, e por isso a atualidade do conceito de falso *self*. Este debate sobre o narcisismo revela as facetas do indivíduo atual nos rumos de um paradoxo em relação ao projeto performático, na medida em que se visa a capacitação e maximização da potência de si aos moldes de uma empresa bem sucedida, inserida na lógica da produtividade e pró-atividade por um lado, e por outro lado, este indivíduo narcísico sucumbe às exigências demasiadas deste projeto performático, recaindo-se numa “fatica de ser si mesmo” (EHRENBURG, 2000).

Assim, o indivíduo da atualidade sofre por se localizar no pêndulo da onipotência ideal e do fracasso total, fazendo recorrer às drogas, ao analista, ou aos objetos que a cultura pode ofertar, de um modo frágil, mas ao mesmo tempo com uma dependência deveras servil. Se seguirmos as pistas de Aulagnier sobre as relações atuais, situaremos os laços passionais como formas prioritárias de investimentos libidinais, e que se inscrevem no plano narcísico, se concordarmos com Kohut e sua lição sobre os *self*-objetos.

### **5.7. Narcisismo negativo**

Um dilema do indivíduo atual se insere na problemática de como sair da repetição do investimento ao outro que reflete um investimento em si mesmo. Isto porque este cenário reflete um solipsismo que descortina uma superficial proteção narcísica, ao mesmo tempo em que denota uma atividade egóica mortífera, pois desamparada.

Do ponto de vista clínico a este respeito, Green (1988a) nos ajuda a refletir a partir da categoria de um narcisismo negativo. A este respeito é preciso enunciar que existem diferenças metapsicologias que variam de autor para autor, como a distinção que Kohut (1971) realiza entre pacientes com distúrbios narcísicos de personalidade e pacientes *borderlines*, ou pacientes limítrofes. No entanto, não adentramos tanto nessas diferenças importantes por uma questão de angulação para fins do presente estudo. Tendo a questão transferencial como foco, nos limitamos a localizar que, para o que nos interessa aqui, no tocante às patologias atuais, estas se situariam nos limites entre a neurose e a psicose.

Assim, tomando a leitura de Green, que também situa uma diferença entre pacientes narcisistas e aqueles enquadrados como casos-limites, opondo pulsões orientadas para o eu naqueles, enquanto pulsões orientadas para o objeto nestes, ressaltamos o aspecto que denota o caráter destrutivo do narcisismo em questão. Para Green (1988a), os estados fronteiriços de analisabilidade, que constituem a clínica do vazio, são caracterizados pelo prejuízo na constituição dos limites intrapsíquicos, o que significa tanto uma permeabilidade nas fronteiras entre id, ego e superego, como também uma fragilização das fronteiras entre o eu e o outro.

Estas frágeis limitações situadas nos limites e fronteiras atingem a capacidade representacional e o investimento afetivo, o que impõe uma dupla angústia de intrusão e separação, denotando uma baixa intensidade vinculatória, que dificulta a construção de recursos simbólicos na proteção frente à angústia. Em outras palavras, o excesso pulsional fragilmente contornável radicaliza o desamparo. A camada protetora do psiquismo se constitui de forma frágil e o aparelho psíquico fica mais vulnerável às invasões das intensidades. Diante disso, o sujeito tenta se defender com defesas primitivas, como a clivagem e o desinvestimento pulsional.

Para elucidar melhor esta questão, é preciso enunciar as mutações no narcisismo, analisando os interstícios da divisão que Green (1988a) realiza entre um narcisismo positivo e um narcisismo negativo. Neste sentido, Green propõe uma reflexão sobre se o narcisismo primário teria que ser concebido como estado ou como estrutura.

Situando-se no ponto de dificuldades com o conceito de narcisismo primário, tal como vimos com Balint, Green sustenta não haver conceito que tenha sofrido mais revisões devido a sua complexidade, como se dá com o Eu, e por isso o autor afirma não surpreender que a discussão sobre este conceito ter sido perseguida por diversos autores pós-freudianos.

Dentro do trabalho de investigação acerca do narcisismo, nenhum outro seria mais controvertido quanto o narcisismo primário e que questione mais o estatuto do Eu.

Deste modo, Green adota a perspectiva, neste estudo sobre o narcisismo primário, que coloca em questão uma certa noção deste como uma simples etapa ou como estado de desenvolvimento psíquico, sobretudo no que se refere a um aspecto pouco trabalhado, que versa sobre o efeito das pulsões de destruição sobre os investimentos narcísicos.

Assim, o sono é retomado nesta análise como forma de visualizar um retorno às fontes de vida segura, ao que Freud equivale à estada no ventre materno, condição de “repouso, calor e a exclusão dos estímulos” (FREUD, 1916 [1915]/2006), na medida em que a entrada no sono ocorre ao preço de um abandono dos laços e possessões do Eu, que faz refluir sobre si seus investimentos. A partir daí, Green afirma que “se o narcisismo primário é realmente um estado absoluto, é somente à medida que é o limite do que podemos conceber como uma forma de total inexcitabilidade.” (GREEN, 1988a, p. 90).

Com efeito, existe uma diferença entre o narcisismo no sono e o narcisismo do sonho, este que serve ao narcisismo do sonhador, na medida em que realiza desejo. O narcisismo no sono, em contrapartida, ultrapassa os desejos do sonhador, ocultando-se numa região fora do alcance do próprio sonhador, num sentido de abolição de todas as tensões.

Ora, a aspiração a um estado de inexcitabilidade total está presente na formulação do conceito de pulsão de morte, mas antes já estava aludido no *Projeto*, sob a forma de um princípio de Nirvana (FREUD, 1950 [1895]/2006). Aqui a referência se faz a uma região além da representação, onde não se vê aí a manifestação de domínio do aparelho psíquico e um estado que não se pode afirmar se tratar de uma consequência de seu funcionamento, uma de suas finalidades, ou mesmo se ele deve obedecer como a uma exigência, de forma que:

As versões modernas do narcisismo primário nos dão imagens parciais destas relações, e sobretudo no que concerne aos vínculos entre o estado de Nirvana e Eros, mas nada nos dizem sobre a relação entre o Nirvana e a pulsão de morte. Ou isto fica totalmente silenciado, ou os estados descritos - que só podem ser interpretados como o resultado da fusão do Nirvana e de Eros - são concebidos apenas como patamares para um Nirvana completo onde a pulsão de morte daria continuidade a Eros não sendo seu antagonista. (GREEN, 1988a, p. 92).

Seja como for, a ideia de um estado de inexcitabilidade já perseguia Freud desde o início de seu pensamento, com as formulações neurológicas da inércia neurônica, sendo o princípio de inércia, e não o princípio de constância, o primeiro a ser enunciado por Freud:

“Em consequência, o sistema nervoso é obrigado a abandonar sua tendência original à inércia (isto é, a reduzir o nível da Qn’ a zero).” (FREUD, 1950 [1895]/2006, p. 349).

Freud abandona o princípio de inércia em favor de uma constância necessária para a sobrevivência do aparelho psíquico, todavia marcando uma “tendência original” do sistema a um abaixamento do nível de tensão a zero, tendência original que é, para Freud, a função primária cuja finalidade é manter o sistema em estado de não-excitação. Green chama a atenção para o fato de que Freud só se refere à noção de *princípio* para o princípio de inércia, não elevando à manutenção da excitação a um nível constante à mesma categoria.

Portanto, existe uma certa dualidade que permanecerá no pensamento freudiano, e no foco disto está a tentativa do chamado aparelho anímico em se manter livre do incômodo dos estímulos que elevam o tensionamento. Mas Freud deixa num plano secundário esta reflexão em favor do ponto de vista da manutenção do aparelho a um nível baixo de tensão. Este impasse permanecerá até 1920 com a pulsão de morte, quando aí então Freud retoma a ideia de uma tendência dominante da vida psíquica a um aniquilamento da tensão a zero:

A tendência dominante da vida mental e, talvez, da vida nervosa em geral, é o esforço para reduzir, para manter constante ou para remover a tensão interna devida aos estímulos (o ‘princípio de Nirvana’, para tomar de empréstimo uma expressão de Bárbara Low), tendência que encontra expressão no princípio de prazer, e o reconhecimento desse fato constitui uma de nossas mais fortes razões para acreditar na existência dos instintos de morte. (FREUD, 1920/2006, p. 66).

Neste sentido, Freud advoga a favor da remontagem da origem de uma pulsão a uma necessidade de *restaurar um estado anterior de coisas*, estando o princípio de prazer, na verdade, a serviço da pulsão de morte. É assim que Green afirma ter Freud posto uma nova ordem nas coisas: “o princípio de Nirvana tem como tendência última a supressão das excitações, e o princípio de prazer é somente um derivado seu. A primeira teoria do ‘Projeto...’ reencontra seus direitos.” (GREEN, 1988a, pp.96-97). Assim, a organização dessas disposições fica sintetizada na seguinte fórmula, segundo Green: “O princípio de Nirvana expressa a tendência da pulsão de morte; o princípio do prazer representa as demandas da libido; e a modificação deste último princípio, o princípio de realidade, representa a influência do mundo externo” (GREEN, 1988a, p.97).

Então, a característica afetiva, do prazer, e suas formas derivadas são estranhas a formulação de um narcisismo primário absoluto. O narcisismo primário, portanto, não poderia ser compreendido com um estado, mas como uma estrutura, esta que construiria modelos, convenções, ou pelo menos, como desenvolvimentos destes estados, derivados de formas

clínicas. Green se questiona se o princípio de prazer e o princípio de Nirvana não seria exemplos disto:

Se Freud se enganou de trilha com o princípio de constância, não seria porque esta noção estava no meio do caminho entre uma teoria dos *estados* – aqui, o estado de prazer – e uma teoria das *estruturas*, estando a constância do nível de excitação entre a extinção da excitação e a elevação da tensão interna? (GREEN, 1988a, p.98).

Green afirma que o narcisismo primário não pode ser entendido como um estado, mas sim como uma estrutura, se diferenciando da maioria dos autores que “não apenas tratam-no como um estado, mas também só falam dele como um narcisismo de vida deixando em silêncio – o próprio silêncio que o habita – o narcisismo de morte presente sob a forma da abolição das tensões até o nível zero.” (GREEN, 1988a, p.141).

O problema do narcisismo primário, para Green, é que a ele escapa a questão da origem e do destino dos investimentos primários, da separação do Eu e do Isso, envolvendo a trama toda que alude aos conceitos de recalçamento e de defesa. Aí já estaria em questão um narcisismo organizado em favor da reunificação das pulsões, a que se refere boa parte da conceituação da metapsicologia freudiana, pelo menos em sua primeira parte. Este seria um narcisismo positivo, trabalhando em favor da unidade dos impulsos autoeróticos.

Em outro momento, Green (1988c) se coloca em oposição à leitura de Kohut e pensa que é a orientação das catexias que indica a natureza narcísica primitiva, enquanto a qualidade das catexias (o *self grandioso*, de Kohut, a transferência de espelho e a idealização de objeto) na forma de *self-objeto* é secundária, um resultado. Este tipo de leitura, para Green, suportaria a referência a um narcisismo unificador e não a um narcisismo primário, em sentido estrito.

A leitura de Green recai, sobretudo, no descortinamento das defesas anteriores ao recalçamento. O autor desenvolve a trama do narcisismo primário na perspectiva do Desejo do Um, “aspiração a uma totalidade autossuficiente e imortal onde o autoengendramento é a condição, morte e negação da morte ao mesmo tempo” (GREEN, 1988a, p.142). O narcisismo compreendido como o *apagamento da marca do Outro no Desejo do Um* organiza as coordenadas na investigação sobre a separação entre a mãe e a criança.

A instauração de uma diferença entre ser um *phallus* materno e ter (ou não ter o *phallus*) é marcante de todo o início do processo de construção da subjetividade, para a psicanálise. Na definição de um *falso self*, tal como descreve Winnicott, há a definição da suposição de um *self* real que fica silenciado, oculto, e portanto, isolado em um estado de falta de comunicação com as outras áreas do psiquismo. Se não é legítimo caracterizar isto como

patológico, pois esta separação estaria agindo na função de proteção daquilo que é essencial para o *self*, é problema da vacuidade que está colocado.

A separação da criança com sua mãe é uma trama complexa, de modo que antes da separação não há sujeito. Se quisermos seguir a descrição Winnicottiana, não vemos uma mãe e seu bebê, vemos a unidade mãe-bebê, de modo que subjetivar significa habitar o espaço deixado vazio pela presença onipotente do objeto, retomando a mãe na linguagem, na forma de uma alucinação negativa. É, portanto, apenas na inexistência que pode começar a existência, de forma que

do lado da mãe, é preciso que as forças que pressionam para a separação se façam escutar, enquanto do lado da criança é preciso manter junta a parte do Isso materno que serve aos seus fins e tudo o que defende o clamor da vida do indivíduo. E eis que o que no 'tempo' precedente não tinha outro objetivo a não ser a suspensão de toda perturbação vem, neste novo contexto, adquirir uma nova significação que é a de conduzir para si, de ligar o Eu, não apenas para garrotar ou reduzir a impotência do Isso caótico, mas também para selar o signo de uma pertença de si para si ao outro. (GREEN, 1988a, p.133).

Assim, a presença do objeto só pode acontecer paradoxalmente na ausência do mesmo, sendo sobre o fundo desta ausência que será necessário criar os signos que se inscreverão no lugar do que falta. É assim que o autoerotismo seria a marca da independência com relação ao objeto e a alucinação negativa colocaria em cena a percepção total do objeto como um não-Eu. Portanto:

A criança se trata como ela é tratada desde o momento em que a mãe não é mais esta simples excentração da criança. *A mãe é tomada no quadro vazio da alucinação negativa, e torna-se estrutura enquadrante para o próprio sujeito. O sujeito edifica-se ali onde a investidura do objeto foi consagrada ao invés de seu investimento.* Tudo está então no lugar para que o corpo da criança possa vir a substituir o mundo externo. (GREEN, 1988a, p.135).

Neste circuito, a introjeção se inscreve como a matriz dos processos identificatórios, coincidindo com o desaparecimento do objeto, e os destinos pulsionais se inscrevem na trama cujo efeito se dá na transformação da atividade em passividade, que é a forma de atribuição do sujeito a tudo o que parece se realizar fora dele. O corpo tomou o lugar do mundo externo, permitindo constituir os investimentos psíquicos. Green exemplifica através da hipocondria como o órgão hipocondríaco representaria o negativo do autoerotismo, o ponto de ruptura da alucinação negativa da mãe, onde o corpo que tinha tomado o lugar que esta ocupava primitivamente restabelece sua presença.

Retomando a problemática do narcisismo absoluto primário como uma tendência a se aproximar tanto quanto possível do grau zero de excitação em sua relação com a vacuidade, Green afirma que o narcisismo foi majoritariamente objeto de um pensamento fértil, mas centrado em seu aspecto positivo, que tem o estado de saciedade que acompanha a satisfação como seu modelo. Entretanto, no registro do trabalho com pacientes fronteirços e psicoses, a maioria dos autores centram as defesas não somente na luta contra medos persecutórios primitivos e a ameaça de aniquilamento associada, como também contra o confronto com a vacuidade, que é, provavelmente, o mais intolerável dos estados.

Green (1988c) sustenta, na esteira do que vimos com Winnicott e a questão do medo do colapso, na relação com uma estrutura subjetiva rígida para lidar com uma fragilidade do ser, que irrupções de agressividade e colapsos após um progresso indicariam a necessidade de manter uma relação com um objeto interno mau. Com relação ao objeto mau, perdendo o seu poder, não haveria outra solução senão fazê-lo reaparecer: “É menos uma questão da indestrutibilidade do objeto mau ou do desejo de estar seguro de controlá-lo deste modo, do que uma questão do medo de que seu desaparecimento deixará o paciente confrontado pelos horrores do vazio.” (GREEN, 1988c, p. 60).

O ciclo de destrutividade que Green alude à metáfora da Hidra com suas múltiplas cabeças remete à repetição compulsiva, devido ao fato de que aqui a vacuidade só pode ser catexizada negativamente. O abandono do objeto não levaria à catexia de um espaço pessoal, o que na teoria lacaniana remeteria ao espaço da falta que faz a cadeia significante girar, ou em outras palavras, aqui a referência se dá ao *objeto a*, a sombra do real no simbólico. Pelo contrário, a situação é a do registro da aspiração atormentadora à nulidade que arrasta o paciente a um buraco sem fundo. Neste sentido, aqui localizamos a droga ou o analista, do ponto de vista transferencial, como o recurso a um *objeto-fetice*, que recobre este buraco, e que no entanto incorre no fácil risco da perpetuação de um gozo mortífero. Isto porque estes *objetos-fetice* encobririam a real significação da pulsão de morte.

Com efeito, estamos numa sinuca de bico, onde o recurso a *objetos-fetice* se encaixa em uma tentativa desesperada de conferir uma integração subjetiva, mesmo que rígida e fracassada, onde a questão da dependência revela seus efeitos mais devastadores de mortificação subjetiva, e por outro lado, é o abismo do desamparo e da face da morte que se instauraria de maneira nua e crua. Ou seja, na busca por encontrar um estado de paz e quietude, a inexistência de toda esperança de satisfação se impõe, deslocando o estado de prazer para o da necessidade, como vimos com Aulagnier. Neste sentido, esta quietude que



pode ser ruidosa ou silenciosa, tanto faz, revela o recuo a uma estrutura de um narcisismo primário absoluto.

### 5.8. Desamparo e compulsão

O fenômeno da compulsão ganha contornos diferenciados na atualidade em relação àquela descrição clássica, da época de Freud. Conforme verbete de Laplanche e Pontalis (2004) sobre compulsão, esta noção comporta “o tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar uma imposição interna. Um pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia.” (P. 86).

Na palavra usada originalmente por Freud, *Zwang*, o termo é usado para designar, principalmente no registro da neurose obsessiva (*Zwangneurose*) uma força imperativa, estando o relevo acentuado na característica da primazia do pensamento circular como solução para uma ideia conflitiva, e que é uma novidade em relação aos primórdios da psicanálise, quando Freud se deparava com a histeria, cuja solução sintomática era localizada fundamentalmente no corpo. Na neurose obsessiva, haveria uma segregação entre a representação e seu afeto, onde a ênfase se dá no plano do pensamento obsessivo, que em geral escoam para ações compulsivas.

No entanto, há uma alteração no entendimento sobre a dinâmica compulsiva tal como ela foi empreendida desde o início da psicanálise até os nossos dias. Birman (2012) delineia um quadro no qual as compulsões se inscrevem no registro do corpo e da ação na atualidade. Esta problemática revelaria, na sustentação do autor, uma das formas do mal-estar atual na civilização ter sua manifestação, localizando este quadro numa perspectiva mais abrangente das condições sociais que impuseram alterações na economia psíquica do sujeito contemporâneo. Este sujeito não pode ser caracterizado da mesma forma, com as mesmas características que marcaram aquele do início do século passado, dadas as transformações históricas e as discontinuidades nos modos de subjetivação a elas correlatas. De acordo com o autor, o *ethos* que define o imperativo categórico na atualidade é o agir, e tem a indeterminação como marca deste sujeito da ação: “Daí a sua repetição incansável, sem variações e modulações, que assume o caráter de imperativo, isto é, impõe-se ao psiquismo

sem que o eu possa deliberar sobre o impulso que inevitavelmente se impõe.” (BIRMAN, 2012, p. 84).

Atrelando este movimento de uma intensa movimentação corporal e social, e no entanto de caráter circular, repetitivo, Birman indica, sobretudo, as toxicomanias como uma das formas mais dominantes do mal-estar, que se apresenta em diferentes faixas etárias e classes sociais. E este movimento tem se ampliado cada vez mais e atingindo seus alvos cada vez mais cedo. Caso emblemático disso se revela no drama de adultos, mas também de adolescentes e até crianças cada vez consumindo mais e mais drogas ilícitas. Mas a outra face da mesma moeda pode ser identificado nos perigosos efeitos exigidos da performance escolar, se tratando hoje de um fenômeno de massa, em larga escala. As crianças começam a ser diagnosticadas e medicalizadas precocemente, seduzidas que são aos imperativos da ação e da performance na organização das contingências sociais e econômicas de produtividade e proatividade, atreladas que estão ao mundo neoliberal.

Não é sem razão o fato de haver uma inflação diagnóstica, como relata o editor do DSM-IV, Frances (2013). No reconhecimento do poder de ação na expansão da psiquiatria, o autor sublinha os fortes impactos principalmente na infância:

Ainda que tenhamos sido enfadonhamente modestos em nossos objetivos, obsessivamente meticulosos em nossos métodos e rigidamente conservadores em nosso produto, falhamos ao predizer ou prevenir três novas falsas epidemias de transtornos mentais em crianças – autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar na infância. Ou seja, tem-se claro o poder de produção de modificações nos modos de pensar e agir sobre o sofrimento mental, chegando, no limite, ao aumento da prevalência de determinadas condições clínicas em função da alteração nos critérios de cada nova edição lançada. (FRANCES, 2013, p. XIV, tradução nossa).

Então, retomando, se a toxicomania implica a presença de uma dependência física e psíquica, que conduz os sujeitos a uma dinâmica da compulsão propriamente dita, o que não existiria, rigorosamente falando, nas outras formas de usos de substâncias e *objetos-fetichê*, não é necessário supor tanto afastamento em relação ao modo compulsivo na atualidade. A diferença é que o campo das drogas ilícitas estaria referido a um campo da ilegalidade, onde o narcotráfico dita as regras. Mas a dinâmica das drogas legais e medicinais, legitimadas pelos saberes acadêmicos, pela medicina clínica, pela psiquiatria, girando em torno do intenso processo de comercialização de psicofármacos, incrementando a *psicofarmacodependência*, também engendram um processo perverso de dependência física e psíquica: “deve-se reconhecer que vivemos numa cultura das drogas, da qual não se pode excluir também o fumo e as bebidas alcoólicas. Enfim, vivemos intoxicados mesmo que não saibamos disso, pois

esses diferentes fármacos e estimulantes se inscrevem no estilo contemporâneo de existência.” (BIRMAN, 2012, p. 86).

Assim, a compulsão que se expande na atualidade se encaixa em uma dinâmica onde uma droga é substituída por outra, e o limite entre o lícito e o ilícito se torna tênue. Da mesma forma a substituição de drogas por medicamentos, a substituição de cigarros por outras drogas, enfim, um ciclo de substituições é verificado. No fundo disso está uma constante busca por este objeto apaziguador, e muitas vezes isto vem disseminado com um ideário de promoção de saúde. Nesse âmbito, as compulsões alimentares se encontram no registro do excesso de excitabilidade, onde, neste contexto o que se nota é que

a relação do sujeito com a comida é ambígua e ambivalente, pois esta é o objeto de desejo e de repulsa, de maneira que voracidade e o vomitar se declinam quase que num mesmo gesto. Os efeitos e destinos dessa polaridade são opostos, certamente, mas a comida como fetiche está sempre presente nesta experiência compulsiva. (BIRMAN, 2012, pp. 90-91).

Assim, bulimia e anorexia são vertentes neste campo da relação entre comida e imagem corporal que se situam como sintoma da compulsão alimentar, inscrita neste cenário da exigência de performance. Estes exemplos, além de tantos outros, revelam o modo pelo qual há na sociedade atual uma demanda compulsiva por variados elementos sedutores que são ofertados para o consumo. Poderíamos falar de outros tantos exemplos de uma organização onde se consome de tudo, e de maneira compulsiva: de drogas lícitas a drogas ilícitas, comida, bens de uma forma geral, mas também se consome serviços e as relações interpessoais, e nesta medida o outro serve apenas enquanto apresentar algum elemento de utilidade. Cabe dizer que, neste ínterim, o uso compulsivo de drogas pesadas está envolto neste mesmo campo problemático, onde houve um deslocamento do uso recreativo de drogas, como instrumento carregado de uma carga simbólica ideológica, onde novos mundos podiam ser vislumbrados - como é o caso da maconha na década de 1960/1970, inserida num movimento de transformações sociais intensas – e passaram a estar fundadas na obtenção de um *objeto-fetiche* absoluto, causa de todo prazer individual.

Destá forma, o comportamento compulsivo fica sendo o que resta da tentativa desenfreada de lidar com uma energia psíquica sempre disponível em níveis excessivos, e que nunca cessa de se aquietar dada a oferta de objetos parciais dos mais variados. Por isso mesmo a categoria do tempo precisa ser repensada: o tempo na neurose obsessiva clássica, que abrange em seu interior a compulsão como elemento basal, é outro em relação ao que se apresenta no comportamento compulsivo atual. Na atualidade, percebemos uma disjunção

entre os registros da neurose obsessiva e do comportamento compulsivo. É o que diagnostica Barros (2012):

Da velha neurose obsessiva, se elegemos como seu paradigma as desventuras de Ernst Länzer que Freud nos relatou, algumas manifestações parecem ter diminuído, enquanto outras permaneceram e até se reforçaram. Se por um lado, ter-se-ão tornado menos frequentes e as torturas do pensamento aprisionado entre a tentação e a culpa – terão retornado, talvez, a alguma prática religiosa - , outras formas, não menos fortes, parecem marcar a nossa época. Por exemplo, as compulsões, entendidas como atos automáticos e em série, e em certa medida adequados às imposições do discurso dominante. (p. 110)

Estamos em um registro diferente do entendimento de compulsão no bojo do tratamento preconizado por Freud. Se nesta, a compulsão faria uma dobradinha com a obsessão, na medida em que o conflito entre ideias obsessivas precipitaria a imposição de gestos compulsivos em vistas a apaziguar este conflito, atualmente “falta o intervalo que na neurose obsessiva é marcado pela procrastinação, tempo a ser ocupado basicamente por pensamentos ou atos sem sentido.” (BARROS, 2012, p. 114). É justamente nesta questão temporal que o autor tem a possibilidade de questionar se é possível falarmos de um novo obsessivo, por um ângulo que é fundamental na distinção adjetiva as duas modalidades de traço característico, o suporte fantasmático. Assim:

Diferentemente do neurótico freudiano clássico, cuja relação com o ato visa, de uma forma ou de outra, a dar expressão ao conteúdo da fantasia, cabendo ao psicanalista religar os dois, ato e fantasia, o novo obsessivo repete ações sem sentido e oferece uma barreira contra a explicação do ato que se faria por meio do relato da fantasia. (BARROS, 2012, p.115).

Na atualidade é o recurso de um suporte fantasmático como balizador das experiências que se encontra principalmente ausente. A marca compulsiva se inscreve na marca repetitiva da tentativa de instaurar uma possibilidade de ligações e simbolizações, e que no entanto se revela um esforço fracassado. A ação esvaziada e o recurso às passagens ao ato se oferecem como saída frente à grande carga de energia no aparelho psíquico. É por este caminho que Gondar (2001) aposta que a patologia do ato aparece em sua forma mais nítida. Esta concepção se insere num contexto mais amplo, no qual o apontamento recai no aumento e abrangência com que a compulsão conquista novos territórios subjetivos.

A autora introduz uma reflexão a partir do personagem de Melville, Bartleby, o escriturário, que responde às ordens de seu chefe sempre com a mesma frase, pronunciada de

forma calma e serena: "Preferiria não". Bartleby não faz nenhuma objeção às tarefas ou às regras do escritório, recusa-as de forma passiva.

Prefere não executar as tarefas para as quais foi contratado, prefere não sair do escritório fora do horário de trabalho e, após levar todos à exasperação — a ponto de mudarem de endereço para impedir a sua presença — é conduzido à prisão, onde prefere não falar, não andar e não comer, recusando-se, no limite, a viver. A despeito deste "não" que se repete e se alastra, Bartleby poderia ser descrito como um homem sem qualidades, ou, melhor, um homem que, no decorrer da história, despe-se progressivamente delas. Não aparece em seu "preferiria não" o colorido de um desejo, de uma fantasia ou de um conflito, capazes de situar esta recusa como afirmação de um território subjetivo. Na verdade, Bartleby parece vazio de subjetividade: uma figura de homem genérico e tão próximo de uma universalidade nua que sua recusa, na ausência de qualquer colorido desejante, só pode conduzi-lo à autodestruição, ao invés de tornar-se uma alternativa singular e viável. (GONDAR, 2001, pp. 25-26).

Gondar se questiona sobre a razão da eleição desse personagem para o estudo sobre as compulsões, na medida em que há um aparente paradoxo entre a recusa de Bartleby a agir e a caracterização das compulsões como uma patologia do ato. Não existiria aí um contrassenso? Em um outro exemplo, desta vez retirado de fontes jornalísticas, a autora evoca a leitura de Slavoj Žižek sobre um caso de uma mãe exemplar, que deixa seu emprego de enfermeira para dedicar-se exclusivamente aos filhos. Sempre pondo sua vida a serviço dos outros, Andrea surpreende a todos com um ato terrível: num dia comum, após a saída de seu marido para o trabalho, ela enche a banheira e afoga uma a uma suas cinco crianças, entre seis meses e 7 anos — crianças que, muito provavelmente, a olhavam perplexas durante a metódica operação. Em seguida, ela chama a polícia e o marido, afirmando muito calmamente: “matei meus filhos”.

Na aposta de um caso inequívoco de passagem ao ato, a hipótese de Žižek “é a de que esse ato surgiria como resposta a um imperativo cujo cumprimento é impossível.” (GONDAR, 2001, p.26). Nesta leitura, a mãe se encontraria num impasse cujo dilema decorre da exigência própria de um gozo impossível, de forma que a única saída foi a destruição dos seres que encarnavam as injunções que lhe eram impostas.

Assim, o que há em comum nos dois extratos é uma modalidade de recusa que não oferece lugar ao desejo, cujo movimento se dá na sustentação de uma flexibilização entre os imperativos de fora e a organização dos circuitos pulsionais. É aí que a passagem ao ato surge como resultado de uma necessidade de expressão de uma intensa necessidade de extravasar e de agir, e, no entanto, vazia de uma sustentação simbólica.

É verdade que em *Bartleby* esta recusa se dá sob a forma de uma quase petrificação, enquanto que na mãe ela conduz ao mover-se e ao agir. Em ambos os casos, contudo, há uma recusa a obedecer as injunções, mas realizada de forma vazia, estando ausentes os argumentos ou atos que poderiam efetivamente fazer objeção aos mandamentos. É como se diante de uma lei experimentada como imperativo categórico — imperativo que não leva em conta os prazeres, desejos e inclinações singulares — a resposta do indivíduo fosse uma recusa igualmente categórica, uma desobediência que conduziria, paradoxalmente, à obediência do imperativo, na imposição de manter o desejo fora do campo. (GONDAR, 2001, p.26).

O que está em jogo são atos de desobediência que flertam continuamente com o abismo e autodestruição. Neste íterim, a problemática das compulsões ganha tamanha importância na atualidade, onde a passagem ao ato seria o consequente resultado dessas tramas. É aí que Gondar enxerga a compulsão como tentativa (ainda que fracassada) de dizer não ao imperativo superegóico.

Com efeito, assim como na leitura de Barros (2012), o acento de Gondar (2001) se inscreve em uma dinâmica compulsiva diferente daquela descrita por Freud. Ou seja, em Freud, a compulsão remete inexoravelmente à neurose obsessiva, apesar de não ser sinônimo de obsessão, mas tangencia a questão, dizendo respeito a uma particularidade de determinados sintomas obsessivos: pensamentos ou atos em que o sujeito é pressionado a realizar, ainda que lhe pareçam estranhos.

A compulsão aí resulta de uma força irresistível contra a qual o sujeito luta, mas em geral fracassa. É, portanto, resultante de um conflito psíquico e de uma luta subjetiva entre duas injunções opostas, estando o sujeito impossibilitado de realizar uma escolha. É nessa hesitação exasperante que surge a resposta do sujeito na forma do ato compulsivo. Surge, então, a diferença com relação ao aspecto da compulsão à repetição, presente maciçamente nos quadros das patologias na atualidade.

Diferentemente dos atos compulsivos do neurótico obsessivo, a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) não poderia ser encarada como o resultado de um conflito, motivo pelo qual não é necessariamente experienciada, por quem a sofre, como expressão de uma luta íntima. Trata-se, na verdade, de uma característica fundamental da própria pulsão, logicamente anterior ao estabelecimento de um conflito pulsional, ainda que essa anterioridade a torne o motor de todo conflito e de toda formação psíquica. (GONDAR, 2001, p.26).

Deste modo, a compulsão à repetição surge como o mote de um impulso avassalador, ao qual sucumbe o sujeito, “buscando conteúdos capazes de preencher uma forma vazia, autônoma, e, em última instância, irreduzível aos seus próprios conflitos.” (GONDAR, 2001, p.28). Então, se na compulsão atrelada à neurose obsessiva, nos termos clássicos, encontram-se em jogo dois mandamentos opostos — funcionando como ordem e contraordem — diante

dos quais o indivíduo se vê num estado de hesitação, de dúvida, é justamente este caráter de hesitação que se encontra ausente nas compulsões contemporâneas. Há, portanto, a eliminação do intervalo de tempo que a dúvida obsessiva impõe, e as passagens ao ato tem sua epifania, num quadro do vazio simbólico, que remete à dimensão dilacerante da pulsão de morte. Isto é, há a presença de um gozo narcísico destrutivo nesta engrenagem.

O que queremos ressaltar, todavia, é que as compulsões não se reduzem a uma pura e simples obediência ao imperativo superegóico, que os compulsivos não são figuras da moral kantiana, e que o empuxo ao gozo não pode ser diretamente traduzível pelas ordens: coma, beba ou drogue-se. Pensamos, ao contrário, que os atos compulsivos são uma tentativa de fazer obstáculo ao cumprimento da injunção cruel, ainda que essa tentativa fracasse: há neles um lampejo de subjetivação que não chega a efetivar-se como afirmação de desejo. (GONDAR, 2001, p.29).

É apontado, portanto, neste estudo acima referido que nas novas formas de subjetividade a compulsão se apresenta como uma forma de tentar barrar as injunções mortíferas de um imperativo superegóico. “O que implica que o sujeito se coloca como objeto de gozo a serviço de uma lei cruel. Este carrasco íntimo é a grande personagem dos funcionamentos compulsivos.” (GONDAR, 2001, p. 30).

A autora resalta um aspecto importante nessas novas formas de subjetivação, que é a inacessibilidade desses sintomas à interpretação, além do destaque à ausência de um endereçamento ao Outro. “Tudo se passa como se seu sofrimento fosse da ordem de uma fatalidade que não inclui um outro, uma fatalidade que a eles se impinge sem matizes, como um monolito do qual eles pouco têm a dizer” (GONDAR, 2001, p. 30).

Do ponto de vista do manejo clínico, a autora sustenta a tese de que falar em modos de subjetivação seja mais interessante por conter uma carga mais fluida, em que uma flexibilidade nosográfica se faz necessária para lidar com as novas configurações subjetivas que se impõem. É preciso alargar a experiência de escuta desses sofrimentos que problematizam a ortodoxa categorização psicanalítica, rumo a uma escuta de um campo subjetivo com maior extensão e plasticidade. Isto porque com esse sujeito

é como se o corpo fosse reduzido a uma matéria da qual eles são meros portadores, criando-se a necessidade de próteses de sustentação egóica, encontradas algumas vezes através de exercícios físicos ou de adereços que rasgam a pele. A ausência de fantasia os lança, sem mediação, diante de uma diferença absoluta: esses pacientes parecem se encontrar ante o olhar siderante de Gorgó, a Medusa, recebendo uma luz e uma lucidez capazes de levar à cegueira e à petrificação. Seria preciso um outro olhar que pudesse fazer barreira à sideração que os petrifica: o olhar do analista mostra-se, nesses casos, fundamental para promover uma costura do tecido esgarçado, favorecendo a construção de uma tela fantasmática e da própria imagem corporal — por esse motivo, não é recomendável indicar-lhes o divã. Diante de tal

funcionamento, não é de se estranhar que as interpretações, comumente pautadas na desconstrução do imaginário, tornem-se aqui inoperantes, em sua tentativa de partir o que já está fragmentado, ou de desmontar aquilo que, ao contrário, precisaria ser construído. (GONDAR, 2001, p. 31).

Mais do que ineficaz, o manejo clínico sustentado fundamentalmente na interpretação com esses pacientes se torna perigoso. Qualquer interpretação mais violenta que tome por fundamento a lógica da castração será tomada no registro persecutório, e assim, fortalecendo o mandamento superegótico que imobiliza. Nesta medida, é mais interessante o recurso à sensibilidade clínica que pressupõe a constituição de uma esfera imaginária e fantástica, para que se possa adensar um circuito simbólico, onde o corpo e o psiquismo possam ser contornados de forma a ligar as pulsões.

Este caráter persecutório que permeia a relação transferencial pode ser compreendido na leitura que Rezende (2005) faz sobre a natureza singular do objeto nos estados limite. A autora estabelece uma ligação entre esta natureza persecutória e a drogadição, uma vez que:

O estatuto absoluto e, portanto *sinistro* e persecutório que o objeto (interno/externo) parece exercer nessas patologias, envolve na dinâmica pulsional uma inquietante flutuação entre a ordem da ‘necessidade’ e a do desejo, como o ilustram tão bem a relação que o toxicômano estabelece com o objetodroga, a que o bulímico trava com a comida, a que o adicto, em sua servidão ego-corporal – e ao mesmo tempo estritamente corporal – trava com o objeto (parcial) de sua adição. O caráter fixo que assume o objeto nas adições indica essa espécie de rebatimento do desejo sobre a necessidade. (REZENDE, 2005, p 69).

Deste modo, estes objetos assumem a forma de uma tentativa de contorno do vazio, mas não fornecem senão um alívio temporário. Assim, a questão da passividade assume uma forma paradoxal, pois se a atividade incessante da busca por um objeto apaziguador não permite a costura de um destino pulsional que permita a construção da passagem do caráter ativo para o passivo da pulsão, esses sujeitos se apresentam passivos frente às paixões mortíferas que os enredam no circuito da compulsão à repetição, devido a um frágil aporte narcísico. Ficam, portanto, resistentes à alteridade, pois se julgam donos de si mesmos, e no entanto, absolutamente “escravizados ao domínio do outro” (REZENDE, 2005, p 69).

Isto porque a autora supõe uma outra leitura em relação à consagrada ideia de falha narcísica trabalhada nos estados limite, em que a operação de assimilação do objeto e de totalização do eu é precária. Então, sua perspectiva se inscreve no registro não apenas de uma indiscriminação eu/outro, mas precisamente na ideia de uma servidão ao outro.



Não havendo uma vetorização principalmente a uma lógica dos pacientes que podem ser agrupados na ideia do conflito, mas à ideia do vazio, a efemeridade do laço social explicitada por Bauman (1998) através do caráter líquidos das relações e que encontra apoio e confluência naquilo que Sennett (1999) apontou como sendo o modelo econômico da corrosão do caráter, estando o narcisismo, que descrevemos como tentativa de esboçar o quadro das subjetividades atualmente, como correlato da noção de individualismo na atual fase do capitalismo neoliberal. É, portanto dentro desta lógica que encaixamos a compulsão na atualidade.

## CONCLUSÃO

*"Quando Narciso morreu, vieram as Oréiades – deusas do bosque – e viram o lago transformado, de um lago de água doce, num cântaro de lágrimas salgadas.*

*- Porque você chora? – perguntaram as Oréiades.*

*- Choro por Narciso – disse o lago.*

*- Ah, não nos espanta que você chore por Narciso – continuaram elas.*

*- Afinal de contas, apesar de todas nós sempre correremos atrás dele pelo bosque, você era o único que tinha a oportunidade de contemplar de perto sua beleza.*

*- Mas Narciso era belo? – perguntou o lago.*

*- Quem mais do que você poderia saber disso? – responderam, surpresas, as Oréiades.*

*- Afinal de contas, era em suas margens que ele se debruçava todos os dias.*

*O lago ficou algum tempo quieto. Por fim, disse:*

*- Eu choro por Narciso, mas jamais havia percebido que Narciso era belo. Choro por Narciso porque, todas as vezes que ele se deitava sobre minhas margens eu podia ver, no fundo dos seus olhos, minha própria beleza refletida."*

Os discípulos, Oscar Wilde

Na poesia de Wilde, o lago perdeu os olhos de narciso, e por isso chora. Perdeu a si mesmo quando perdeu o outro, que se via no ato de ver. Narciso apaixonara-se pela própria imagem que acreditava estar no fundo do lago. Portanto, ambos existiam na medida mesmo do olhar do outro, no ato do reflexo mútuo. O choro revela a perda de si mesmo quando da perda do outro.

A indicação da noção de espelhamento revela a fundamental importância na constituição subjetiva, no encontro no gesto relacional. Chegando à reta final deste caminhar, algumas considerações restam importantes de serem pontuadas. Evidentemente, muitas

questões permanecem em aberto, muitas sem respostas, o que se configura também como positivo. Em que pese a quantidade de temas tratados aqui, uma infinidade de provocações, que não se esgotam neste estudo, surgiram e permanecem como fomento para outros estudos posteriores, pormenorizações, angulações outras que ajudem a refletir a importância de um constante projeto de problematização.

Terminamos com um poema que circunda o mito de Narciso. Muitos olhares a respeito do conceito de narcisismo poderiam ser apontados. A atualidade deste conceito é marcante. A clínica dos Estados Limites e o debate sobre os estágios precoces da formação do Eu marcaram muito do percurso aqui realizado, e se instaurou como forte analisador das problemáticas aqui tratadas. O psiquismo sempre se incumbirá de sobreviver! Seja da maneira como for. Se tratamos bastante de questão das falhas ambientais precoces, e muitos estudos atuais resgatam a importância de autores que versam sobre os primeiros vínculos da constituição subjetiva, deve ser porque se tem falhado em atentar para a tamanha importância destes períodos iniciais.

As pessoas procuram reconhecimento no (do) outro porque elas têm fome de amor. A celebração de uma tese de doutorado como uma necessidade premente do labor da escrita se pauta em uma urgência de transformar uma angústia da impotência. A verificação de uma hipermedicalização em trabalhos com crianças e jovens retirados das ruas, por uso de drogas e uma espécie de terceirização do “cuidado”, com o deslocamento das drogas ilícitas para as drogas lícitas não favorece um enriquecimento subjetivo. Pelo contrário, da forma como é feito em muitas políticas públicas atuais enclausura dentro da fenomenologia individualista dos nossos tempos atuais, marcando no indivíduo a insígnia de um mal-estar que é social.

Esta observação a partir de um trabalho clínico não é difícil de ser verificada na nossa contemporaneidade. Se há uma venda da promessa de uma terapêutica a partir da psicofarmacologia, por que à medida em que se aumenta a disponibilidade de medicamentos no mercado, as doenças da alma não diminuem? Es foi nosso questionamento inicial. Partimos para investigar algumas facetas da atualidade, nas interseções da psicanálise com a cultura. Se na lógica neoliberal tudo vira objeto-fetice nos tentáculos do consumismo, a dimensão do sofrimento não passa incólume a isto. Em um mundo altamente marcado pelas exigências do individualismo e autonomia, em que a performance individual é valorizada, os psicofármacos incrementam estas relações. Por outro lado, serve como silenciador da vozes

internas que gritam por socorro, pois sem o outro, o individualismo só se sustenta em uma inflação egóica na estrutura de superficialidade.

No modo de organização das sociedades do individualismo, resgatamos a atualidade de autores que pensaram os efeitos deste enredo para as subjetividades e para os vínculos. Muitos outros autores foram deixados de lado, seja por desconhecimento, seja por falta de tempo de analisar a beleza de seus escritos. É o caso de Kristeva. A autora descreve sobre tangenciamentos deste presente estudo. Em seu livro “As novas doenças da alma” (KRISTEVA, 2002), ela percorre a questão de saber se ainda há alma atualmente, na contrapartida à redução de uma vida interior.

Porquanto uma constatação se impõe: pressionados pelo estresse, impacientes por ganhar e gastar, por desfrutar e morrer, os homens e mulheres de hoje economizam essa representação de sua experiência a que chamamos de vida psíquica. O ato e seu avesso, o abandono, substituem a interpretação de sentido. (...)

Habitante de um espaço e de um tempo retalhados e acelerados, tem, com frequência, dificuldade de reconhecer em si uma fisionomia. Sem identidade sexual, subjetiva ou moral, este anfíbio é um ser de fronteira, um ‘borderline’ ou um ‘falso self’. Um corpo que age, na maioria das vezes, mesmo sem a alegria da embriaguez performática. O homem moderno está perdendo sua alma. Mas não sabe disso, pois é precisamente o aparelho psíquico que registra as representações e seus valores significantes para o sujeito. Ora, a câmara escura está avariada.

Claro, a sociedade na qual o indivíduo moderno se formou não o deixa sem recursos. Um, às vezes eficaz, é a neuroquímica: nela encontram alívio as insônias, as angústias, certos acessos psicóticos, certas depressões. E quem irá discordar? O corpo conquista o território invisível da alma. Daí o ato. Você não tem mais nada com aquilo. (...)

Quando não está sob os cuidados da droga, você tem nas imagens o ‘curativo’. Afoga no fluxo da mídia seus estados de alma, antes que se formulem em palavras. (KRISTEVA, 2002, pp. 14-15).

Nestas palavras iniciais de Kristeva encontramos uma forte ressonância com nosso estudo sobre os destinos do sofrimento na atualidade. Enxergamos na atualidade os ecos que fazem brilhar o *ethos* do individualismo, de um “mundo mutante” que Kohut (1988) identifica em seus estudos sobre as personalidades narcísicas. As reflexões contidas no pensamento deste autor, cuja obra se revela de extrema atualidade, nos permitem refletir sobre as condições de sobrevivência psicológica do homem ocidental da contemporaneidade.

Trazendo a psicologia do *self* para perto da psicologia social, Kohut relata que “até recentemente, a ameaça dominante ao indivíduo era um conflito interno insolúvel.” (KOHUT, 1988, p. 204). Neste contexto as crianças eram expostas a um excesso de intimidade

emocional entre pais e filhos, e a dimensão do conflito entre diversas injunções impostas era o efeito. Pelo contrário, “a criança de hoje tem cada vez menos oportunidade de observar seus pais no trabalho ou pelo menos de participar emocionalmente, mediante imagens concretas e compreensíveis, da competência dos pais e do orgulho destes na situação de trabalho em que seus *selves* estão mais profundamente comprometidos.” (KOHUT, 1988, p. 204). Desta forma, a participação emocional apenas nas atividades de jogos e lazer nas horas que restam, isto para não falar das mudanças mais significativas em torno advindas das exigências de produtividade, estresse e correria atuais, não fornece ao *self* nuclear da criança, nesta leitura de Kohut, o mesmo nutriente emocional nas atividades da vida real.

Dito de outra maneira, o meio ambiente que costumava ser considerado ameaçadoramente íntimo é agora cada vez mais distante; onde as crianças eram anteriormente superestimuladas pela vida emocional de seus pais, agora elas são muitas vezes subestimuladas. É neste sentido que o psicanalista contém um valor inestimável na contribuição a este debate, pois ele se encarrega de enxergar estas tramas do gesto relacional, no âmbito da transferência. Portanto, observar o dispositivo da transferência requer o exame das condições, por vezes sutis, a que os vínculos estão relacionados.

O narcisismo venceu portanto a prova do tempo e se impõe como um conceito de extrema importância na atualidade: instala-se no centro de muitas das patologias atuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, J. Les destructions de Narcisse. **Revue française de psychanalyse**. v.78, n. 1, 2014, pp. 61-67.

APPALBAUM, K. Le procès du Risperdal: la promotion hors AMM et pourquoi il est si difficile de l'empêcher. In: BORCH-JACOBSEN, M. **Big Pharma**. Une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Éditions Les Arènes, Paris, 2013, pp. 175-199.

AULAGNIER, P. **Os destinos do prazer**. Imago editora, Rio de Janeiro. 1985.

BALINT, M. **A falha básica**. Aspectos terapêuticos da regressão. 2ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.

\_\_\_\_\_. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BARROS, R. **Compulsões e obsessões: uma neurose de futuro**. Civilização Brasileira Editora, Rio de Janeiro. 2012.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BEZERRA JR., B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR.; COSTA, J. (orgs). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BIRMAN, J. **Ensaio de teoria psicanalítica**. Metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1993.

\_\_\_\_\_. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.

\_\_\_\_\_. **Freud e a filosofia**. Filosofia passo a passo 27. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

\_\_\_\_\_. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Civilização Brasileira Editora, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. **Mal-estar na atualidade: a Psicanálise e as Novas Formas de Subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Editora, 2007.

\_\_\_\_\_. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Editora, 2012.

\_\_\_\_\_. **Arquivo e memória da experiência psicanalítica**. Ferenczi antes de Freud, depois de Lacan. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014a.

\_\_\_\_\_. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**. v. 17, n. especial, Agosto, 2014b.

BORCH-JACOBSEN, M. **Big Pharma**. Une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Éditions Les Arènes, Paris, 2013.

BORGES, J. O imortal. In: BORGES, J. **O Aleph**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

COHEN, D. **Freud e a cocaína**. A história do uso da droga nos primórdios da psicanálise. Editora Record, Rio de Janeiro, 2014.

CUNHA, M. **Freud e o mal estar na modernidade**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em teoria psicanalítica) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DEBORD, G. **A Sociedade do Espetáculo**. São Paulo: Editora Contraponto, 1997.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades do controle. **Conversações 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

DERRIDA, J. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Iluminuras, 2015.

EFKEN, P. H. O.; CARDOSO, M. R. A crueldade em ato: marca de uma indiferença extrema. In: BASTOS, A. (Org.). **Interpretação e ato na experiência analítica**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2016, pp. 109-126.

ELLENBERGER, H. **El descubrimiento del inconsciente**: historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Madrid: Editorial Gredos, 1976.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi**. Dépression et société, Paris: Odile Jacob, 2000.

\_\_\_\_\_. **La société du malaise**. Paris: Odile Jacob, 2012.

FERENCZI, S. In: BIRMAN, Joel (org.). **Sándor Ferenczi: escritos psicanalíticos 1909-1933**. Rio de Janeiro: Taurus, 1988.

FIGUEIREDO, L. C.; CINTRA, E. M. U. Lendo Andre Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In: Cardoso, M. R. (Org.), **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004.

FORRESTER, J. **A linguagem e as origens da psicanálise**. Coleção Psicologia Psicanalítica. Imago Editora, Rio de Janeiro, 1983.

FOUCAULT, M. **Nietzsche, Freud e Marx**. *Theatrum Philosophicum*. Principio Ed., São Paulo, 1975.

\_\_\_\_\_. **As Palavras e as coisas**. Uma arqueologia das ciências humanas. Martins Fontes. São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. História da violência nas prisões. 37ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2010.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**. São Paulo. Martins Fontes, 2012.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FRANCES, A. **Saving normal**. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and medicalization of ordinary life. William Morrow Paperback Edition. Harper Collins Publishers, 2013.

FREUD, S. (1950 [1895]). Projeto Para Uma Psicologia Científica. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1900). A Interpretação dos Sonhos. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vols. 4 e 5. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1905a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 7. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1905b). Tratamento Psíquico (ou anímico). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 7. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1910). A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 11. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 12. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1914a). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.



\_\_\_\_\_. (1914b). A história do movimento psicanalítico. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1915). O inconsciente. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1916[1915]). Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1915). Pulsão e destinos da Pulsão. In: **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Imago Editora, Rio de Janeiro, 2004.

\_\_\_\_\_. (1919). O 'estranho'. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1923). O eu e o isso. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 19. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1924). O problema econômico do masoquismo. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 19. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1927). O futuro de uma ilusão. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1930). O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1940[1938]). Esboço de psicanálise. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 23. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. **Sobre a concepção das afasias.** Um estudo crítico. Obras incompletas de Sigmund Freud. Autêntica Editora, Belo Horizonte, 2013.

GAY, P. **Freud: Uma vida para o nosso tempo.** Companhia das letras, São Paulo, 2005.

GONDAR, J. Sobre as compulsões e dispositivo analítico. **Ágora.** v. 4, n. 2, jul./dez., 2001, pp. 25-35.

\_\_\_\_\_. Um paradoxo nos sofrimentos narcísicos. In: HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. (Orgs.), **De Édipo a Narciso: A clínica e seus dispositivos.** Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC, 2014.

GREEN, A. **Narcisismo de vida Narcisismo de morte.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988a.

\_\_\_\_\_. **Sobre a loucura pessoal.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988c.

GREENE, J. Risque et responsabilité dans la promotion pharmaceutique. In: BORCH-JACOBSEN, M. **Big Pharma.** Une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Éditions Les Arènes, Paris, 2013, pp. 303-316.

GURFINKEL, D. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. In: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.,** São Paulo, v. 11, n. 3, setembro, 2008, p. 420-436.

HEIDEGGER, M. Le mot de Nietzsche « Dieu est mort » . In: **Chemins qui ne mènent nulle part.** Gallimard. 1962.

HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. Prefácio. In: HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. (Orgs.), **De Édipo a Narciso: A clínica e seus dispositivos.** Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC, 2014a.

HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. De Édipo a Narciso: a técnica em questão. In: HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. (Orgs.). **De Édipo a Narciso: A clínica e seus dispositivos.** Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC, 2014b.

JONES, E. **Vida e obra de Sigmund Freud.** 2ª ed. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1975.

KIRSCH, I. Les antidépresseurs: un mythe s'effondre. In: BORCH-JACOBSEN, M. **Big Pharma.** Une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Éditions Les Arènes, Paris, 2013, pp. 385-398.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão.** E outros trabalhos. 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KOHUT, H. **Análise do self.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971.

\_\_\_\_\_. **A restauração do self.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1988.

KRISTEVA, J. **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LACAN, J. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. In: **Opção Lacaniana** - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32. São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958). Texto estabelecido por Jacques Alain Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário de Psicanálise**. 4ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes. 2004.

LASCH, C. **A Cultura do Narcisismo**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1983.

LAURENT, É. Como engolir a pílula? In: Palavras e pílulas. A psicanálise na era dos medicamentos. **Clique**, n. 1, abril, 2002, p. 24-35.

LAZZARINI, E.; VIANA, T. Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. In: **Análise Psicológica**. v. 28, n. 2, 2010, pp. 269-280.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosaf Naify, 2012.

MAIA, M. **Extremos da alma**: Dor e trauma na atualidade da clínica psicanalítica. (2ªed.) Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MONTEIRO, R. R. D. G.; CARDOSO, M. R. De Édipo a Narciso: a técnica em questão. In: Herzog, R.; Pacheco-Ferreira, F. (Orgs.), **De Édipo a Narciso: A clínica e seus dispositivos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC, 2014.

NEIMAN, S. **O mal no pensamento moderno**: uma história alternativa da filosofia. Rio de Janeiro: Bertrand, 2003

PONTALIS, J. Bornes ou confins? In: **Nouvelle Revue de Psychanalyse**. n. 10, outono, 1974.

RACAMIER, P. C. **Le Psychanalyste sans divan**. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques. Payot, Paris, 1970.

REZENDE, M. A servidão ao “outro” nos estados limites. **Psyche**. v.9, n.16 São Paulo, jul./dezembro, 2005, p. 65-75.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. In: **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fund.**, v.9, n.3, 2006, p.460-83.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.

TAVARES, P. O estudo sobre as afasias: o grande “apócrifo” de Freud. In: FREUD, S. **Sobre a concepção das afasias**. Um estudo crítico. Obras incompletas de Sigmund Freud. Autêntica Editora, Belo Horizonte, 2013.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**. v. 23, n. 1, jan./junho, 2015, pp. 51-68.

WAKEFIELD, J. Psychiatriser la détresse normale: la ‘DSM-Pharma Connection’. In: BORCH-JACOBSEN, M. **Big Pharma**. Une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Éditions Les Arènes, Paris, 2013, pp. 265-288.

WHITAKER, R. **Mad in America**. Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Basic books. New York, 2002.

\_\_\_\_\_. **Anatomy of an epidemic**. Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. Broadway Books. New York, 2010.

WILDE, O. Os Discípulos. In: **As obras primas de Oscar Wilde**. (trad. Marina Guaspari). Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

WINNICOTT, D. O medo do colapso (Breakdown). **International Review of Psycho-Analysis**, n.1, 1974.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. D. Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro “*self*”. In: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 2007.