

ISSN 1516-9162

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE
Nº 21 - Dezembro- 2001

OS NOMES DA TRISTEZA

Design Gráfico: Cristiane Löff
Sobre instalação de Louise Bourgeois.

R454

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE / Associação
Psicanalítica de Porto Alegre. - n° 21,2001. - Porto Alegre: APPOA, 1995, ----.
Absorveu: Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

Semestral

ISSN 1516-9162

1. Psicanálise - Periódicos. | Associação Psicanalítica de Porto Alegre

CDU: 159.964.2(05)
616.89.072.87(05)
CDU: 616.891.7

Bibliotecária Responsável: Ivone Terezinha Eugênio
CRB 10/1108

OS NOMES DA TRISTEZA

ISSN 1516-9162

**REVISTA DA ASSOCIAÇÃO
PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE**
EXPEDIENTE
Publicação Interna
Ano IX - Número 21 - dezembro de 2001

Comissão Editorial deste número:

Analice Palombini, Edson Luiz André de Sousa, Henriete Karam, Marianne Stolzmann, Marieta Rodrigues, Otávio Augusto W. Nunes, Valéria Machado Rilho
Colaboradores: Carlos Palombini, Estér Trevisan, Lúcia Mees, Maria Rosane Pereira Pinto, Maria Lucia Müller Stein, Marilda Batista, Mário Costa Pereira, Marta Pedó, Nilson Sibemberg, Sandra Torossian.

Título deste número:

OS NOMES DA TRISTEZA

**ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA
DE PORTO ALEGRE**

Rua Faria Santos, 258 Bairro: Petrópolis
90670-150 – Porto Alegre / RS
Fone: (51) 3333.2140 – Fax: (51) 3333.7922
E-mail: appoa@appoa.com.br
Home-page: www.appoa.com.br

MESA DIRETIVA

(GESTÃO 2001/2002)

Presidência: Maria Ângela Cardaci Brasil
1ª Vice-Presidência: Lucia Serrano Pereira
2ª Vice-Presidência: Jaime Alberto Betts
Secretaria: Carmen Backes
Gerson Smiech Pinho
Tesouraria: Grasiela Kraemer
Simone Moschen Rickes

Alfredo Néstor Jerusalinsky, Analice Palombini, Ana Maria Gageiro, Ana Maria Medeiros da Costa, Ângela Lângaro Becker, Edson Luiz André de Sousa, Gladys Wechsler Carnos, Ieda Prates da Silva, Ligia Gomes Vítora, Liliane Seide Fröemming, Maria Auxiliadora Pastor Sudbrack, Marta Pedó e Robson de Freitas Pereira

COMISSÕES

Comissão de Acolhimento

Diana Myrian Lichtenstein Corso, Lucia Serrano Pereira, Maria Ângela Cardaci Brasil, Maria Auxiliadora Pastor Sudbrack

Comissão de Analistas-Membros

Coordenação: Maria Auxiliadora Pastor Sudbrack

Alfredo Néstor Jerusalinsky, Ana Maria Medeiros da Costa, Lucia Serrano Pereira, Maria Ângela Cardaci Brasil, Robson de Freitas Pereira

Comissão de Biblioteca

Coordenação: Maria Auxiliadora Pastor Sudbrack

Ana Marta Goelzer Meira, Fernanda Breda Leyen, Luciane Loss, Gladys Wechsler Carnos, Maria N. Folberg, Mercês S. Ghazzi

Comissão de Ensino

Coordenação: Ligia Gomes Vítora, Liz Nunes Ramos e Mário Corso

Alfredo Néstor Jerusalinsky, Ana Maria Medeiros da Costa, Eda E. Tavares, Liliane Seide Fröemming, Lúcia Alves Mees, Lucia Serrano Pereira, Maria Ângela Cardaci Brasil, Maria Auxiliadora Pastor Sudbrack, Robson de Freitas Pereira, Rosane Monteiro Ramalho

Comissão do Percurso de Escola

Eda Estevanell Tavares, Liliane Fröemming, Marieta Rodrigues, Roséli Cabistani, Simone Moschen Rickes

Comissão de Eventos

Coordenação: Ana Maria Gageiro e Maria Elisabeth Tubino

Eloisa Santos de Oliveira, Grasiela Kraemer, Ligia Gomes Vítora, Maria Beatriz de A. Kallfelz, Regina de Souza Silva

Serviço de Atendimento Clínico

Coordenação: Ângela Lângaro Becker e Liz Nunes Ramos

Alfredo Néstor Jerusalinsky, Carlos Henrique Kessler, Grasiela Kraemer, Luciane da Luz Loss, Maria Cristina Petrucci Solé,

Comissão de Publicações

Coordenação: Edson Luiz André de Sousa e Valéria Machado Rilho

Comissão de Aperiódicos

Coordenação: Ieda Prates e Luis Fernando Lofrano de Oliveira

Liz Nunes Ramos, Magda Rejane M. Sparenberger, Maria Luiza Raminelli de Almeida, Ubirajara Cardoso de Cardoso,

Comissão do Correio

Coordenação: Maria Ângela Cardaci Brasil e Robson de Freitas Pereira

Ana Laura Giongo Vaccaro, Francisco Settineri, Gerson Smiech Pinho, Henriete Karam, Liz Nunes Ramos, Luis Roberto Benia, Luzimar Stricher, Marcia Helena de Menezes Ribeiro, Maria Lúcia Müller Stein

Comissão da Home-Page

Coordenação: Robson de Freitas Pereira
Charles Lang, Gerson Smiech Pinho, Henriete Karam, Marta Pedó

Comissão da Revista

Coordenação: Marieta Rodrigues

Analice Palombini, Edson Luiz André de Sousa, Henriete Karam, Marianne Stolzmann, Otávio Augusto W. Nunes, Valéria Machado Rilho

SUMÁRIO



Certas palavras ganham significados tão amplos, que em certos momentos seus contornos ficam imprecisos e acabam servindo para dizer tudo e mais um pouco. Foi assim no passado com o termo “melancolia”, e é hoje com o que chamamos de “depressão”. A verdade é que nomear a tristeza e a diversidade de seus estados sempre foi difícil. Ninguém escapa das mazelas desta experiência mas somos pouco capazes de chegar a uma idéia sobre o que de fato nos acomete. No vácuo desta confusão de sentimentos é que este sintoma ganhou vida própria e hoje nomeia boa parte dos diagnósticos clínicos. E é por isso que nos interessa aqui atualizar um debate histórico que convocou diferentes campos do saber a se ocuparem destes conceitos, revelando-nos inúmeras concepções bem como perspectivas de cura diversas e, até mesmo, antagônicas.

Tudo cabe debaixo do guarda-chuva da depressão: inibições, angústias, mal-estares difusos, fobias, qualquer sofrimento pede abrigo ao termo. O que há em comum a todas as histórias, é a recorrência de um discurso de que nada, nem ninguém, será capaz de produzir a felicidade. Chegamos, assim, à definição desta tristeza moderna: trata-se da dificuldade de lidar com a falta de felicidade. Acorremos, então, com todo tipo de soluções, drogas, placebos e sedação à dor. Queremos, acima de tudo, não enfrentar a inevitável condição de existir.

Se reclamamos tanto da falta da felicidade é porque acreditamos que não basta existir se não houver algo que justifique, marque, recompense, motive uma vida. A empreitada coletiva da humanidade já não é um propósito de fácil apreensão. Sem ilusões coletivas, resta o que cada um pode arrancar de sua passagem pela terra e a palavra que sintetiza esta expectativa é: felicidade.



O papel da psicanálise sempre foi o de escutar o que se impõe sintomaticamente em uma época. Foi assim que deu voz às mulheres no século passado. Agora, a tarefa é escutar a tristeza, a melancolia e a depressão, em suas aproximações e diferenças, para que isso faça efeitos naquele que fala e naquele que escuta. A clínica dessas patologias nos leva a pensar sobre o suicídio, a dor, a culpa, o infantil, as toxicomanias, uma direção da cura através da sublimação e outros pontos relacionados com essa problemática, a qual, acreditamos, tem tanto a dizer.

TEXTOS

**FORA DE SI,
FORA DO MUNDO***

Maria Ângela Brasil**

RESUMO

O texto relaciona o afastamento do mundo exterior – fenômeno freqüente na melancolia, nos estados depressivos neuróticos e no luto – e a susceptibilidade narcísica que produz agressividade e ira, com a fragilidade na constituição da imagem de si elou com momentos em que o sujeito vê impedida sua capacidade de representar-se, caindo num desamparo que desorganiza sua relação com o outro.

PALAVRAS-CHAVE: *Relação de objeto; traumatismo; cólera; desamparo; “acting”*

ABSTRACT

The text relates the external world withdrawal – a frequent phenomenon in melancholia, in depressive states and in mourning – and the narcissistic susceptibility that produces rage and aggressiveness, with the fragility in the self image constitution and/or with moments in which the subjects sees blocked his capability of self representation, falling in a helplessness that disorganizes his relation with the other.

KEYWORDS: *object relation; rauma; rage; helplessness; acting*

* Trabalho apresentado no dia 31 de março de 2001, na Jornada “A Clínica da melancolia e a depressão”, organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil.

** Psicanalista, Presidente da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

■

Nossos humores nos surpreendem e freqüentemente nos atrapalham em nossas boas intenções. Assistimos, impotentes, a suas mudanças, na maioria das vezes desconhecendo suas causas. Uma banalidade, sem dúvida; todavia, na medida em que eles têm a qualidade de ser contagiosos, isto é, de se transmitirem, facilitam, dificultam ou até impedem o laço social entre os humanos, ou mesmo suas realizações. É nesse sentido que as patologias do humor, bem como as depressões e a melancolia, interessam-nos.

Tanto no consultório, com nossos pacientes, como na vida cotidiana, surpreendemo-nos com os sofrimentos provocados por pequenos detalhes, factóides (para usar uma palavra da moda), elevados à categoria de injúria grave ou mesmo de catástrofe que arrasa nosso dia. Susceptibilidade, desconfiança, orgulho, ciúmes, rigidez, formalismo se interpõem entre mim e os outros, produzindo amargura e desejo de afastamento. Nada mais humano! Tais traços não nos classificariam em qualquer entidade patológica, pois nossos humores dependem de nossa relação com os nossos semelhantes e, principalmente, da nossa relação com o grande Outro e nossa dívida com ele.

Gostaria, porém, de recortar tão somente dois traços dessa humanidade: a relação conflituada ou fracassada com o semelhante e o desejo de afastamento do mundo que o sujeito melancólico ou deprimido coloca em cena .

Marie-Claude Lambotte¹, que faz em seu livro “O Discurso Melancólico” uma exaustiva análise das características das falas desses pacientes, relaciona os sintomas relativos à atividade, como apatia, prostração e a inibição generalizada, com uma fala desvitalizada, proferida em tom monocórdio, resignado, que relata um sofrimento para o qual os pacientes não vêem, e parecem não querer ver, saída.

Afirmando-se como dono de uma verdade incontestavelmente triste e imutável, o melancólico desenvolve um discurso formal, irretorquível, centrado em uma lógica férrea, cuja coerência e certeza quase delirante lembram a paranóia, com a diferença de que, nesta, o paciente atribui seu ódio ao meio, enquanto melancólico o atribui a si mesmo ou a um destino cruel que lhe teria cabido. O incontestável, o irretorquível se referem a essas verdades básicas, enunciados aceitos socialmente, que sequer esperam confirmação, já que a supõem de saída. Esses discursos indicam o lugar do analista no tratamento do melancólico, que não é o de suposto saber, pois quem sabe sobre a vida é ele, o paciente. Na melhor das hipóteses, o analista seria tomado como o parceiro de um destino sombrio.

Todavia se engana quem pensa que o convencionalismo e a impessoalidade desse discurso, que, aliás, lembra o do obsessivo, exclui a ironia e a agressividade. A ironia, corrosiva, pode ser auto-dirigida ou voltar-se contra o mundo e sua insignificância. O humor é, aí, um ataque sádico do superego, invalidando todo e qualquer esforço em relação a investir em qualquer coisa que o sujeito possa vir a desejar. São bastante freqüentes, na história de famosos artistas ligados ao humor, relatos de períodos de

depressão ou mesmo de um constante mau humor e irascibilidade .

O tédio, tão civilizado, não seria um disfarce do ódio a tudo o que possa evocar um desejo, que, se levado em conta, ocasionaria uma catástrofe? A catástrofe a que me refiro é relativa, e este momento precoce da constituição do sujeito, que Lacan teorizou com o nome de estágio do espelho, onde, em lugar do olhar confirmador da sua imagem no espelho, pela mãe, o melancólico encontraria um olhar que o atravessa e não o “vê”; olhar desfalecente, para além da criança, olhar ao qual ele teria, como único recurso, de identificar-se, adquirindo aí uma aversão a si mesmo, que, segundo Lambotte, a perda do objeto, a que seria constitutiva do desejo, só viria confirmar. Hassoun(1996), Bergés & Balbo (2001, p.73) são outros autores que situam nesse momento precoce, em que o desejo se esboça, mas não se confirma, a catástrofe que marcará o melancólico: a imagem que sou, não convoca o olhar da mãe.

Do desinvestimento libidinal do corpo à falha do amor de si e, desde aí, ao superinvestimento do modelo ideal - a toda potência materna -, apontado por esse olhar além, eis o lugar da falha melancólica: na passagem do auto-erotismo ao narcisismo, na segunda tópica freudiana.

O ideal do eu, recobrando quase totalmente o eu ideal (base da singularidade), constitui uma tal exigência de perfeição que joga o sujeito na impotência desde a saída, pelo inatingível do modelo ideal, que corroerá qualquer projeto. As conseqüências desse estado de coisas se estendem por várias áreas de vida do sujeito: do sentimento de despersonalização à desistência de investir no mundo, o abandono de qualquer projeto tão logo se esboce – já que não existe melhor modo de preservar o ideal do que cuidar de não atingi-lo – e as relações com os semelhantes.

É neste ponto que gostaria de recortar a questão “fora do mundo”, num ponto onde melancolia e luto se encontram. Lembro de um paciente gravemente deprimido me explicando plasticamente seu afastamento do mundo. Dizia ele: “Não quero sair de casa, nem da minha cama; tenho raiva quando acordo... eu não queria acordar. Sair à rua é estranho! Eu vejo as pessoas passando apressadas, parece que sabem onde ir e o que querem fazer... eu não entendo; é como se eu estivesse separado delas por uma cortina de vidro, que não ultrapasso. Eu as vejo, mas não sinto nada. Elas estão noutra mundo. Elas não me vêem. Sou transparente e nada tem sentido para mim...” Quem já não sentiu a “cortina de vidro”, quando se vê atingido por uma perda importante, que convoca toda nossa libido na elaboração do luto? Um outro paciente, em pleno luto da perda da sua mulher, incapaz de voltar ao trabalho, volta-se para atividades domésticas (ocupação que era exclusiva da esposa), mas revela: “É tão estranho! Parece que minha casa não é a minha casa! Fico olhando e é como se não a reconhecesse!” Sim, fico pensando, não é com seus olhos que ele vê a casa: é com os olhos dela, a quem ele ainda não renunciou! Isto é, para não perder, identifica-se, introjeta o objeto e renuncia ao eu.

Portanto, não é o juízo de existência que se altera, mas o juízo de valor: qual é o

valor do mundo? O que é prazer ou desprazer? O esvaziamento do eu produz essa desolação afetiva, na qual os objetos do mundo exterior permanecem numa indiferenciação generalizada, rejeitados a priori, herdeiros do ódio gerado pelo abandono repentino do Outro. A definição que Oscar Wilde dá ao sujeito cínico ilustra bem esta posição melancólica. Diz ele: “Cínico é o homem que sabe o preço de tudo e o valor de nada.” (Wilde, 1980) Portanto, tanto numa melancolia, como em uma depressão, o afastamento do mundo, seu desinvestimento se manifestam claramente; mas acaba aqui a semelhança, pois, no luto, o mundo voltará a ser reinvestido libidinalmente, como já o fora anteriormente, quando o enlutado renunciar, enfim, ao objeto, enquanto o melancólico renunciará ao eu. Com relação à realidade podemos pensar que se trata de uma renegação ou de uma forclusão? Ou se trataria de um “desmentido”, de um não antecipado, de uma negativa de que este mundo lhe diga respeito?

Quais são as tentativas mais usuais de saída da melancolia? A autocrítica e o refúgio na intelectualidade freqüentemente tomam o lugar dos afetos na tentativa de diferenciar amor e ódio, dentro e fora, pulsão libidinal e pulsão agressiva. O prazer da expulsão e do rechaço de qualquer investimento e o desdém pelo mundo constituem a satisfação da demanda de punição do eu, gozo masoquista, que aparece, muitas vezes, sob a forma de orgulho de não partilhar deste faltoso mundo.

Jonathan Swift (1987, p.339) nos oferece um brilhante exemplo de recusa radical do mundo com seu personagem Gulliver. É, aquele mesmo, das viagens ao país dos pequeninos e ao dos gigantes, que lemos quando crianças. Felizmente, nossos pais tiveram a sensatez de nos dar para ler só as duas primeiras viagens! Pois nessas, não percebíamos os venenos que visavam ironizar a Inglaterra da rainha Vitória, seus políticos, seus nobres, suas mulheres e seus costumes. Já a quarta viagem, ao país dos cavalos racionais, que tem como escravos humanos decaídos, descritos sem a menor piedade, termina com uma carta de descrédito geral na humanidade e sua possibilidade de melhorar.

Outra tentativa, fracassada, de saída é o enamoramento: e é neste ponto que poderemos entender algo dos nossos eternos conflitos amorosos e seus dissabores. A indiferença, o convencionalismo e até a polidez do melancólico com os outros, desaparece no que diz respeito às suas relações amorosas e familiares. Karl Abraham atribui uma tendência sádica original voltada aos mais próximos.....nos melancólicos, é claro!

Jacques Hassoun em seu livro “A crueldade melancólica” propõe a paixão como modelo da melancolia, pelo esvaziamento do eu e idealização do objeto da paixão. Freud aponta a intensidade dos relacionamentos amorosos na melancolia, mas também sua efemeridade e contínua substituição; é fácil entender o que ocorre: na falta de uma

¹ WILDE, Oscar, citado por Rui Castro em *O Melhor do Mau Humor*, Cia da Letras, 1980.





imagem de si, o sujeito se agarraria ao ideal do eu, a partir do qual lerá o mundo; se deslocar esse ideal para um objeto exterior, tentará incorporá-lo para constituir uma imagem de si, numa regressão canibalística do narcisismo, o que nada mais é do que apaixonamento! O detalhe que caracteriza esse apaixonamento é que, a qualquer alteração nesse ideal, a paixão se desvanece, tornando-se desilusão, abandono renovado, com suas violentas recriminações ao objeto antes idealizado. Se houve uma traição foi ao ideal do eu, resto do Outro desaparecido e sua única marca, e é através deste crivo que o melancólico polícia e reprova os menores gestos de seus próximos. Jacques Hassoun se pergunta se há lugar para o outro no gozo do melancólico. Já que ele faz questão de partilhar sua queixa sem fim, seria um deus maníaco, triunfante e devorador sob uma capa de apatia. A ambivalência e a dependência em relação ao objeto amoroso são apropriados para desencadear o ódio, o sadismo e a briga, produzidos por detalhes insignificantes, mas que são lidos como uma ameaça de rompimento ou de abandono: repetição da primeira catástrofe, traumatismo sem representação causado pela deserção do Outro, marcando a fragilidade do eu.

Quais as incidências disso na relação analítica? Poderíamos dizer que, a um primeiro tempo de formalismo e manutenção de construções cênicas exteriores e artificiais nas quais fixa seu rigoroso ideal e o defende, ali onde o neurótico ao ver vacilar tais construções se angustia, mas se reorganiza em uma estrutura mais flexível, o melancólico não dispõe dessa flexibilidade, podendo recrudescer a apatia e o vazio. Todavia, a este momento no qual o paciente não demanda nada, sucede-se uma fase que se pode chamar de projetiva, na qual o sujeito projeta suas referências ideais sobre outrem, intimando-o a garantir sua identidade. A idealização e a decepção conseqüentes incidirão sobre o analista com toda a sua força. É como um teste de resistência: ele confia seu vazio ao analista, procurando saber se este resistirá às suas destruições violentas. É a identificação ao nada que sustenta a pulsionalidade ativa da projeção, produzindo impaciência (incapacidade de dar a si próprio um lugar para o vazio e para o silêncio, isto é, tempo), irritabilidade e explosões de raiva. A agressividade reasseguraria a existência, assim como a identificação ao nada o sustenta, e é, aliás, o significativo mestre.

Há um outro ponto sobre o qual eu gostaria de chamar a atenção, e que não se pode dizer que seja exclusivo da melancolia, ou que o seja dessa melancolia que nos atinge em determinados momentos: quem já não foi impaciente, irritadiço, colérico ou indignado com situações, na maioria das vezes, banais? E o causador ou o alvo do ataque tanto pode ser um perfeito desconhecido (como a caixa do supermercado um pouco lenta ou o garçom que não nos vê...) como ser aquele que mais amamos.

Penso que a cólera é um desses fenômenos cotidianos que condensaria ou seria o modelo deste colapso da imagem especular produzido no choque, no embate com o semelhante e relativa à nossa demanda a ele dirigida e suas conseqüências para o eu. Quais são os elementos básicos do ataque colérico? Este sempre resultaria de uma



ameaça narcísica percebida consciente ou inconscientemente; constitui uma das expressões emocionais humanas mais precoces, de caráter primitivo e pré-verbal. Seria o produto do desamparo em que a não-satisfação de uma necessidade/demanda jogaria o bebê, com o risco da destruição e que, mais tarde, no adulto, tornar-se-ia, também, impotência. Primeira experiência subjetiva em relação ao outro, a insatisfação em relação ao alvo da pulsão (de vida) e a inadequação do objeto geram raiva e tentativa de destruição do objeto real ou alucinado. A crueldade para com o objeto visaria, então, fazer o sujeito não se ressentir de sua impotência perante o objeto que não se submete ao seu desejo.

O mais paradoxal é que esta reafirmação egóica acaba por abolir o eu, o eu e o *moi* se dissociam. No paroxismo da cólera o sujeito está, como bem o diz a linguagem popular, “fora de si”, e a linguagem tem pouco poder sobre ele. A cólera, como crise, é uma resposta, na qual a estabilidade simbólica de uma relação é atingida. Mas o que aqui nos interessa é a peculiaridade de que a cólera abole fronteiras entre o eu e o tu (o que inclui a diferença geracional, como no caso de adulto e criança, ambos aí na impotência); o objeto da cólera está condenado a desaparecer em sua alteridade, não por um ódio, mas porque manifesta uma diferença insuportável para o eu, que só se recupera na vivência corporal e no real da pulsão. A exclusão do outro restauraria a unidade ameaçada do eu, eliminaria a crise de identidade (ameaça imaginária) que a ausência do simbólico tornou o sujeito incapaz de suportar. Podemos dizer que a cólera é uma tentativa de cura, como o é um delírio e, como este, fracassa se não puder ser ouvido e religado a um fantasma. A cólera não é patológica em si mesma, nem tampouco terapêutica. Pode-se pensar que ela é um desesperado pedido de que um pai forte interfira nesse devoramento que aí se anuncia, pois se algo fracassou foi a referência paterna, e a possibilidade de o sujeito se representar.

A linguagem é sábia quando se refere a esses momentos como “perder as estribelhas”, pois não é o estribo este ponto de apoio que nos permite montar no cavalo e nos manter em cima dele sem cair? A cólera pode contagiar e levar o alvo a reagir em espelho, quase hipnoticamente, ou a ficar paralisado.


O que distinguiria a cólera em relação a um encontro qualquer com um desconhecido e a que atinge nossos mais próximos e caros objetos de amor? Na melancolia é possível entender que aniquilar o objeto, através de sua incorporação, responde ao desejo de anular tudo o que separa o sujeito do objeto de amor, em nome de uma identidade ilusória com ele; nunca perder o outro, nunca permitir que nos abandone, jamais renunciar a ele. Trata-se de uma verdadeira transgressão da falta, solução incestuosa de união alimentar com o objeto.

A expressão mítica do luto melancólico é o canibalismo; esta é a figura de qualquer tentativa de compreender o outro por identificação projetiva e introjetiva, quando o outro se mostra diferente de si, isto é, forma de desconhecer uma diferença. É a

violência de um desamparo que permite ao eu sobreviver com a aparência do objeto perdido. Será que algo dessa ligação não mediada pelo simbólico sobrevive em toda relação amorosa, amargando-a de tempos em tempos?

E a indignação e a cólera em relação aos semelhantes? Se o melancólico tende a autoculpar-se de tudo, porque se encolerizaria tanto com os atos culpáveis dos outros? Marie-Claude Lambotte cita Anna Freud para dar conta dessa espécie de identificação com o agressor: “é uma dianteira e substituição de seu próprio sentimento de culpabilidade. Sua indignação aumenta todas as vezes a percepção de sua culpabilidade pessoal tende a aumentar”. Pierre Fedidá relata um caso em que uma analisante desenvolvia nas palavras um formalismo moral que não a acompanhava nas ações, sobre as quais não revelava qualquer culpa ou vergonha; todavia, qualquer culpabilidade era-lhe insuportável, reagindo ela com violência e cólera descabidas contra quem a fizera sentir-se culpada. Frequentemente era o analista o alvo de seus ataques violentos. Ele nos lembra que o *acting* possui uma retidão pulsional, merece ser escutado e pode restabelecer uma fala bloqueada. Da mesma forma, a cólera como reação pode acordar o sujeito e recolocá-lo na via de seu desejo, tornando ativo o que foi vivido passivamente. Mas, cuidado, não estou propondo psicodrama! A repetição imaginária, sem um outro que remeta a uma outra cena, fazendo surgir palavras, nada produz, senão mais violência. Marie-Claude Lambotte lembra-nos, na peça de Shakespeare, do momento em que Hamlet sai de suas abstrações que impedem que aja, quando vê a cólera e a dor no rosto de Laerte; outra saída é a morte de Ofélia que torna possível a Hamlet ser sujeito de seu desejo.

O desamor pelo mundo, o ressentimento pelos amores que decepcionam, a denúncia das ilusões e a posição de exceção em relação a qualquer engajamento, tornariam possível uma análise? Quais dificuldades colocam? Seria possível pensar numa restauração do imaginário? Marie-Claude Lambotte nos diz que não! De saída, o lugar de sujeito suposto saber não está no analista, mas, apesar das certezas anunciadas, surpreendentemente, costumam voltar. O pedido de que concordemos com essas “verdades” expressa, talvez, uma espécie de demanda de companhia nesse caminho árido, que se pode tornar, aos poucos, por uma projeção imaginária sobre o analista, o detentor de algum saber por ter um mesmo destino. As perguntas diretas ao analista visam encontrar essa parceria no desamparo, algo como –“Tu já passaste por isso?” O passo seguinte, mais perigoso, repetirá a relação objetal tantas vezes fracassada; a tentativa de assimilação do analista e a provocação dos ideais deste, são os riscos em que podemos cair. Pode-se falar também no par sadismo/masochismo, tão difícil de esquivar, pois o analista é convidado a repetir o crime: ser a mãe que olha para além do sujeito, já que o analisante convida-o a olhar o mundo sem cura, em lugar de ocupar-se com os detalhes de sua história singular. É um trabalho de limites, que pode construir, aos poucos, um movimento em direção ao outro, que talvez possa, como nos diz Jacques



Hassoun, produzir um saber que funcione como uma estribeira : que o desejo não tem outro amo, senão a falta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGÉS, Jean & BALBO, Gabriel. *Depressões da Criança*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre, APPOA, n 20, jun. 2001.

HASSOUN, Jacques. *La crueldad melancolica*. Rosario: Homo Sapiens, 1996.

LAMBOTTE, Marie-Claude. *O Discurso Melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Rio de Janeiro: Cia. De Freud, 1997.

SWIFT, Jonathan. *Viagens de Gulliver*. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1987.

WILDE, Oscar. *O Melhor do Mau Humor*. São Paulo: Companhia das Letras, 1980.

A VIDA POR UM FIO*

Rosane Monteiro Ramalho**

RESUMO

O texto parte da problemática do suicídio – e de sua alta incidência na modernidade –, estabelecendo uma relação com a melancolia. Analisa a identificação ao nada como o que sustenta o sujeito na melancolia e sua tendência a “fazer-se nada”, através da passagem ao ato. Aborda as dificuldades encontradas na clínica, quando um paciente apresenta risco de suicídio, apontando idéias acerca da direção da cura nestes casos.

PALAVRAS-CHAVE: *suicídio; melancolia; passagem ao ato; clínica*

ABSTRACT

The text works on the problem of suicide – and its high incidence in modernity – establishing a relationship with melancholia. Analyses the identification to nothing as what supports the subject in melancholia and his tendency to “make himself nothing”, through passing to act. It approaches difficulties found in clinic, when a patient shows risk of suicide, pointing ideas on the cure direction in these cases.

KEYWORDS: *suicide; melancholia; passing to act; clinic*

* Trabalho apresentado no dia 29 de setembro de 2001, na Jornada “Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica”, organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil.

** Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/SP. Professora do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

■

A inevitável dor de existir faz parte da condição humana, ou seja, uma certa dor é constituinte da subjetividade, aquela de nossa insuficiência, aquela que nos aponta que o objeto de nosso desejo está desde sempre perdido e, justamente por isso, move-nos. Porém, em uma sociedade que impõe a felicidade como imperativo e a oferta de objetos com a promessa de alcançá-la, a tristeza é malvista. Não obstante, observa-se como um sintoma contemporâneo, justamente, a depressão e as tentativas de apaciar esta dor através do frenético consumo de objetos: desde roupas, carros,... até drogas, antidepressivos, etc. Frente a essa dor, uma saída última e radical acaba dando-se pelo suicídio. A depressão, depois das doenças cardíacas, é considerada a segunda condição mais invalidante no mundo ocidental, segundo fontes internacionais dedicadas à saúde.

A substituição de um mundo ordenado pelas tradições por um “fazer-se por si mesmo”, na falta de ideais como causas que orientem as buscas de uma vida, bem como de ilusões coletivas, ocasiona o tédio, a apatia e um voltar-se para si mesmo, o que caracteriza o sujeito contemporâneo como individualista e narcísico¹. Na falta de ideais-do-eu como referências simbólicas, o sujeito voltar-se-ia, então, ao Eu ideal. Isto é, com a modernidade, as angústias são outras, bem como o mal-estar é expresso de forma diferente daquelas manifestas nas sociedades tradicionais. Fala-se em *era do vazio* para denominar nosso momento atual, bem como em *sociedade deprimida*, para caracterizar a cultura ocidental. Podemos pensar na transcendência (enquanto valor) como o que dá um sentido à morte, ou seja, um ideal, pelo qual se é capaz de morrer. Porém a falta de um ideal, de uma razão para se morrer implica também uma falta de um ideal para se viver, de um sentido para a vida.

Na América, o número de suicídios está aumentando entre os jovens, sendo já a segunda causa de morte entre eles- “dos 15 aos 24 anos, suicidam-se a um ritmo duplo do que há dez anos, triplo do de há vinte anos”². Em um artigo, publicado no “Le Monde”, sobre as estatísticas de suicídios em adolescentes na França, observa-se que um em cada cinco rapazes e duas em cada cinco moças tentam suicídio entre a idade de 14 e 24 anos, sendo a segunda causa de morte em adolescentes³.


No Brasil, uma pesquisa realizada pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), indica uma tendência de aumento no número de suicídios entre jovens de 15 a 24 anos⁴. Em 1979, foram registrados 208 suicídios nas principais capitais do país. Dezesesseis anos

¹ Embora, também, este mesmo sujeito parta para outras formas de viver os coletivos, por exemplo: as gangs, as seitas, as “tribalizações” (expressão de Maffesoli).

² Segundo Lipovetsky (1983).

³ Em um artigo do jornal *Le Monde*, do dia 3/2/2001: “Le suicide des adolescents”.

⁴ Em reportagem do jornal “Zero Hora”, do dia 4/6/1998: “Aumenta índice de suicídios entre jovens”.



depois, foram 292 - 40% a mais. E Porto Alegre foi a capital que encabeçou a lista, sendo que a proporção era de três tentativas de suicídio entre moças para uma morte provocada por um rapaz – embora as jovens tentassem suicidar-se muito mais vezes do que os rapazes, eles tinham mais sucesso nas tentativas. Na pesquisa, esse dado é relacionado ao fato de os homens costumarem buscar meios mais letais, expondo-se mais à violência.⁵ A pesquisa aponta ainda que os principais instrumentos utilizados foram armas de fogo e cordas (enforcamentos)⁶. Quanto às formas atuais empregadas para interromper a vida, foi publicado “Suicídio, Modo de Usar” de Claude Guillon e Yves Le Bonniec – um dos *best sellers* mais polêmicos que os franceses já leram. Guillon havia fundado também o “Comitê Morte Serena”, em que se empenhava em desqualificar publicamente os métodos mais comuns de suicídio – enforcamento, fogo às vestes, saltos de grande altura – por serem brutais e dolorosos⁷. No livro, ele ensinava as maneiras mais eficazes, recatadas e indolores de pôr fim à vida, listando 60 remédios à venda em qualquer farmácia (pílulas contra enjôo, xaropes antialérgicos, etc.), indicando até as doses e misturas adequadas, sem desprezar venenos tradicionais como o arsênico e a estricnina. Meticuloso, mediu, ainda, o tempo que cada um dos coquetéis levava para fazer efeito, bem como selecionou os ambientes mais apropriados para o gesto extremo.

Retornando às estatísticas, segundo a DATASUS, o Rio Grande do Sul ocupa o terceiro lugar em suicídios de jovens entre 15 e 24 anos, no Brasil. Já, Porto Alegre ocupa o segundo lugar, entre as capitais, passando, porém, ao primeiro lugar, em comparação com a população geral. Então, Porto Alegre apresenta o maior índice do Brasil. Outro dado importante é apontado em uma outra pesquisa recente, realizada pela Prefeitura de Porto Alegre. Consta que, após a nova regulamentação do trânsito, observou-se uma redução (em um terço) do número de mortes em acidentes de trânsito; no entanto, houve um acréscimo (em igual proporção) do número de suicídios. Algo também significativo é que o suicídio é considerado a segunda causa de morte entre os adolescentes.

Podemos perguntar: o que estes dados nos dizem?

Além das implicações de nossa contemporaneidade, algo que chama a atenção é a alta incidência na adolescência. Momento este particularmente propício, uma vez que, é um tempo de suspensão, de transição, de passagem - em que o sujeito já não é

⁵ Podemos, porém, relacionar esse alto índice de tentativas de suicídio em mulheres, com a importância do masoquismo na constituição feminina.

⁶ Este fato reportou-me ao livro “Maneiras trágicas de matar uma mulher”, que aborda as diferentes formas de morte empregadas pelas mulheres na Grécia antiga - quer se suicidando com corda como as esposas, quer sendo sacrificadas como as virgens -, enquanto os homens costumavam utilizar o gládio (ou punhal).

⁷ Segundo artigo na “Folha de São Paulo”, do dia 18/11/95: “Franceses se suicidam”.

mais criança, mas também ainda não é adulto. Mas, ao mesmo tempo, o adolescente se vê convocado à entrada no mundo adulto, a tomar um lugar no social (seja através da escolha de uma profissão e ingresso no mercado de trabalho, seja pela afirmação de uma posição sexuada, seja pela saída da família de origem,...). Enfim, é um momento de injunção, em que o sujeito se depara com a fragilidade do que o sustenta, defronta-se com o fracasso da função paterna (enquanto referência simbólica), agudizando sua insuficiência, seu desamparo... e o ter que se virar por si próprio. Ou seja, agudizando os sintomas de nossa cultura.

Mas, o que leva um sujeito a tentar interromper a vida?

As causas de suicídio são várias e também variam conforme as diferentes culturas, o que também Durkheim já considerava. Nesta direção, o que levou os terroristas nos atuais atentados (nos EUA) ou os homens-bombas (na Palestina) a sacrificarem as suas vidas é diferente do que faz um homem, diante de uma desonra, optar pelo suicídio como tentativa de resgatar alguma dignidade (freqüente no mundo oriental), ou, ainda, do que leva um jovem deprimido, ao não encontrar um sentido em sua vida, a acabar com ela (tão comum no Ocidente). Então, um suicídio motivado por um ideal – por exemplo, o religioso – é completamente distinto daquele realizado devido uma ausência de qualquer ideal.

Em nossa cultura, entretanto, os casos de suicídio são comumente ocultados, “abafados”, não sendo divulgados na mídia – uma vez que é comprovado que a divulgação acaba tendo um efeito de estímulo. Além disso, em algumas religiões, o suicídio é tido como pecado, sendo a decisão de dar fim a uma vida uma tarefa exclusiva de Deus⁸. Isso nos remete às infundáveis e polêmicas discussões acerca da eutanásia, sobre o direito de alguém interromper uma vida.

O suicídio nos leva, então, a pensar na vida enquanto valor. A questão, porém, é de que vida estamos falando. Da vida física, orgânica, ou da vida psíquica? Lembremos de Deleuze, que, no dia 5 de novembro de 1995, debilitado há vários anos por um grave enfisema pulmonar (com uma traqueostomia e plugado a uma máquina), encontrando-se impedido de escrever, enfim, de “viver”, optou pelo suicídio. Saltou da janela de seu apartamento no quinto andar, ato este que foi considerado “um salto para a vida”, uma vez que, não podendo mais criar, não valia a pena viver; ato que foi sua última e mais radical demonstração de apego à vida – pelo menos àquela vida digna de seu nome, digna de ser vivida⁹. Este fato provocou uma ampla discussão na mídia, trazendo à memória a famosa frase de Albert Camus: “O suicídio é o único problema que se apresenta ao homem”.

⁸ Relativamente a isso, Santo Agostinho foi quem enquadrou o suicídio na categoria de pecado mortal.

⁹ Conforme reportagem do “Jornal do Brasil”, de 8/11/95: “Um salto para a vida”.

Sabe-se que não é a mesma coisa o enfrentar a morte “natural” de um próximo e o ter que enfrentar uma morte por suicídio. Na segunda situação, as pessoas em torno (familiares, amigos, profissionais que o atendiam) passam a se indagar sobre o que poderiam ter feito para tê-lo evitado, buscando entender o porquê. Enfim, diante de um suicídio, tornam-se inevitáveis a culpabilidade e uma profunda interpelação.

A morte é, por si só, da ordem do indizível. Freud já dizia que não há representação da morte no inconsciente, embora o sujeito não cesse de tentar representá-la. No entanto, o simbólico advém da morte, da morte da coisa, ou seja, a palavra é o assassinato da coisa, a morte, neste caso, como significante-mestre. Costumamos recalcar o fato de nossa morte - de nossa finitude -, justamente para podermos viver. Em outras palavras, não ficamos lembrando do fato de nossa morte o tempo todo, o que nos impossibilitaria de viver; e mais, dela não se quer saber.

Na clínica, são grandes as dificuldades que encontramos em situações em que um paciente apresenta risco de suicídio, em que *a sua vida se encontra por um fio*.

Marco uma diferença entre “tentativas de suicídio”, comuns na histeria, em que há uma simulação, por exemplo, ao tomar vários comprimidos, porém fazendo-o na hora em que alguém está por chegar, deixando a caixinha estrategicamente posicionada de modo a ser vista. Ou seja, tudo o que essa pessoa não quer é morrer, mas chamar a atenção sobre si. Diferente é a tentativa de suicídio mesmo, com intenção de morrer (seja esta consciente ou inconsciente), como uma passagem ao ato. Aliás, quanto ao suicídio, Lacan já o definia como sendo o único ato que não é falho.

Tomo alguns casos que chegaram até a mim após uma tentativa de suicídio. Um deles, trata de um rapaz que, por ter sido demitido de seu emprego, se drogou até uma *overdose*. Outro caso é o de uma jovem que, ao ser abandonada pelo namorado, decidiu morrer tomando um vidro de tranqüilizantes e cortando seus pulsos, mas, que, devido a um acidente da família, acabou sendo socorrida. Seus pais que haviam viajado no fim de semana, precisaram retornar bem antes do previsto e, então, a encontraram. Nesses casos, a tentativa de suicídio aconteceu após uma perda, perda esta que acarretou também uma perda de si.

Como Freud já mencionava, tanto no luto quanto na melancolia, há uma perda, porém, enquanto no luto é o mundo que se torna pobre e vazio, na melancolia, é o próprio eu.

No luto, no momento em que percebe que o objeto não existe mais, o sujeito inicia um processo de desligamento. Esse desligamento não é realizado sem resistência, causando grande sofrimento para o sujeito. Porém, após algum tempo, o sujeito torna-se livre para fazer novos investimentos objetivos.

A melancolia, ao contrário, caracteriza-se justamente pela impossibilidade de realizar esse trabalho psíquico, ou seja, pela impossibilidade de fazer um luto. O melancólico vive um perpétuo estado de luto, um luto que não tem fim. Após a perda de um

objeto, não ocorre a subtração da libido e o deslocamento para outro objeto. Há, então, a impossibilidade de uma substituição – substituição do objeto, embora mantendo um traço deste, ou seja, havendo uma identificação (identificação com um traço).

Na melancolia, o objeto perdido escapa do esvaziamento para adquirir, ao contrário, uma dimensão cada vez maior, isto é, como se o sujeito tivesse incorporado o objeto – no sentido canibalístico do termo –, e isso a ponto de se anular em seu proveito. Desse modo, todas as recriminações e injúrias que o sujeito dirige a si mesmo são dirigidas de fato ao objeto perdido incorporado. Assim, “a sombra do objeto caiu sobre o Eu”, e este passa a ser julgado, daí por diante, por um agente especial, como se fosse o objeto (o objeto perdido). Nesse sentido, uma parte do Eu se coloca contra a outra, julgando-a criticamente, isto é, as recriminações que eram feitas ao objeto (amado e odiado) dirigem-se, então, para o próprio Eu. Toda a virulência, antes remetida para o objeto, volta-se intensa contra o Eu.

Freud, em 1924, passa a definir a melancolia como uma neurose narcísica, caracterizada pelo conflito entre Eu e supereu. Assim, temos: um supereu sádico (mordaz, arcaico) e um Eu masoquista.

Também, por essa via, interpretava o “enigma da tendência ao suicídio”.

“(...) o ego só pode se matar (...) se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto (...)” [FREUD, (1917)1976, p. 285].

Ele considera ainda que, nas duas situações opostas, de suicídio e de paixão intensa, o Eu é dominado pelo objeto, embora de maneiras totalmente diferentes.

Em “O Eu e o Isso”, Freud afirma que, na melancolia, o próprio Eu se abandona porque se sente odiado e perseguido pelo supereu, ao invés de amado. O supereu exerce a mesma função de proteger e salvar que, anteriormente, foi exercida pelos pais e, posteriormente, pela Providência ou Destino. Porém, quando o Eu se encontra em um perigo excessivo, que se acredita incapaz de superar por suas próprias forças, ele então se vê desertado por todas as forças protetoras e se deixa morrer.

Retomemos os casos clínicos. Um deles, é o de um jovem que foi demitido de um emprego que lhe dava o sustento, porém, muito mais do que de ordem financeira, uma sustentação psíquica. Sua chefe ocupava um lugar especial – de saber – para ele. Deprimido, disse, tempos depois, ter perdido sua orientação, sua referência. Sua vida perdeu o sentido e, tentando aplacar a dor, bebeu demais e se drogou (injetando-se quantidades cavalares de cocaína), tendo uma *overdose*. Reconheceu que quis morrer, entorpecer-se até morrer. Morava sozinho, mas o que não estava previsto é que um colega – preocupado com ele, por não mais vê-lo, nem serem atendidos os seus telefonemas –, resolveu procurá-lo e o encontrou, dias depois, semimorto. A conselho do amigo, ele decidiu fazer análise e me procurou.

No entanto, apesar de ter sobrevivido – enfim, estava vivo fisicamente –, encontrava-se meio morto psiquicamente. Via-se como um frangalho, um fracassado que nem

se matar conseguira. Sentindo-se sempre à margem da vida, tinha uma afinidade com os marginais (pessoas, literatura), embora fosse alguém bastante solitário – pessoas com quem mantinha algum contato, eram somente este amigo e um outro, que residia em outra cidade. Com mulheres com que se relacionou, embora fossem várias, colocava-se quase sempre como um objeto sexual, estabelecendo uma relação superficial e passageira. Dizia que não o queriam para nada além disso, pois ele era um nada, não possuía os atributos necessários para um homem se fazer valorizar. Sentia-se à margem da vida, fora, fora dos padrões fálicos esperados, como que separado destes através de uma “cortina de vidro”. Aliás, este à-margem, este nada, o acompanhava desde seu nascimento. Dos filhos, era o único que não fôra criado pelos pais, devido à depressão da mãe, mas, pela avó materna. Ao longo da análise, soube que a tristeza de sua mãe também decorria da morte de um filho, anterior a ele (um nati-morto), levando-a a um estado grave de estupor, assunto que ficara, até então, recalcado pela família. Ele, porém, lembra-se de sua mãe, seguidamente olhando para o nada, um olhar frio e vazio. Seu pai, por sua vez, tampouco conseguiu indicar-lhe alguma direção diferente daquela apontada pelo vago olhar materno.

Assim, meu paciente parecia identificar-se com esse nada. Até em seus sonhos, acontecia de se olhar no espelho e nada ver, tudo acompanhado de muita angústia. Seguidamente punha-se em situações de risco, por exemplo, ao acelerar o carro, fechar os olhos numa auto-estrada em alta velocidade por um certo espaço de tempo e, depois, abri-los e, então, ver o que tinha acontecido – o que chamava de “roleta russa”. Sentia que para ele, em certos momentos, tanto fazia estar vivo ou morto - ou melhor, como se, de certa forma, já estivesse morto. Também nesses momentos, apesar de tê-lo atendido freqüentemente, por vezes até diariamente, eu nunca sabia se ele retornaria na sessão seguinte. No entanto, apesar de minha angústia, acredito que esta minha aposta nele tenha sido fundamental. Sua vida, por um fio, fazia com que nós também tivéssemos que caminhar em um estreito fio – um fio da navalha, em que qualquer escorregão podia ser fatal.

Contrariamente a algumas considerações que afirmam a inexistência de angústia na melancolia, eu diria que, nesse caso, havia angústia sim, e esta como que “à flor da pele”. A angústia era tanta que o desespero, certa vez, o levou a tentar jogar-se pela janela. Mas, ao invés de fazê-lo, ele me ligou. Era um sábado à noite, e, após nos falarmos, combinei então de atendê-lo na manhã seguinte. O fato de ele ter um endereço, alguém a quem pudesse dirigir-se naquele momento e falar de seu desespero, de poder nominar essa sua angústia, até então inominada, pôde evitar a passagem ao ato. Sabemos que a defenestração é o exemplo *princeps* de passagem ao ato, de se fazer objeto, caído, enfim, o sair da cena, o fora, fora do simbólico.

A direção da cura, nesse caso, consistiu justamente em trabalhar naquele fio, frágil fio que ainda o ligava à vida. Como ilustração, tomo uma corda composta por

■


vários fios, porém a maioria destes estando rompida e apenas restando um único fio que ainda se sustenta. Assim, o esforço era o de tomar esse fio, reconhecer os mínimos lampejos de desejo, pois sabemos que de nada adianta contrariar o sujeito em sua autodesqualificação tentando que ele passe a se valorizar, tampouco o petrificar-se, isto é, a impotência diante de seu discurso hermético e imutável. O trabalho clínico, então, foi no sentido de metaforizar a morte, de simbolizar esse real como única possibilidade de meu paciente ter acesso à vida, à vida psíquica.

É interessante mencionar que, na análise, esse jovem passou a escrever. Ele, que já lia bastante, principalmente autores com uma produção sobre a dor, a dor melancólica (entre eles, Augusto dos Anjos), passou também a escrever. Escrevia poesias e contos em que falava de sua profunda e aniquilante dor, da dor de não existir, ou melhor, de só poder existir como nada. Em seus escritos, primeiro utilizava pseudônimos e, posteriormente, passou a assinar seu nome. Enfim, pôde assumir a autoria de sua produção, o que decorria do que também se passava em seu processo de análise, podendo aceder a uma posição subjetiva. Passou a assinar o seu nome, ao invés de assassinar seu corpo.

Na melancolia, como vimos antes, há a impossibilidade de um luto, de uma substituição de objeto. Essa impossibilidade, no entanto, decorre de uma outra, no caso, da impossibilidade de o sujeito ter sido o objeto do desejo do Outro, o que nos remete à idéia de “suicídio do objeto”, proposta por Lacan. Trata-se de um remorso a propósito de um objeto que entrou, de algum modo, no campo do desejo e que, por sua ação, ou por qualquer risco que correu na aventura, desapareceu. O sujeito, então, viu-se abandonado pelo Outro, no momento em que se iniciava no desejo, nos primórdios de seu processo de constituição. É comum, na melancolia, o sujeito se responsabilizar pela perda do objeto, atribuindo a si a razão de ter sido abandonado, que, por ser alguém tão desprezível, não se fizera amar. Penso que podemos fazer uma relação desta problemática no processo de constituição subjetiva com o que Freud apontava, embora, sem desenvolver muito, como sendo uma “disposição patológica”, na etiologia da melancolia.

Como sabemos, um sujeito, na sua origem, vê-se em um primeiro olhar, o olhar do Outro, e este lhe dá uma moldura em cujos limites se constitui a imagem de si, sua identificação primordial, matriz das demais identificações. Na melancolia, há a falta de um olhar ou de um desejo, enfim, há a inacessibilidade deste modelo ideal. Assim, o nada, ao qual o sujeito melancólico diz parecer-se, passa a ser o que o define, uma vez que ele se teria encontrado diante de uma moldura vazia, dentro da qual não havia imagem, mas simplesmente nada. Atrás da moldura vazia, atrás do espelho, não havia, portanto, nada.

Esse nada, todavia, é justamente o significante primordial, o que o constitui como sujeito, na medida em que é a marca inscrita pelo Outro. Ou seja, somente a identificação ao nada, que o Outro lhe deixou como herança, é que, paradoxalmente o



mantém vivo, que pode assegurar-lhe não retornar à indiferenciação (à aniquilação, à morte psíquica). A impossibilidade de o sujeito se imaginarizar como objeto do amor do Outro torna a identificação ao nada a base de seu fantasma, tornando o suicídio quase como uma conseqüência lógica. Assim, o “fazer-se nada”, através do suicídio, vem a ser a concretização de seu destino fantasmático. A identificação ao nada se materializa, então, no ato suicida.

Esta parece ser a especificidade da ancoragem, da amarragem do sujeito melancólico na ordem simbólica, ou seja, o nada seria, em suma, o significante da morte que, na elaboração defensiva primária, seguindo a desapareição do desejo no Outro, teria permitido ao sujeito escapar ao aniquilamento. Esta questão de vida e de morte, presente desde a sua origem, e que põe a morte no real de um traumatismo, reaparece, de uma maneira transposta, nas suas reações com a alternativa tão freqüente do “tudo ou nada”, composta pelo ideal inacessível, ou pela aniquilação.

Na melancolia, é como se a morte houvesse surpreendido duas vezes o sujeito: a primeira vez, pelo abandono do desejo do Outro e, uma segunda, por uma identificação à morte deste e pelo estado de desvitalização que disso necessariamente resulta¹⁰.

Porém o “fazer-se nada” é diferente do “dizer-se ser um nada”. A auto-desqualificação, bem como a negação generalizada por parte do melancólico, acaba sendo, para ele, uma defesa que, justamente, evita a passagem ao ato, uma vez que ele, de qualquer forma, já se sente morto, ou morto-vivo.

Geralmente não se observa angústia nos melancólicos, a menos que ela testemunhe um enfraquecimento na sua organização defensiva, momento propício à passagem ao ato. Lacan, retomando de Freud algumas considerações sobre o caso da jovem homossexual, afirmava que o correlato essencial de toda passagem ao ato consiste no “deixar-se cair”. Quando um sujeito é confrontado radicalmente com aquilo que ele é, como objeto, para o Outro, reage a isso de modo impulsivo, por uma angústia incontrolada e incontrolável, identificando-se com esse objeto e deixando-se cair. Mas isso acontece quando, para o sujeito, tornou-se impossível qualquer simbolização. Ele, então se ejeta, oferecendo-se ao Outro. Há uma evasão para fora da cena de sua fantasia, sem que ele possa dar-se conta disso.

A passagem ao ato, contrariamente ao *acting out* - que acontece na cena -, não se dirige a ninguém e não espera nenhuma interpretação, situando-se do lado do irreversível. Porém é demanda de amor, de reconhecimento simbólico, demanda desesperada feita por um sujeito que só consegue vivenciar-se como um dejetivo a evacuar. Nesta direção, podemos pensar no suicídio como sendo uma tentativa última de encontrar um lugar no desejo do Outro, no entanto, pagando o preço com a sua vida, isto é,

¹⁰ Como também considera Lambotte, 1997.

oferecendo o seu próprio cadáver. Podemos também pensar como sendo uma tentativa desesperada de fazer uma falta no Outro – este sem desejo, absoluto –, porém através do fazer-se cair como objeto. Assim, a tentativa de suicídio, ao invés de um apagamento do sujeito, parece consistir, paradoxalmente, em uma tentativa última de inscrição, o que implica uma questão ética na condução desses casos.

O melancólico é um cúmplice-testemunha da fragilidade do significante, da precariedade do ser. Padece de um sofrimento abissal que não chega a se significar. Ele tem o sentimento de ser deserdado de algo não nomeável, de alguma coisa irrepresentável (mais do que do objeto, seria da Coisa - um real, sem significação), que, muitas vezes, porém, ele tenta simbolizar através da sublimação: de escritos literários, da poesia, de melodias, ritmos, polivalências semânticas.

Na clínica, a direção da cura consiste em possibilitar a simbolização disto que vem sem representação, em metaforizar a morte. Para isso, requer-se do analista uma disponibilidade para acompanhar seu paciente neste trabalho, procurando, além do seu discurso imutável, fechado e desvitalizado e aparentemente sem qualquer apelo ao outro, uma brecha possível, atento às tímidas e sutis manifestações de desejo. Procurar um deslizamento da fixidez de sua dor para uma possibilidade de representação, transitando com ele nesta delicada borda entre a vida e a morte. Na transferência, penso ser fundamental também, por parte do analista, sustentar uma aposta, sem cair numa idealização, mas tampouco numa impotência, o que requer, muitas vezes, uma grande paciência.

Há, porém, um impasse, principalmente em situações que envolvam risco de vida, tentativa de suicídio, pois forçar uma internação - quando o paciente se recusa a isso - pode ir na contramão de uma cura, justamente por tomar o paciente como objeto, anulando suas possibilidades subjetivas, podendo causar efeitos psíquicos desastrosos. Sabemos que muitas internações forçadas acabam exatamente levando ao suicídio, ou remetendo a uma letargia psíquica, uma morte subjetiva. Obviamente, não devemos desconsiderar a gravidade da situação, mas sustentar e promover as condições subjetivas do paciente. Enfim, que a nossa angústia não nos precipite numa tutela desastrosa para ele.

Esta é uma das situações que acredito ser das mais difíceis, em que é preciso ter-se coragem, uma vez que também o analista corre risco. Assim, ou se aceita correr algum risco, ou não se corre risco nenhum, mas também, impede-se o paciente de fazer uma passagem a uma condição subjetiva. Ou seja, priorizando-se sua vida física, preserva-se seu corpo, em detrimento de sua vida psíquica.

Enfim, nestes casos em que a vida esteja por um fio, penso que a direção da cura possa dar-se justamente a partir deste frágil e tênue fio em que o paciente - embora de forma precária - ainda se sustente, buscando refazer ou mesmo fazer outros fios, para, com eles, então, ele conseguir tecer a sua própria história.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- DURKHEIM, E. O Suicídio. In: *Os Pensadores*. São Paulo : Abril S. A . Cultural, 1978
- FREUD, S. (1915). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro : Imago, 1976.
- _____. Luto e melancolia (1917). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro : Imago, 1976. v.XIV.
- _____. O ego e o id (1923). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro : Imago, 1976. v.XIX
- _____. Neurose e psicose (1924). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro : Imago, 1976. v.IXX.
- LACAN, J. (1960-61) *O Seminário* - Livro 8: A transferência. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1992.
- _____. (1962-63) *O Seminário* - La angustia (texto mimeo).
- _____. A terceira. In: *Che vuoi?* n.o, 1986.
- LAMBOTTE, M-C. *O discurso melancólico*. Rio de Janeiro : Companhia de Freud, 1997.
- LIPOVETSKY, G. *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa : Relógio D Água, 1983.
- LORAUX, N. *Maneiras trágicas de matar uma mulher: Imaginário da Grécia antiga*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1988.

TEXTOS

A SUBLIMAÇÃO NA MELANCOLIA*

Lúcia Alves Mees**

RESUMO

O texto aborda as relações entre a sublimação e a melancolia. Para atender a esse propósito, faz considerações sobre a arte, a sublimação na psicose e na neurose.

PALAVRAS-CHAVE: melancolia; sublimação; arte

ABSTRACT

The text comprises the relations between sublimation and melancholy. To fulfill this objective, it makes considerations about art, sublimation in psychosis and in neurosis.

KEYWORDS: melancholy; sublimation; art

* Trabalho apresentado no dia 29 de setembro de 2001, na Jornada “Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica”, organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil.

** Psicanalista. Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Autora do livro “Abuso sexual – trauma infantil e fantasias femininas”. Ed. Artes e Ofícios, 2001.

Passamos a vida buscando seu segredo.
Pois bem, o segredo da vida é a arte.
Oscar Wilde

Certa vez, ao perguntar a uma artista plástica sobre como aprender a fazer esculturas, ela me questiona:

– Tu és tridimensional? (E não somos todos? penso eu jocosamente.) Respondo-lhe apenas que aprecio a tridimensionalidade (afinal trata-se de ser ou de gostar?). Mais adiante, diz-me que o que tenta transmitir aos seus alunos de arte é o desenvolvimento de um estilo, de um outro jeito de olhar, a ponto de ver um elemento que não via, ou vê-lo de outra forma.

Em um exercício simples de lógica deduz-se: a gente é aquilo que produz. É tridimensional a escultura, ou o sujeito que a realiza? Se se torna tridimensional aquele que produz com a tridimensionalidade, o sujeito tem certa equivalência à sua obra. E se o próprio estilo artístico se caracteriza por olhar de outro modo e perceber o que não via, e considerando que o estilo é uma propriedade do Nome, chega-se a *o sujeito se olha – e se assina – de outra forma ao se fazer na obra de arte.*

Tem-se aí, simplificada e resumidamente, o que pode ser a produção artística para um sujeito e o que pode ser o efeito sublimatório da arte: uma possibilidade de construção de algo novo, ou, diria, algo obscurecido pelo patológico de cada um.

Lambotte (1997) resgata de O. Rank a idéia da arte da pintura de auto-retratos como forma de sublimação do amor narcísico, entretanto, argumenta ela, mais do que uma simples projeção de sua própria imagem, o valor do auto-retrato reside em permitir ver diante de si os mesmos olhos como quais foi visto uma primeira vez¹. As obras de Frida Kahlo (Kahlo,s/d) e sua biografia parecem corroborar a proposição acerca do auto-retrato: manca em razão de uma poliometria contraída na infância e tendo tido posteriormente os órgãos sexuais dilacerados e várias fraturas em um acidente de trânsito, esta pintora de muitos auto-retratos, redesenhou seu corpo próprio. Na convalescença dessas doenças Frida Kahlo ganhou de sua mãe um espelho e, a partir daí, começou a pintar: “eu me pinto por que estou muitas vezes sozinha e por que sou o assunto que conheço melhor”. Será que não se trataria de voltar a conhecer-se e de restituir uma imagem corporal – e do eu – abalada pelas alterações de seu corpo? Mesmo que a resposta seja afirmativa, a meu ver, não é exclusividade do auto-retrato o estabelecimento da relação entre corpo, obra e assinatura. Essa forma de expressão

¹ Tema retomado recentemente pelo escritor Luiz Antonio de Assis Brasil no romance “O pintor de retratos”, no qual questiona o que transmite aquele que reproduz uma figura humana.

artística é, talvez, somente a mais explícita². Como me disse um escultor: “começa-se pela modelagem do corpo porque é com este que todas as noções de espaço se iniciaram”³, portanto, obra/corpo/sujeito se enlaçam em muitas manifestações artísticas, delineando, assim, um potencial sublimatório. Potencialmente, pois, é claro, não basta realizar a obra, é necessário que ela cumpra uma função. E atender a uma função significa considerar, no meu ponto de vista, que, com patologias diferentes, há possibilidades sublimatórias distintas, logo, pode-se conjecturar uma sublimação da psicose, uma da neurose e outra, que interessa particularmente neste escrito, a sublimação própria ao melancólico. Para cada uma dessas patologias, a função da arte é peculiar.

Freud dedicou-se ao tema (1905 [1901]/1972), quando, ao interpretar Dora, postulou a sublimação como um redirecionamento das pulsões sexuais para objetivos mais elevados, ou seja, as realizações culturais. Mais adiante (1905/1972), considerou a latência como um desvio das forças pulsionais para outras metas: a curiosidade pelo corpo foi desviada para anseios artísticos ou de saber. Depois de mais outras pequenas referências (todas em 1908/1976) à sublimação, foi no texto sobre Leonardo da Vinci (1910/1970) que Freud se deteve mais longamente no tema. Para ele, o artista Leonardo sublimou grande parte de sua energia sexual em pulsão de saber e investigar. Nas formulações sobre o pulsional, a ênfase de Freud foi a da sublimação como destino da pulsão fora do recalque. Em uma última referência (1914/1974), tratou de diferenciar a idealização e a sublimação, de sorte que a primeira inclui um ideal aplicado ao objeto e a segunda, não.

Lacan, retomando a noção freudiana (1976/1925) de *das Ding* (a Coisa) no seminário consagrado à ética (1988), ligou a sublimação ao primeiro exterior em torno do qual o sujeito se organiza e para onde se dirige o movimento desejante.

“O *Ding* (...), estranho e podendo mesmo ser hostil num dado momento, em todo o caso como o primeiro exterior, é em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito. É sem dúvida alguma um encaminhamento de controle, de referência, em relação a que ? – ao mundo de seus desejos” (Lacan, 1988, p.69).

Disse-nos ainda Lacan que a Coisa é o que de um real primitivo padece do significante, situando nesse momento de padecimento originário e mítico, um traumatismo que sela o destino do sujeito. Com esse vazio que a sublimação se relacionará, compondo um bordo, delimitador do buraco e lhe conferindo valor. Lacan usou o exemplo do

² Um outro viés interpretativo seria considerar que, acompanhando o dizer de Élica Tessler, “toda obra é um auto-retrato”.

³ Ou ainda, conforme William Tucker: “Talvez não haja sentido em encerrar a escultura num conjunto de regras a respeito de sua dimensão física, permanência e material; é preciso reconhecer que a evocação do humano é, afinal, a razão fundamental da escultura (...)”

oleiro para demonstrar esse vazio em torno do qual é construído o objeto de cerâmica, elevando “um objeto à dignidade da Coisa” (1988, p.141), ou seja, dando bordas ao real, sem ter de ocultá-lo⁴.

No texto de Freud sobre a denegação (1976/1925), quando retoma *Das Ding*, encontra-se a fonte na qual Lacan se inspira:


“A experiência demonstrou ao indivíduo que não só é importante uma coisa (um objeto de satisfação para ele) possuir atributo ‘bom’, assim merecendo ser integrada a seu ego, mas também que ela esteja no mundo externo, de modo a que ele possa se apossar dela sempre que necessitar” (p.298).

Lembremos que Freud descreve, nesse texto, dois momentos na representação do objeto e do eu: um originário (juízo de atribuição), no qual o mau/estranho ao eu e o exterior são idênticos, o que define um interior ao eu, a partir do tido como bom, e um exterior delimitado pelo mau; e um segundo tempo (juízo de existência), no qual se trata de saber se algo do eu pode ser reencontrado na realidade. O “primeiro” passo, portanto, delimita um real (uma Coisa), exterior ao sujeito, efeito da ruptura indelével entre a introjeção de um corpo de significantes inicial e a expulsão do que escapa ao significante, bem como impele ao “segundo” momento que autoriza ao sujeito o emprego dos significantes atribuídos. Assim sendo, *das Ding* é o que fica de fora das primeiras atribuições advindas do Outro, isto é, à margem das interpretações maternas dos gritos e choro do bebê, bem como do olhar do Outro, na medida em que é a relação simbólica que define a posição do sujeito como vidente (Lacan, 1979), ou seja, é o simbólico que determina o maior ou menor grau de perfeição do imaginário.

Com esses aportes de Freud e Lacan, destacam-se alguns pontos: a relação da sublimação ao real da Coisa, sua satisfação pulsional distante do recalque e da idealização, sua expressão valorizável socialmente e sua substituição da investigação sexual infantil. A partir desses indicativos proponho que, dependendo da estrutura sobre a qual a sublimação se desenvolve, um ou outro desses pontos ganham relevo.

No caso da sublimação na psicose, a valorização social enquanto rede simbólica ganha dimensão, sobretudo naquilo que ela pode permitir de rearranjo do tecido simbólico rasurado. A sublimação, neste caso, tem a função de buscar fazer suplência ao

⁴ (...) como produção não-substitutiva, a sublimação é uma formulação proposta do lado de uma via de não-mascaramento do real, de não-ocultação do impossível. Elevar o objeto à dignidade da Coisa vai também nessa direção, no sentido de não ficar no mascaramento narcísico do objeto (...) [de] deixar que ali aparecesse algo que quebra a ilusão, onde isso fica mesmo evidenciado” (Pereira, 1998. p.74).



Nome-do-Pai forcluído, pois a assinatura da obra pode delinear esse Nome faltoso. O exemplo de Arthur Bispo do Rosário é contundente: sua obra resgata sua autobiografia (Hidalgo, 1996). Tendo chegado a expor em uma Bienal de Veneza, além de vários outros países pelo mundo, escreveu seu nome na arte brasileira e internacional. Não era sua pretensão expor sua obra, ao contrário, aquilo que tecia, manufaturava, criava, era guardado e dado a ver apenas àqueles que mostravam respeito a seu delírio. A estes revelava, por exemplo, seu “manto da apresentação” que deveria vestir quando subisse aos céus, levando os nomes daqueles que também se juntariam a ele e à Virgem. Os nomes, as muitas palavras bordadas, pareciam conectar sua origem silenciada de filho do sr. Bispo do Rosário e sra. de Jesus, de sua história religiosa no Sergipe, e uma outra versão de filho da Virgem Maria, escolhido para eleger aqueles a serem salvos. Neste entrecruzamento construiu um tecido – literal e simbolicamente – que lhe proporcionou um lugar onde viver.

No terreno da neurose, parece-me que uma operação sublimatória que prescinde do recalque e da idealização é o que fica enfatizado. A sublimação pode permitir ao sujeito neurótico um desligamento do fálico, ou como escreve Pommier: “a sublimação é o ato que permite ao sujeito se desfazer de sua identificação ao falo, ou mais exatamente, mantê-la a distância, mostrá-la na obra, e isto recorrendo ao mesmo meio da pulsão” (p. 194). A sexualização da identificação ao falo, na sublimação, reverte-se em deslocamento do lugar fálico para a produção artística. O sujeito, descomprometido em ocupar a posição de satisfação à demanda do Outro, está potencialmente livre para criar, e sua criação pode ocupar o lugar que o sujeito deixou vago. O falo “terceirizado” na obra desobriga o sujeito a ter de se valer do recalque para tentar preencher o vazio do Outro.


Associada freqüentemente a uma capacidade de produção artístico-literária privilegiada, a melancolia parece ter na sublimação uma parceira, mas de que forma? O sujeito melancólico, é claro, não lida com o recalque do mesmo modo neurótico. Enquanto este adoece por recalcar tudo aquilo que contradiz seu lugar de objeto ideal do Outro, o melancólico possui uma frágil inscrição de si no Outro e do objeto que se desprende dessa relação. Assim sendo, a melancolia não se imbui da busca de um reencontro com uma posição ideal inscrita psiquicamente e supostamente perdida, como na neurose, e sim da tentativa de *constituição* de um objeto, ao mesmo tempo que encontra seu reiterado fracasso. Carente da ilusão proporcionada por esse ideal, o sujeito melancólico expõe a falta como poucos, e sua lucidez desiludida se assemelha a uma relação privilegiada com a verdade (Mees, 2001). Tal laço, portanto, só pode aproximar-se de uma relação sublimada com o real, sob a condição de não precisar repetir o fracasso da constituição do objeto. Se puder não reiterar a ausência de um Outro que não indicou o objeto e se tiver condições de se valer de seu parco recalque. Relacionando a melancolia e uma das formulações de Lacan sobre a sublimação, tem-se que o melancólico é aquele que tem relação com a Coisa, mas sem poder dar-lhe estatuto de

objeto. Os limites primordiais entre o dentro (eu como objeto) e o fora (o real da Coisa expluso da significação) se estabeleceram e precocemente se esvaneceram, deixando o sujeito melancólico nem bem de fora da Coisa e nem bem “dentro”o objeto. O efeito, portanto, é o de uma divisão assemelhada àquela produzida na recusa do objeto: inscrito para depois também não se inscrever.

“Como se pudéssemos criar um momento [originário e mítico] em que a Coisa se despedaçaria, se esvaziaria para dar surgimento ao objeto, objeto que integraria uma cena primordial e faz sua entrada no fantasma. O objeto a surge, então, como um resíduo da coisa, resto de *das Ding*. O melancólico, por alguma razão, sofre de um impedimento nesse processo, que o conduz a uma incapacidade de suportar esse desligamento. Assim, ele recusa a queda do objeto, o que significa a impossibilidade de estabelecer integralmente a perda do objeto (...)” (Peres, 1999, p.92).

Na melancolia, a operação sublimatória permitiria – sob a condição da desistência da encenação da falta da falta a cada gesto – a produção de um objeto artístico-literário que tivesse a propriedade de representar algo do objeto e que este não recaísse na sua quase-representação mais frequente: desprezível, sem valor. Isso porque a desapareição súbita do objeto, logo após seu surgimento, leva o melancólico a tomar distância do objeto, de forma a não se defrontar com o sumiço dele (o que traria o suicídio como horizonte), mas também sem conseguir com o pouco de objeto compor algum investimento libidinal, ficando à parte do mundo e de si mesmo. Dividido entre revelar a verdade nua e crua de sua relação à Coisa e reclamar a ilusão e a máscara, e entre o saber da comédia das ilusões e a reivindicação de uma ignorância absoluta, o melancólico se esforça em escancarar a Coisa, ao mesmo tempo que busca velá-la (André, 1995).


Uma analisante melancólica, em determinado ponto de sua análise, traz à sessão uma pequena maquete, feita por ela, de sua cidade natal. Localidade tida por ela como mal organizada e atrasada, bem lhe representa seu Outro incapaz de acolhê-la no lugar desejado. Com a maquete, ela corrige o que lhe parece não estar bem no seu lugar. Sua cidade tem o traçado de seu corpo, visto como mal distribuído e feio, ansiando por uma nova configuração. Ela o refaz, compondo o lugar (corpo/cidade) que gostaria de habitar. O instigante é que tal “reparo” realizado no projeto a leva ao interior da cidade, das casas, do quarto onde as cenas eróticas se desenrolam. Até esse momento de sua análise, a sexualidade constava quase que exclusivamente como ausência discursiva; depois disso, passa a fazer um redelineamento de sua história à luz da sexualidade. Nos quartos, há desejo sexual, dos pais e dela mesma. O Outro faltoso na apresentação de uma imagem se aproxima do Outro que falta porque tem sexualidade, denunciadora de um vazio que clama por ser preenchido. A analisante, portanto, nesse momento, fala de si de outro modo: não mais quase-nada por efeito da miséria do Outro, mas um objeto



possível, recusado⁵ no ponto em que poderia constituir-se. A falta de valor do corpo/cidade ganha, assim, algum entorno com imagens e uma história. De influência européia, a cidade “mal planejada”, na realidade, respeita os padrões arquitetônicos dessa origem e da época de sua fundação. Os “maus olhos” com os quais a analisante olha o próprio corpo e a cidade natal, portanto, só vigoram se forem descontextualizados a origem e os traços de filiação que a delineiam. Incluídos esses traços, a falta perde a dimensão de irrepresentável e implica o sujeito melancólico naquilo que poderia constituí-lo. Entretanto, ela fica na porta, elemento também aludido por ela em suas considerações arquitetônicas. As portas de sua casa da infância não estão nem abertas, nem fechadas, ou igualmente abertas e fechadas. Não lhe é possível adentrar o quarto dos pais, como metáfora da investigação que poderia fazer sobre o desejo do Outro e o objeto de sua falta, mas da mesma forma, não é possível sair da soleira da porta e seguir adiante, sem levar do quarto os indicadores dessa investigação. A porta bem significa o momento psíquico no qual o sujeito poderia construir uma fantasia em torno da relação sexual, ou seja, uma versão sobre o desejo do Outro e sua origem, bem como um lugar para si neste desejo. Na soleira da porta, entre os juízos de atribuição e de existência, entre a delimitação da Coisa e a apropriação do objeto destacado dela, nem alienado no Outro nem sujeito de seus significantes, o melancólico vive o efeito da recusa. O nem dentro nem fora, ao mesmo tempo que dentro e fora parecem guardar com a recusa a mesma temporalidade, ou seja, algo que se apresenta ao sujeito e é bruscamente afastado, fazendo, a partir disso, coexistir/inexistir duas posições antagônicas sobre o objeto: ele não está no quarto/inexiste, e ele está no quarto/existe. O objeto mal separado da Coisa não é nem existente, nem de todo ausente. Na melancolia, há uma espécie de congelamento neste ponto, pois o brusco desaparecimento/recusa da cena do quarto deixa-lhe a impressão de que entrar significa cair; tombar pela falta de sustentação de si no desejo do Outro. Entrar para checar esse desejo parece ao melancólico arriscar entrar e nada encontrar, ou dito de outra maneira, entrar e não poder definitivamente separar Coisa e objeto. Se o quarto está vazio nada pode mantê-lo vivo, e parece só restar-lhe aí entregar-se ao real de *Das Ding*. A outra alternativa seria partir, entretanto não há como tomar distância, sem antes ter entrado, não há como lidar com a Coisa sem sacar dela um objeto.

Considerando que a maquete da analisante possui uma intenção sublimatória, nesse caso, a sublimação parece ter o destino inverso daquele descrito por Freud no que tange à dessexualização da libido, todavia a formulação freudiana permite que se

⁵ “Assim como na *Verleugnung* (...), na melancolia não há nem apropriação do objeto, nem perda, mas apropriação e perda simultaneamente (...). O objeto visado pela melancolia é, ao mesmo tempo, real e irreal, incorporado e perdido, afirmado e negado” (Agamben, 1998. p.50).



considere um destino duplo (Laplanche, 1989): não apenas do sexual para o não-sexual, mas também do não-sexual para o sexual. Será que Freud não tinha em mente principalmente a neurose quando privilegiou o destino pulsional da sublimação como diferente do recalque, ou seja, do sexual para o não-sexual? Não seria a especificidade sublimatória da melancolia aquela que traça o destino não-sexual ao sexual? Pondero que o sujeito melancólico, por possuir um relativo acesso à Coisa, o que pode compor com a sublimação é uma colocação em cena do objeto, ou seja, parece tratar-se de um elevar a Coisa à dignidade de objeto, ou dito de outra forma, depreender de *das Ding* um recorte passível de ganhar valor. Pois, na melancolia, a Coisa está misturada ao objeto, ou seja, o objeto destituído de qualquer véu, aparece bestial como uma coisa. Bestialidade real, significada como ignomínia, à qual o sujeito melancólico se identifica para se defender do vazio que o espreita. Assim sendo, se o melancólico, por um lado, pode estar livre para criar por sua distância do recalque, por outro lado, tem dificuldade de identificar na obra o seu *eu* enquanto imagem e assinatura. Quando realiza uma obra, facilmente a critica tanto, a ponto de refrear o que de novo poderia surgir ali. Associa a obra ao pouco valor que acredita que tem, logo, a produção artística que conduz a um efeito sublimatório na melancolia é a que alude ao objeto, mas um objeto outro daquele que a patologia afirma, isto é, um objeto de valor. Aqui a indicação freudiana sobre o necessário reconhecimento do artístico para se dar uma sublimação parece ter considerável relevância. Na quase-ausência da imagem/Outro do melancólico, o objeto de arte pode chegar a produzir uma imagem de si na obra, e um Outro, que existiria condicionado a uma existência valorosa da obra/eu/ objeto. Mapear um quarto em análise buscou constituir para a analisante o lugar do Outro e o próprio, atravessando a porta nem para a morte, nem para a incapacidade, mas para a relação com um objeto com representação possível. O valor da obra na análise se desprende de seu caráter estético e se associou à existência de uma destinação ao Outro/analista. Ao acolher este endereçamento em análise, foi possível fazer reconhecer o *valor* de tal ato na sua condição de sujeito desejante.

Por fim, parece importar particularmente, na melancolia, que o artístico se vale do próprio corpo⁶ para produzir, reatualizando-o como identificador do eu, que se relaciona com um Outro. Ou ainda, que a arte que faz sublimar é aquela que recoloca a ligação entre o somático e o psíquico da pulsão e que, no caso da melancolia, pode fazer compor seu traçado. É preciso que a casa represente o corpo e que, ao se dirigir ao Outro, possibilite o auto-retrato que o melancólico deseja constituir.

⁶ De anseio de saber a melancolia está plena, entretanto, tal desvio da pulsão descrito por Freud ao tratar de Leonardo da Vinci, não parece encontrar na melancolia efeitos sublimatórios: é necessária a presença do corpo para que o entrelaçamento da obra/eu/assinatura/imagem/corpo se constitua

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, G. Stanze. *Parole et fantasme dans la culture occidentale*. Paris: Payot G. Rivages, 1998.
- ANDRÉ, S. *A impostura perversa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- ASSIS BRASIL, L. A. de. *O pintor de retratos*. Porto Alegre: LGPM, 2001.
- FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905-1901) In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v.7.
- _____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905) In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v.7.
- _____. Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade (1908) In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.9.
- _____. Caráter e erotismo anal (1908) In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v.9.
- _____. Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna (1908) In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v.9.
- _____. Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância (1910) In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: 1970. v.II.
- _____. Narcisismo: uma introdução (1914) In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.14.
- HIDALGO, L. *Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.
- KAHLO, F. *O diário de Frida Kahlo*. Rio de Janeiro: José Olympio, s/d.
- LACAN, J. *O Seminário. Livro 7. A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.
- _____. *O Seminário. Livro 1. Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

O VÍRUS DA DESESPERANÇA *

Ligia Gomes Víctora**

RESUMO

O texto aborda a escuta psicanalítica de bebês, vítimas do abandono e da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Se admitimos que é sempre pela falta do objeto, ou por tê-lo perdido, que um sujeito desejante pode constituir-se, como pensar no desenvolvimento do desejo em crianças cuja falta da mãe não é simbólica, nem imaginária: é real, e permanente? O que é transmitido normalmente, na neurose, seria o nome do pai e a castração simbólica. No caso destes bebês, a herança da mãe veio com a marca do HIV: com ela veio a dor, a tristeza, a revolta, a solidão dos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE: bebês HIV+; relação corpo/vida/morte; representação-corpo; topologia; psicanálise

ABSTRACT

The text broaches the analytical treatment of babies, victims of desertion and of the vertical transmission of HIV. If we agree that is always through the lack of the object, or because of its lost, that a wishing subject can be constituted, how can we think about the development of wish in children whose mother's lack is not symbolic, nor imaginary: it is real and permanent? What is usually transmitted, in neurosis, is the Name of the Father and the symbolic castration. On the matter of this babies, the mother's heritage came with HIV's mark: along with it came pain, sadness, revolt, hospital's loneliness.

KEYWORDS: HIV+ babies; body/life/death relation; body representation; topology; psychoanalysis

* Palestra proferida na jornada Os nomes da tristeza na clínica psicanalítica, da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, no dia 29/09/2001.

** Psicóloga, Psicanalista Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA); Membro da Association Freudienne Internationale (AFI).

... “crianças-zumbis, que habitam
na periferia da estrutura...”

O que um psicanalista pode fazer na clínica de bebês órfãos, portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida (*AIDS*)?

O verbete introdutório acima é uma frase de Hiltenbrand (2000) e fala das dificuldades para especificar-se um diagnóstico pela estrutura, nos pequenos habitantes da periferia das grandes cidades. Que dizer, então, dessas crianças, para quem, além da exclusão social, a exclusão pela doença deixa quase fora do mundo?

Podemos perguntar-nos ainda – qual a diferença entre esses e os outros milhões de bebês que nascem no Brasil em situação de exclusão social? A diferença existe, talvez, apenas por um *detalhe*: eles herdaram de suas mães o vírus da imunodeficiência humana (*HIV*). Um detalhe que faz toda diferença...

Com este trabalho, porém, minha intenção não é ocupar nosso tempo com a discussão da situação social brasileira, nem com em que a exclusão social concerne a um psicanalista. Estas questões ficam por conta da consciência e responsabilidade de cada um.

Por isso, trabalharemos aqui, mais especificamente, a partir da história de um bebê.

*Would you know my name,
If I saw you in heaven?*¹

Caso RN - Greicekele da Silva (*Naiani*)². Assim consta no *Relatório de nascidos-vivos* do hospital, identificando a criança que não tem ainda registro legal. *Ela é o Recém-Nascido do Nome-da-mãe...* No mesmo documento, lemos também: mãe *HIV+*. Vinte e um anos. Seis filhos. Não fez pré-natal. Pai: desconhecido.

Naiani tinha um ano de idade quando chegou à Clínica onde ela vive até hoje, após uma hospitalização de sessenta dias. O relatório do Serviço Social do Juizado de Menores informa que a mãe abandonara o bebê no hospital, fornecendo endereço falso. Foram feitas tentativas para encontrá-la. Meses mais tarde, informaram-nos que a família fora localizada, que a mãe falecera e que os familiares não tinham condições de cuidar do bebê. Estes são todos os dados existentes da história de *Naiani*.

Ao chegar à Clínica, *Naiani* não suportava o contato com as pessoas, isolava-se dos outros bebês, era triste e silenciosa. Permaneceu cerca de um mês assim, e

¹ Música de Eric Clapton.

² Nome fictício, para proteger a identidade da criança, porém guardando-se o referencial estilístico dos nomes estrangeiros abrigados, ou inventados, em moda nas vilas da periferia de Porto Alegre.

depois, lentamente, foi aceitando a aproximação das atendedoras. Porém não caminhou, nem falou na época esperada.

Quando eu a conheci, *Naiani* estava com três anos e ainda não falava nem caminhava: as pernas estavam atrofiadas. Ela era carregada como um bebê e, caso precisasse muito se locomover, atirava-se de onde estivesse, caindo de qualquer jeito, ou se arrastava, arrastando as pernas atrás de si como duas caudas inertes. Como não havia registro de exames, e levantando a suspeita de problemas neurológicos, encaminhei-a ao médico, mas seus exames atestaram não haver uma explicação orgânica para o fato de ela não andar. Sempre com problemas de pele e tendo contraído diversas infecções em sua curta história, *Naiani* já passou por várias internações hospitalares. Utiliza medicações anti-retrovirais via-oral diariamente. “*Não reclama para tomar os remédios nem as injeções*”, contam as atendedoras.

Nas primeiras sessões, *Naiani*, em silêncio, cobre com massa de modelar as figuras que lhe são apresentadas em um livro, cobre o papel, cobre sua imagem no espelho. Desenha um corpo amebiano, com pseudópodos (– serão cabelos? Pernas? Braços?). Dentro deste *corpo*, faz vários círculos pequeninos (– serão os olhos? A boca? As marcas das feridas na pele?): “O que são essas bolinhas?” Não responde. Coloca placas de massinha de modelar sobre o desenho, sobre a pele da analista³, depois sobre sua própria imagem refletida no espelho. Em seguida, faz furos com o lápis, buracos sobre a massa, e na pele mesmo: – “Vai tomá injeção”, diz muito baixinho. Não fala muito mais que isso, no início. A temática se repete: ela é o “doutor”, que coloca os “curativos”, para depois furá-los. Não tem muita variação, não tem faz-de-conta: é direto no corpo. Ela examina e “dá injeção” na “paciente”, às vezes chegando a machucar... Furar, curar, depois furar... *Amor, ódio, reparação?* Quando o corpo é constituído só de feridas, quando o corpo *desencadeia* [cf. expressão de Guilyardi (2000)], não existe matéria para se firmar... Talvez a *massa de modelar* possa construir uma nova pele, um novo corpo.

Algumas sessões, e ela pega papel e lápis, e pergunta, muito séria: – “*Seu nome é?*” – “*Meu nome?...* – se *eu tenho um nome*, se *o outro tem um nome*, então, ela também pode ter um! Poderá, talvez, não ser mais “*RN-Greicemeri...*” Além disso: ela *faz que escreve!* Mesmo que esteja imitando alguém – um médico, talvez – ela *está brincando de simbolizar*. Se os nomes, as letras das pessoas, podem ser escritas, então elas têm valor. Papéis que são escritos e dados aos outros – são documentos. Quando alguém não tem documentos, não *existe* legalmente... Quem sabe essas letras – fictícias, em papéis que entrega à analista, possam assegurar-lhe a *Ex-sistência?* Um golpe simbólico para assegurar-lhe a *existência* real.

³ Em atendimento com a Psicóloga Verónica Pérez, sob supervisão, ou *sobrescuta*, da autora.

Quando lhe foi solicitado que desenhasse uma família, ela pareceu não compreender – não sabia o que era *isso*? Às vezes, parece cuidar da analista, dando-lhe mamadeira e colocando-a para dormir: – “*Deitai!*” – “Tu és a mamãe?” – “*A tia*”, responde. – “*Agora eu*” – e vai para o colo da analista. Pede que lhe coloque fraldas. Que cante para niná-la. Não brinca com as bonecas, é diretamente no corpo-a-corpo com a analista que representa (revive?) as cenas de bebê.

A rosa, despedaçada.

Como seria o desenvolvimento de uma criança cuja falta da mãe é real e permanente? Onde houve a retirada do desejo da mãe, ou este nem sequer existiu? Para Marie-Claude Lambotte (2001), a gênese da melancolia situa-se em uma ruptura com o Outro, uma espécie de traumatismo, com o abandono por parte do Outro, em relação ao sujeito: *uma espécie de deserção do outro*.

No caso de *Naiani*, a marca do Outro vem como trauma real, pela onipresença. Uma relação com o Outro marcada pelo excesso, na qual os outros chegam para machucar, para invadir, com sondas, agulhas, causando dor, terror, e contra o qual nada – espernear, chorar e gritar – *nada*, o detém...

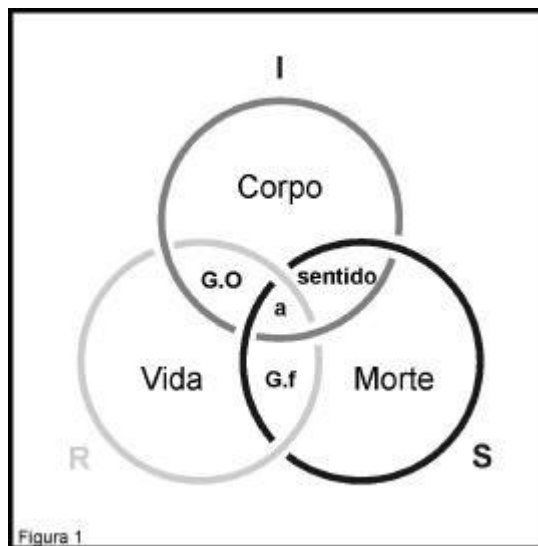
Por que será que *Naiani* se recusava a caminhar? Ela se atirava, como se não tivesse pernas, mesmo se machucando. Seria uma identificação desta parte negada de seu corpo com o objeto perdido? – “... *o próprio corpo no lugar dos objetos decaídos...*” (Lacan, 1960). As pernas, como pseudópodos, objetos-dejetos que *saem* do corpo – fezes, sangue, lágrimas, gritos: no lugar das bordas do corpo onde as pulsões normalmente se formariam. Colocada em pé, ela cai: *ela não suporta seu corpo*. Ela não *suporta* sua imagem no espelho: cobre o espelho com massinha de modelar. *Cobre* a imagem, *cobre* as feridas da pele.

As pernas, não: ela não as considera. Elas são um dejetos.

O sadismo nas sessões com a analista, junto com a aparente insensibilidade à dor, e a conduta “regressivo-passivo-agressiva”, fazem-me pensar na hipótese de Freud, em “Luto e melancolia” (1915): a pulsão amorosa transformando-se em agressividade voltada contra si mesmo, por identificação do eu com o objeto amado/perdido.

Por que será que *Naiani* se recusava a falar? Minha hipótese inicial (Victora, 2000) a respeito do mutismo das crianças na Clínica dos bebês *HIV+*, era que um *saber-insabido*, inconsciente – e, portanto, impossível de ser simbolizado, por ser um pedaço de real, vivido no passado – retornava dessa forma. No caso específico de *Naiani*, o acesso ao saber sobre sua história lhe fora negado, e permaneceria recalcado para ela, retornando em forma de sintoma. Para que a palavra *tomasse corpo* e para que, do corpo, *isso* pudesse falar, seria preciso *haver* um corpo, ao menos uma *imagem do eu*. Mas, se o corpo *desencadeia*...

Consideremos a cadeia borromeana como homeomorfa à estrutura do sujeito (Figura 1).



Respeitando os lugares definidos por Lacan (1974), na Conferência “A terceira”, temos que:

- o *sujeito da neurose* é constituído por uma cadeia a três elos livres: Real, Simbólico e Imaginário, interligados de forma que, se um deles romper-se, os outros dois se liberam imediatamente;

- neste conjunto de três consistências heterogêneas, *corpo*, *vida* e *morte* se encadeiam, de forma tal, que todos estejam em posição equivalente;

- nesta amarração, o simbólico faria uma leitura, selecionando um pedaço do real, que só então se fixaria, continuando, porém, inacessível para o sujeito: assim se constituiria o inconsciente de cada sujeito.

- neste nó, também chamado por Lacan de *borromeu*, é o imaginário que organiza a relação entre os outros dois elos.

*Would you hold my hand
If I saw you in heaven?*

Como ficaria a relação entre corpo, vida e morte para *Naiani*?

O corpo, que deveria ser responsável pelo bom encadeamento dos outros elos, não foi libidinizado pelo amor da mãe (colo, seio, beijos, olhar e palavras amorosas), mas pelos

cuidados de médicos e da enfermagem, em manipulações quase sempre relacionadas com procedimentos dolorosos (injeções, medicações, exames). Logo, possivelmente, o narcisismo necessário à construção da imagem do eu, e como “o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação” (Freud, 1914), não se tenha constituído adequadamente.

Como se construiria um sujeito em condições adversas, nas quais o outro foi sentido como invasor, sádico, cruel, e cujo corpo, despedaçado pela dor, furado, apal-pado, queimado pelas medicações corrosivas, não lhe assegura a consistência? Onde a mãe não protege: ela abandona, e, então, sua existência é negada? Pois o que me pareceu surpreendente é que, mesmo com essa possível falha nas primeiras identifica-ções, quando lhes oferecemos (a *Naiani* e a outros bebês da Clínica) uma escuta, isto é, colocamos ali nosso desejo de saber sobre sua história, eles nos respondam com uma imediata demanda e, até mesmo, com o início do desenvolvimento do drama edípico na transferência. Neste caso, o desejo do Outro *tem endereço certo...*

Conforme Lacan (1956), é sempre pela perda do objeto que o sujeito da lingua-gem pode constituir-se. Necessidade, demanda e desejo se sucedem nesta construção insólita, em que a falta é constitutiva. A mãe, representante do primeiro Outro falta, nos dois sentidos: *faz e sente* falta. Demandando sua presença, o bebê se constitui como desejan-te do desejo da mãe. Como mostra o quadro abaixo, que é a leitura que propo-nho a vocês do quadro desenvolvido no Seminário das *Relações de objeto*:

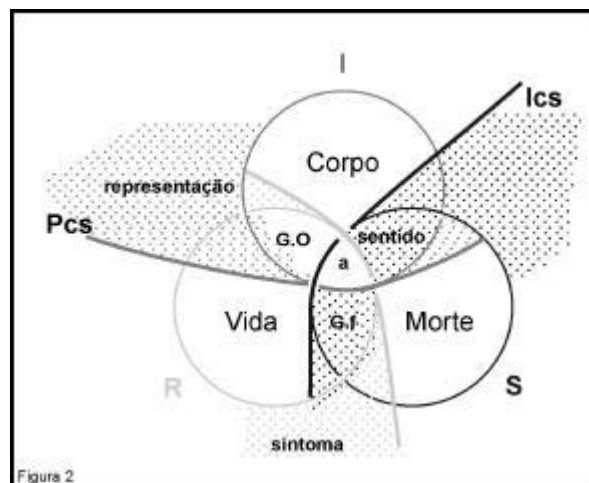
<i>fase</i>	agente <i>(representante da mãe)</i>	<i>falta</i>	operação	objeto <i>(representante do falo)</i>
3	real	simbólica desejo	Castração	Imaginário <i>(linguagem)</i>
2	simbólico	imaginária demanda	Frustração	Real <i>(seio da mãe)</i>
1	imaginário	real necessidade	Privação	Simbólico <i>(significante do nome)</i>
0	Pai da mãe	desejo da mãe	castração simbólica da mãe	Falo imaginário <i>da mãe</i>

Conforme o quadro, podemos pensar em três categorias de faltas, cuja não-realiza-ção corresponderia às operações fundadoras da subjetividade. Assim: falta real (necessi-dade não realizada)? privação; falta imaginária (demanda não atendida) ? frustração; falta simbólica (desejo não satisfeito)? castração.

É importante observar que a operação de base é a castração simbólica da mãe (linha 0), que implica em a mãe também desejar, isto é, haver uma falta também no Outro. Desejar *o desejo do desejo...* (Lacan, 1956) – é isso. No caso de *Naiani*, que desejo seria este se a

mãe a abandonou no hospital, *deixando endereço errado*? Poderíamos pensar aqui em um não-desejo? Ou que a mãe *endereçou seu desejo* a outro? Não encontrar um desejo no Outro faria com que não encontrasse também uma ancoragem na identificação primária para o eu. Para *Naiani*, será que restou *ao menos um traço* do desejo da mãe? Já que *ela faz-que-escreve seu nome* e nos dá para ler?

Voltando ao nó borromeu, apresentado por Lacan (1974) na Conferência ‘A Terceira’, eu proporia a seguinte leitura (Figura 2):



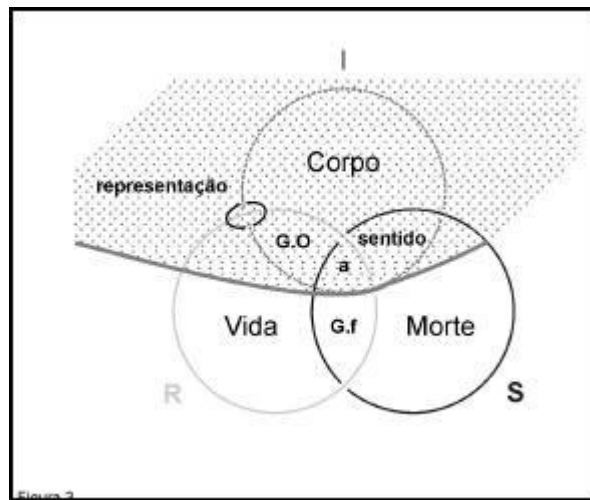
Vemos, na Figura 2, o elo do Simbólico abrindo-se, expandindo o lugar do sentido ao infinito, em direção ao campo do Inconsciente. A mesma situação podemos pensar do Real, em relação ao campo do sintoma, bem como na abertura do Imaginário, com a representação perdendo-se no campo do pré-consciente freudiano.

Não trabalharemos essas questões aqui – o que eu gostaria de retomar desse nó é a possibilidade de os elos se infinitizarem por algum motivo.

*... then I know there'll be no more
Tears in heaven.*

Por acreditar que cada indivíduo possa *escrever seu nó* (Darmon, 1991), ou construir o seu próprio nó, de acordo com sua história, eu lhes proporia ainda a seguin-

te cadeia de nós, não como o nó específico da melancolia, ou o dos bebês *HIV+* abandonados, mas como uma hipótese para o caso que está em questão (Figura 3).



Uma nova representação, com a possibilidade de significação dessa massa de modelar que é o seu corpo... dando consistência ao corpo de sua história, desta vez possível de ser falada, ou, ao menos, questionada em análise. Isso poderia, talvez, encadear os três elos (I, R, S), consertando o erro de amarração da estrutura e fazendo ressurgir o lugar do objeto interno? Uma nova amarração entre I e R, entre o *corpo* e a *vida*, para não abandonar-se à *morte* simbólica, com a conseqüente morte real.

Não se trata aqui, que fique bem claro, de se oferecer uma mãe ou um pai substituto. Afinal, o analista *não tem que se colocar* em posição de eu ideal dos seus pacientes (Freud, 1923). Se estes projetam a imagem da mãe no analista, isto é uma outra questão – e talvez até seja isso que os sustente temporariamente. Sabemos que uma das possíveis evoluções da cura analítica é que os pacientes possam dispor de seu próprio sintoma, *ultrapassando o pai* (Lacan, 1974), e o que observamos é que, de alguma forma, eles acabam *inventando* um pai!

O desejo do psicanalista, ao endereçar sua escuta à história de *Naiani*, participa de sua escritura, como o novo endereço a que se dirige esta nova significação do sujeito. Meu trabalho de *sobrescuta*, oferecendo uma leitura possível do inconsciente do sujeito – e o *trabalho* de vocês, de escuta da escuta da escuta – participam também desta nova possibilidade de inscrição: todos somos responsáveis por esta história ser possível.

Por isso, obrigada a todos vocês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DARMON, Marc. *Escrever seu nó*. Traduzido por Ligia Victora. Correio da APPOA, n° 64. Porto Alegre, dez. 1998; e *Écrire son nœud*. Le Trimestre psychanalytique – Publication de l'Association Freudienne, n° 2/1992. Paris, 1992.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: _____. *Ed. eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: imago, 1998.
- _____. Luto e melancolia (1915). In: *Ed. eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: imago, 1998.
- _____. O ego e o id (1923). In: *Ed. eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: imago, 1998.
- GUILYARDI, Houchang. *Le corps a ses raisons...* Actes du colloque de l'Association Psychanalyse et Médecine. Paris, novembro 2000.
- HILTENBRAND, J.-P., citado por BRINI, C. *Structure en souffrance*. Le discours psychanalytique. Revue de l'Association Freudienne, n° 23. Paris, février 2000.
- LACAN, Jacques (1956-57). *Le Séminaire. Les relations d'objet 1956/57*. Éd. Association freudienne internationale. Publication hors commerce.
- _____. *Le Transfert – Séminaire 1960/61*. Éd. Association freudienne internationale. Publication hors commerce.
- _____. *Les non-dupes errent – Séminaire 1973/74*. Éd. Association freudienne internationale. Publication hors commerce.
- _____. *A Terceira* (1974). Conferência, Roma 1974. Traduzido pelo Grupo de Traduções da Association freudienne internationale. (Inédito).
- LAMBOTTE, Marie-Claude. *A deserção do Outro*. Entrevista. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n° 20. Porto Alegre, junho 2001.
- VICTORA, Ligia Gomes. *O analista é fogo-fátuo*. Correio da APPOA, n° 83. Porto Alegre, Setembro 2000; e *L'analyste est feu-follet*. Courrier de la Association de Psychanalyse et Médecine n° 15, Paris. Mai-juin 2001.

TEM REMÉDIO DE PRESSÃO?*

Eduardo Mendes Ribeiro**

RESUMO

Tomando como referência formas tradicionais de relacionar corpo e psiquismo, o artigo analisa alguns efeitos do processo de segmentação dos campos de conhecimento, promovido pela ciência moderna. O ideal de autonomia, o caráter individualista da sociedade atual e a precariedade das referências simbólicas constituem elementos produtores de angústia e depressão. Neste contexto, o uso de drogas tende a desvincular-se de visões de mundo e estilos de vida determinados, para passar a desempenhar uma função de automedicação, voltada à potencialização das performances sociais e/ou à minimização dos sentimentos de mal-estar.

PALAVRAS-CHAVE: sintoma social; depressão; automedicação

ABSTRACT

Taking as reference traditional ways of relating body and psyche, the article analyses some effects of the knowledge field's segmentation process promoted by modern science. The autonomy ideal, the individualistic character of nowadays society and the failing symbolic references constitute distressing and depression producing elements. In this context, drug abuse tends to disunite from given worldviews and life styles to fulfill a self-medication function concerned with social performance enhancement and/or with minimizing discomfort.

KEYWORDS: social symptom; depression; self-medication

* Trabalho apresentado no dia 30 de setembro de 2001, na Jornada “Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica”, organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil.

** Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Conversando com alguns médicos que trabalham em postos de saúde, ouvi pela primeira vez o relato de episódios em que pessoas, em busca de atendimento, têm dificuldade para conciliar seu sistema de representações com a terminologia médica. Um dos mal-entendidos mais comuns deriva da tradição existente em certos meios populares, de associar problemas “nervosos” (que chamaríamos de psíquicos) a disfunções fisiológicas. O “nervosismo” muitas vezes é pensado como resultante de um mau funcionamento do corpo. Considerando ainda a confluência de certos saberes de senso comum amplamente difundidos, tais como “pessoas muito nervosas têm problema de pressão” e “depressão é um tipo de nervosismo”, não é difícil entender que os limites entre afecções psíquicas e orgânicas não assumam limites claros para ampla parcela da população.


Longe de propor que este pretense equívoco seja produto de um estado de ignorância, parece-me interessante levantar a hipótese de que esses saberes, que estou qualificando de populares, sintetizam algumas contradições produzidas pela ciência oficial da sociedade moderna. Sabemos que a reflexão sobre as relações existentes entre corpo e alma, ou psique, encontram-se presentes nas mais diversas tradições de pensamento. O fato novo na história da humanidade, promovido pela nova ciência, é a segmentação das áreas de conhecimento. Neste sentido, e em vários outros aspectos, podemos observar que os segmentos considerados mais “incultos” de nossa sociedade promovem uma articulação entre tradição e ciência, capaz de nos orientar rumo a alternativas para alguns impasses com que nos deparamos.

Consolidou-se nos últimos tempos, ao menos em certos meios intelectuais, um consenso no entendimento de que nossa sociedade traz, como marca e tendência, a assunção de práticas e valores individualistas e narcisistas. Nossa forma de pensar e vivenciar as relações sociais – que recebem diferentes nomeações, como capitalismo, democracia, liberalismo, sociedade de consumo, etc. –, segundo essa interpretação, promoveu o surgimento de uma nova concepção de sujeito, alicerçada nos ideais de racionalidade e liberdade.

A sociedade contemporânea, direcionada por uma subjetividade assim definida, convive com uma tensão que pode ser explicitada da seguinte forma: por um lado, os ideais liberais, racionais e pluralistas têm possibilitado o desenvolvimento e difusão de conhecimentos, tecnologias, ideologias, etc., e, por outro, percebem-se os efeitos subjetivos decorrentes da ausência de referenciais capazes de orientar o exercício de uma suposta “racionalidade livre”.

Deparamo-nos com uma infinidade de ofertas de visões de mundo e estilos de vida, mas não sabemos como escolher. A tentativa de ser amado e reconhecido em nossa singularidade esbarra na dificuldade de encontrar o nosso lugar no mundo.

Não dispondo de um lugar garantido, a única alternativa é tentar fazer-se reconhecer, no jogo dinâmico das relações sociais, como portador de atributos de valor



sancionados pelo grupo social de que se faz parte. Os vários outros com quem nos deparamos são tomados como espelho e constituem a mediação necessária para a produção de uma imagem de nós mesmos.

Esta situação faz com que os dilemas identitários, ou, em outras palavras, a produção de inserções sociais minimamente estáveis e satisfatórias, passem a se constituir em fontes de sofrimento psíquico que, muitas vezes, recebem o nome genérico de depressão.

Alguns psicanalistas têm interpretado que essa designação (depressão) tende a ocultar a essência dos conflitos inconscientes, na medida em que desloca o problema para as relações entre o ego e o meio social. Consideram que a natureza simbólica do inconsciente subjaz a toda formação imaginária e que as dificuldades nas relações sociais seriam derivadas de conflitos psíquicos oriundos das diferentes formas de constituição subjetiva.

Uma objeção que pode ser feita a essa interpretação é a de que as formas de subjetividade não são universais, ou atemporais. Pelo contrário, o processo operatório inconsciente incide sobre universos simbólicos plurais e mutantes, o que torna importante a compreensão das particularidades (crenças, valores, ideais, etc.) envolvidas em cada inserção social singular.

Certas proposições psicanalíticas estruturalistas (mais propriamente, formalistas) tendem a confundir “ordem simbólica” com “universo simbólico”. A proposição de existência de uma ordem simbólica deriva das teorias de Saussure e Trubetzkoy, no campo da Lingüística, tendo sido posteriormente apropriadas por Lévi-Strauss, na prática antropológica, e por Lacan, na teorização psicanalítica. Segundo essa perspectiva, o campo dos signos, das representações, ou dos significantes se organiza a partir da relação que se estabelece entre os elementos de um sistema. Trata-se, portanto, de uma “lógica operatória” que regeria cada universo simbólico.

Por outro lado, existe uma infinidade de universos simbólicos, cada qual apresentando uma diferente relação entre as representações, ideais e valores, próprios das diferentes culturas. Assim, não é de surpreender que transformações nos processos de produção de identidades, em uma dada sociedade, afetem diretamente a forma como se constituem e se sustentam as subjetividades particulares.

A sociedade contemporânea produziu uma contradição, em que a pretensão de autonomia conduz a uma “dependência viciada do mundo”¹, na tentativa de encontrar caminhos através dos quais se produza um mínimo de significado/valor para cada um. Neste sentido, poderíamos afirmar que uma sociedade se torna narcísica, não por exces-

¹ Esta expressão, “dependência viciada do mundo”, é utilizada por Roudinesco (2000, p. 19) para denunciar a desconsideração dos conflitos inconscientes.

so de consistência egóica, mas, ao contrário, devido à precariedade das imagens de que cada sujeito dispõe para se representar; pois, com a fragilização das referências simbólicas, o imaginário também perde sua eficácia, pulveriza-se e se instabiliza em deslizamentos sem ancoragem.


Não se trata, portanto, de uma substituição de conflitos simbólicos inconscientes por frustrações imaginárias, na medida em que, como afirmava Lacan, esses registros se encontram permanentemente enlaçados.

Outra questão controversa a respeito da caracterização dos estados depressivos, refere-se à utilização crescente de psicofármacos para o tratamento dos mais variados tipos de sofrimento psíquico. Trata-se de um fenômeno reconhecido e que traz consequências preocupantes. Entretanto, o fato de os antidepressivos serem buscados e receitados para anestesiarem todo tipo de mal-estar psíquico não autoriza a desconsideração de uma caracterização clínica dos estados depressivos. Torna-se necessário compreender melhor esses quadros clínicos, efetuando os recortes que distingam os diferentes processos que atuam em suas gêneses.

Seja como for, não há porque prescindir de um instrumento (os psicofármacos) que, em vários casos, pode constituir-se em aliado no processo terapêutico. Frente ao argumento de que esses medicamentos poderiam exercer uma função de apaziguamento das tensões sociais, inibindo o trabalho analítico com os conflitos inconscientes, poder-se-ia indagar se a dor psíquica não seria, ela mesma, muitas vezes, uma inibidora das iniciativas de enfrentamento desses conflitos. Sabemos que, quando o sofrimento se afigura maior que a capacidade de reação do sujeito, prevalecem os sentimentos de impotência e uma passividade queixosa e improdutiva.

A dificuldade que temos para conciliar intervenções nos processos psíquicos com intervenções neurológicas deriva da segmentação dos campos de saber promovida pela modernidade. As antigas formas de pensar o sofrimento psíquico, relacionando visões de mundo culturalmente definidas, circunstâncias existenciais particulares e o funcionamento dos corpos, deram lugar a teorias centradas em cada uma destas esferas: social, psíquica e biológica. O pensamento holístico foi substituído pelos saberes dos especialistas. Pode-se dizer que todo o esforço que hoje se faz para construir propostas de trabalho inter, trans, ou multidisciplinares, representa uma tentativa de superar o reducionismo na abordagem dos fenômenos humanos.

Em nossa história, as ciências ditas “naturais” e as ciências ditas “humanas” se desenvolveram paralelamente. As primeiras obtiveram um inegável progresso, tornando evidente a possibilidade de acumulação de conhecimentos no campo da ciência e da tecnologia. As segundas, por sua vez, fazendo jus ao atributo “humano”, abriram mão das verdades atemporais, dedicando-se à produção de interpretações acerca dos diferentes processos de interações humanas, principalmente no que diz respeito à lógica de suas transformações.



As aproximações entre estes domínios, natural e humano, têm exposto a fragilidade dos modelos teórico-conceituais construídos isoladamente por ambos os campos de saber. As mais diferentes tentativas de “naturalização” ou “objetivação” das ciências humanas têm esbarrado na incompetência da epistemologia adotada pelas ciências positivas para abordar a complexidade que envolve as questões subjetivas.


As aproximações, marcadas pelo signo da complementaridade, apresentam-se mais promissoras, mas não menos polêmicas. É o caso da aplicação dos conhecimentos produzidos pelas neurociências e pela psicofarmacologia no tratamento de patologias psíquicas. Do ponto de vista da psicanálise, como já foi dito, estas contribuições são bem-vindas, desde que não se assuma a pretensão de tratar as infelicidades humanas por meios bioquímicos. Evidentemente esta não é a proposta assumida pela maioria dos médicos e cientistas envolvidos na produção e aplicação destes saberes, mas cada vez que é divulgada a invenção de uma nova técnica de intervenção na fisiologia neurológica, a repercussão que a mídia provoca junto à população produz fantasias e expectativas que, mesmo não se confirmando, mantêm-se presentes e são continuamente realimentadas.

Não é difícil entender a lógica deste processo: à medida que se consolida a crença na liberdade e autonomia de cada indivíduo no que diz respeito à construção e realização dos projetos particulares, o sucesso deste empreendimento passa a depender exclusivamente de sua capacidade para realizar seus propósitos. De acordo com esta percepção, se algo não está acontecendo como foi idealizado e se este insucesso está produzindo estados de ansiedade e depressão, fazem-se necessárias medidas corretivas. Coerentemente com a ideologia individualista, as causas das dificuldades enfrentadas muitas vezes não são buscadas no processo de constituição dos ideais, nem na forma como se estabeleceram as identificações, pois reconhecer uma ordem de determinação para o desejo representaria uma negação da autonomia.

Uma estratégia mais aceitável passa a ser, então, a tentativa de adequação das performances individuais ao que o grupo social estabelece como valor. O problema é que cada vez menos fazemos parte de um único grupo social, o que exige que convivamos com códigos simbólicos distintos e, muitas vezes, contraditórios. Além disso, mesmo esses códigos se encontram em constante transformação: as demandas com que nos defrontamos hoje não necessariamente serão as mesmas das de amanhã.

Sem poder dispor da segurança das tradições nem da solidariedade própria das comunidades ideológicas, os processos de integração social passam a ser responsabilidade de cada sujeito. Isso não significa que vivamos em um mundo atomizado, mas sim que precisamos construir, no âmbito de nossas relações mais estreitas, um universo pessoal de rotinas e trocas afetivas, a partir do contexto de nossas experiências.

Essa interpretação encontra apoio na análise das transformações ocorridas nas práticas de uso de drogas. Em um passado recente, algumas delas foram associadas a



certos estilos de vida contestatórios e revolucionários que, hoje, perderam seu atrativo. Tudo indica que as diferentes propostas de transformação social foram incorporadas pelo mundo pós-moderno, em que (quase) todas as visões de mundo se revestem de legitimidade e disputam livremente seus adeptos. As bandeiras anti-repressivas encontram-se puídas e desbotadas por falta de uso. Não se travam batalhas sem inimigos.

São cada vez mais raros os apologistas de ideologias em que o uso de determinadas drogas constitui instrumento de liberação ou de mediação com dimensões mais “iluminadas” da existência. O que percebemos atualmente é a crescente utilização de diferentes tipos de drogas – antidepressivos, bebidas alcoólicas, maconha e, mesmo, cocaína – como artifício para amenizar tensões, ou potencializar desempenhos na busca por reconhecimentos sociais.


É evidente que as problemáticas subjetivas são absolutamente singulares e que as trajetórias de cada sujeito derivam dos conflitos inconscientes que marcam sua constituição psíquica. Entretanto esses conflitos, em um tipo de sociedade como a nossa, são permanentemente atualizados nas mais diversas situações, o que exige um esforço constante para conciliar os referenciais a partir dos quais nos constituímos como sujeitos, com outros que nos são colocados no exercício do convívio social.

Houve um tempo em que a psicanálise foi acusada de se constituir em uma prática “burguesa”, “elitista”, “conservadora” e “adaptacionista”. Era um momento em que as “esquerdas” questionavam toda forma de individualismo e, principalmente, toda terapêutica voltada à consideração dos sofrimentos particulares. O que importava era a transformação da sociedade. O bem-estar individual ficava para depois.

Os tempos mudaram, esta revolução não prosperou, e a psicanálise acabou redimida por ter defendido a importância da subjetividade em uma época em que os ideais de objetividade científica pareciam indicar o rumo do “progresso”. Atualmente, frente à expansão de uma sociedade de consumo globalizada, cada vez mais se escutam vozes que defendem a idéia de que a consideração do que é propriamente humano deva prevalecer sobre a lógica dos mercados.

O difícil é construir um entendimento comum acerca do que seja o “propriamente humano”. No que se refere às práticas de utilização de drogas com o intuito de produzir “melhores condições de sensibilidade”, como dizia Freud (1974 [1930], p. 97), constatamos que, paralelamente à incorporação dessas práticas a estilos de vida e visões de mundo transgressivas e revolucionárias, o consumo de drogas, lícitas e ilícitas, com finalidades “terapêuticas” traçou sua própria história.

No século XIX, foram sintetizadas drogas como a morfina, a heroína e a cocaína, que passaram a ser utilizadas como analgésicos e anestésicos e, também, para o tratamento do sofrimento psíquico. Mas foi depois da Segunda Guerra que a psicofarmacologia fez seus progressos mais expressivos, com o surgimento das três grandes classes de medicamentos: os neurolépticos, os antidepressivos e os ansiolíticos.



O processo de descoberta dos neurolépticos é ilustrativo da lógica que orientou, no campo médico, a utilização dos psicofármacos: Henri Laborit procurava um coquetel medicamentoso sedativo pré-anestésico, quando descobriu a “tranquilidade plácida” que a clorpromazina induzia em seus operados, e recomendou seu uso em psiquiatria. Seguindo sua orientação, Jean Delay e Pierre Deniker, utilizando-a em fortes doses, surpreenderam-se com seus efeitos sedativos e desinibidores, com a vantagem sobre os barbitúricos, de não induzir ao sono. Chamaram essa substância de “neuroléptico”, que, em grego, significa “o que aprisiona os neurônios”. A idéia era de que é possível tratar o psiquismo como um órgão doente, rompendo assim com a tradição platônica (segundo Solal, 1994).


Neste sentido, a teoria médica coincide com a do toxicômano, que isola também o aparelho psíquico para gozar dele como um órgão ou como uma zona erógena. A atual expansão da prescrição e utilização de antidepressivos segue esta mesma lógica: se a psique é um órgão e se o remédio faz com que ele funcione melhor, deduz-se que ele era o que estava faltando. Produz-se assim o deslizamento: depois de procurar curar o corpo, o órgão doente, hoje se pretende curar a vida doente.

É interessante notar que a radicalização do individualismo, associada à confiança na racionalidade científica, tem produzido um incremento das expectativas voltadas à produção artificial de bem-estar. Freud, em 1930, ao constatar que a expectativa humana de alcançar a felicidade era obstaculizada pelas características inerentes ao convívio social, apontava para o fato de que, na maioria das vezes, a busca por prazer era substituída pela vontade de evitar o desprazer. Atualmente nossas ambições parecem ser maiores. Isso fica evidente se analisarmos as mudanças ocorridas na publicidade de certos medicamentos antidepressivos. Vejamos um exemplo:

Na França, Solal (1994) observou que, em 1973, o antidepressivo Anafranil era anunciado apresentando o rosto de uma mulher deprimida, acompanhado de um texto bem visível com as indicações do produto. Em 1981, o anúncio do mesmo medicamento mostrava o rosto de uma mulher triste por trás de uma janela que parecia não ser aberta há muito tempo, com o slogan “para ajudá-la a sair”; as indicações do produto passaram para o pé de página, em letras pequenas. Em 1991, a estratégia publicitária sofre nova alteração: mostra a imagem de uma jovem abraçada a um homem, com a legenda “reviver a emoção”; não são fornecidas informações adicionais.

Em apenas duas décadas, verificou-se uma mudança na finalidade atribuída ao mesmo medicamento: não se trata mais de atenuar sintomas e sim de produzir sentimentos ambicionados.

Considerando quanto a prática publicitária é sensível às demandas do público a que se dirige, considerando a ampla disseminação atual do consumo de antidepressivos e, ainda, as transformações nas representações sociais relativas ao uso de drogas, podemos identificar uma tendência de mudança nessas relações em que a função social



do uso de drogas passa a estar relacionada a uma estratégia de automedicação, voltada à produção de estados de humor que se ajustem aos ideais sociais de nossa época.

Neste contexto, é importante que nós, psicanalistas, estejamos atentos às novas subjetividades produzidas por nossa sociedade, sem, no entanto, abrir mão do que permanece inalterado enquanto fundamento de nossa prática: a intervenção clínica nos processos inconscientes que determinam o sofrimento de nossos pacientes. O desafio reside em atualizar nossos conceitos a partir do campo de nossas experiências clínicas e da consideração das transformações por que passa a sociedade em que vivemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, S. (1930) *O mal-estar na civilização*. In: Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. 2ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SOLAL, J-F. *Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia comfortable*. In: Individuos bajo influencia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.

OS ANTIDEPRESSIVOS CURAM DA TRANSFERÊNCIA? *

Louis Sciarra **

RESUMO

O autor faz constatar o uso abusivo do termo depressão, sob o critério único de resposta eficaz a um antidepressivo, na ótica unicista de causalidade orgânica que põe em causa o lugar mesmo do clínico no quadro do dispositivo transferencial. Ilustra esse uso através de duas vinhetas clínicas, nas quais se revelam momentos que, por mais dolorosos que sejam eles no real disso que está para ser atravessado, podem ser estruturantes, à condição de deixá-los desenvolver-se na transferência, sem se precipitar no imediatismo de uma resposta ao vivido depressivo.

PALAVRAS-CHAVE: *depressão; quimioterapia; diagnóstico; transferência*

ABSTRACT

The author highlights the abusive use of the term "depression", under the exclusive criterion of effective response to an antidepressant, according to the unicist perspective of organic causality, which brings into play the clinician's very place in the framework of the transferential device. He illustrates such a use with two clinical vignettes, where moments are disclosed that, no matter how painful in the reality of what is about to be lived through, can be structurizing, provided one lets them develop in the transference, not rushing in the immediatism of a response to the depressive experience.

KEYWORDS: *depression; chemotherapy; diagnosis; transference*

* Publicado originalmente no *Journal Français de Psychiatrie*, n.7, "Les depressions", Paris: Érès, 1º trimestre 1999. Tradução de Analice Palombini. Revisão da tradução por Ester Trevisan.

** Psicanalista, psiquiatra, membro da Associação Freudiana Internacional.

■

A julgar pelas obras ou artigos recentes, a questão da transferência, tão crucial na clínica, parece excluída das preocupações atuais dos psiquiatras. Assim é na obra intitulada “As doenças depressivas” (Olié, Poirier e Lôo, 1997), em cujo prefácio os autores precisam: “A depressão é o que cura sob uso de antidepressivos. Admite-se separar formas unipolares e bipolares dos transtornos do humor”.


Essa definição da depressão num livro de referência, bastante documentado e largamente difundido para a formação dos psiquiatras, não deixa de destacar algumas observações:

– de uma parte, a pluralidade das depressões, ainda que sublinhada no título desse manual, parece finalmente reduzir-se a uma unicidade da entidade depressão: concepção que, não sem manter uma distinção entre melancolia e depressões neuróticas, parece situá-las num continuum, posto que elas são diferenciadas mais sobre critérios descritivos e quantitativos do que estruturais. Concepção que visa reificar essa “doença” pelo fato de sua universalidade e, sobretudo, de sua sensibilidade a uma quimioterapia específica e eficaz, a dos antidepressivos. Esta cura anunciada, possível em muitos casos, reenvia a uma aproximação antes biológica e comportamentalista das doenças depressivas, que repousa sobre um desaparecimento dos sinais que permitiram os diagnósticos porque a molécula teria agido corretamente na fenda sináptica. Torna-se claro, ainda que surpreendente, que o medicamento antidepressivo não é mais apenas uma ferramenta terapêutica preciosa, ou mesmo um “teste terapêutico”, mas o sinal patognomônico da depressão. Onde foi parar a clínica? O que é feito da transferência? Em que o clínico estaria então implicado? Ele não seria nada mais do que um simples instrumento neutro da avaliação clínica, recolhendo dados ditos objetivos? ;

– de outra parte, “admitir-se-ia” que a depressão seja uma das vertentes do humor, para a qual é suficiente situar do lado unipolar ou bipolar. Nova afirmação que reitera esta ótica unicista de causalidade orgânica, segundo o modelo da psicose maníaco-depressiva.

Esta orientação teórica, que se quer eclética, não privilegia, portanto, menos a causalidade neurobioquímica. Ela tende a fazer da depressão uma entidade de referência que engloba toda a patologia psiquiátrica. Ela, evidentemente, não é sem incidência sobre a clínica mesma, tanto para os clínicos como para os pacientes. Se não pode ser questão contestar a utilidade das investigações biológicas, não é inútil lembrar que a subjetividade não pode ser anulada, mesmo para os médicos cativos da avaliação e animados por uma preocupação em objetivar os critérios científicos da depressão, para melhor tratá-la.

O observador, mesmo animado por um ideal de objetividade em nome da Ciência, não é jamais neutro. Ele não está fora, ele é parte implicada em toda entrevista. Como lhe seria possível subtrair-se à sua própria subjetividade e, ainda mais, à do paciente deprimido? Ao escutar o sofrimento de um sujeito, ele já se encontra incluído no quadro



clínico. A subjetividade não é somente o apanágio do deprimido. A partir do momento em que o clínico é, antes de tudo, um investigador, ele não é mais um clínico. É, ao menos, um dos ensinamentos do discurso psicanalítico que merece ser ressaltado em matéria de depressão, sobretudo quando constatamos a extrema vulgarização desse termo.

Além disso, o reducionismo do diagnóstico de depressão ao único critério de resposta eficaz a um antidepressivo é bastante perigoso para a clínica. Não se trata de negar a evidência, isto é, a importância, a utilidade terapêutica do recurso à medicação antidepressiva, mas de atenuar-lhe a força, seu caráter sistemático.

Evidentemente os autores da obra citada não estão distantes do interesse clínico, mas sua tendência a fazer prevalecer a eficácia terapêutica e, portanto, o fator bioquímico, induz a que a doença se sobreponha ao sujeito doente.

A depressão é um valor atual. Objeto de múltiplos estudos e publicações, ela se beneficia de um impacto midiático considerável. Mas será, talvez, que nós lhe somos mais sensíveis em nossas fronteiras ocidentais, aqui onde a indústria farmacêutica tem alguns interesses?

A sua expansão é clara no campo da psiquiatria. Os psicanalistas permanecem mais circunspectos e preferem interrogar a posição subjetiva, o tipo de gozo em ação. Os analisantes, com efeito, não são poupados de momentos depressivos ou de verdadeiros estados depressivos durante seus tratamentos, e é essencial apreender justamente as transferências em jogo.

Observemos no livro citado em referência, quanto a depressão é onipresente na nosografia psiquiátrica atual, posto que ela é correlata a cada patologia mental e a todas as idades do ser humano. Também é significativo que ela seja tão freqüentemente diagnosticada pelos jovens psiquiatras e pelos médicos em geral. Patologia em voga, as etiquetas “depressão”, “estado depressivo”, “síndrome ansio-depressiva” ou “síndrome depressiva” conhecem um impulso sensível como motivos de hospitalização em meio psiquiátrico.

A nosografia psiquiátrica, aliás, habituou-nos a ondas nosológicas diversas segundo as épocas: paralisia geral, paranóias, esquizofrenias, estados limites. Agora é a vez da depressão. Doença culta da era moderna, ela testemunha uma visada científica que considera que toda a falta é preenchível pelo progresso do conhecimento. A proliferação dos antidepressivos e sua grande difusão são um efeito disso.

A depressão é uma das expressões deste mal-estar atual da civilização. Seu lugar é reconhecido no discurso social. Quem não se deprimiria, num ou noutro momento de sua vida, dadas as exigências do mundo moderno e as contingências existenciais às quais estamos submetidos? A mídia, igualmente, faz eco de sua expansão e banalização. Difícil não reconhecer aí uma certa histerização. Em nome de sua universalidade, a depressão concerniria a cada um, segundo um princípio de igualdade que nos reuniria no mesmo afeto, posto que somos todos humanos.

■

Não é revelador que os pacientes tenham cada vez mais suas opiniões sobre “a depressão”? Com freqüência eles leram nos jornais o que ela comportaria, e a referência ao sujeito suposto saber se enfraquece, pois alguns estimam mesmo conhecê-la tanto quanto os profissionais. Assim, a transferência é aviltada e mesmo negada.


Logo que alguns ajustaram as escalas de auto-avaliação da depressão ao modelo de um “conhece-te a ti mesmo”, vieram a participar dessa histerização, animando os pacientes a se tornarem seus próprios referentes. Da auto-referência à autoprescrição, o passo é rapidamente transposto.

Se a depressão se torna repertório das desgraças, ou seja, se é sua versão imaginária que é exacerbada, ela se torna motivo, bode expiatório de todos os males. Não surpreende, então, que a depressão seja tão difundida e que se trate de um valor atual, pois todo mal-estar é para ser banido.

Podemos, então, constatar a extrema banalização desse termo depressão, o seu uso abusivo e desonroso. Como clínicos, porém, também podemos deplorar que se faça da depressão unicamente o que é curado por um medicamento. Essa abordagem não é sem responsabilidade ética, pois é o próprio lugar do clínico que é posto em causa. Se ele não é mais do que um distribuidor de tratamentos, compreende-se melhor que isso venha reforçar, naquele que o consulta, os efeitos de onipotência. Este último, então, reclamará o medicamento *ad hoc*. Ele espera que a depressão passe e, se ela não passar, atribuirá a responsabilidade ao medicamento inadequado e, mais além, ao médico. Então, melhor seria trocar de médico, pois ele não encontrou o bom objeto. Essa caricatura não está tão distante dos quadros clínicos atuais, para os quais o diagnóstico de depressão foi dado equivocadamente ou por facilidade. Ilustrarei o que digo através de duas vinhetas clínicas.

Sylvie chega atrasada à sua primeira consulta. Já de início, ela precisa: “Fiz uma depressão na última quinta, por causa de meu divórcio. Estive hospitalizada sexta e sábado. No sábado, deixei o hospital.” Alertado por suas lágrimas e sua tristeza, o médico responsável decide hospitalizá-la *in petto*. Ela explica que o procurou no mesmo dia em que seu esposo, do qual se separou alguns meses antes sob os conselhos insistentes de sua mãe, anuncia-lhe sua vida em comum, doravante, com uma outra, e quer seu consentimento para o divórcio.

Uma vez admitida no serviço de psiquiatria por “depressão”, Sylvie foi imediatamente tratada com antidepressivos. O médico do serviço aconselha que permaneça hospitalizada, mas, “apesar da depressão”, ela não espera eternizar-se em meio psiquiátrico. Ela se despede, contra a opinião médica, não sem ter prometido consultar um psiquiatra. Promessa cumprida. Eis uma paciente que brande a bandeirola da depressão. Ela lamenta finalmente ter escutado sua mãe. “Mas, você compreende, ele era muito gentil... muito atencioso... não era suficientemente homem comigo.” Agora que ele freqüentava uma outra, as coisas não iam bem. Ela telefona à sua rival, que lhe responde: “De acordo, você ainda o ama, mas eu o amo e fico com ele.”



Sylvie, perturbada, embora em sofrimento, encontrou, então, rapidamente, a orelha benevolente que responde à sua urgência: anunciar e dar a entender a seu esposo quanto ela lamenta e a que ponto ela se encontra doente. Mediante o que, o cuidado é imediato: hospitalização, quimioterapia antidepressiva.

Esse caso é interessante para fazer valer o crédito acordado ao mal-estar, ao vivido, à compaixão. Não se trata de permanecer insensível às lágrimas, mas de situá-las em seu contexto e no discurso de Sylvie. Aliás, ela não está inteiramente enganada em seus dizeres quando indica que fez uma depressão no dia mesmo do anúncio do divórcio do marido e do telefonema que se seguiu a isso. Mas como explicar que o tratamento antidepressivo tenha sido instituído tão rapidamente?

Sylvie demanda sempre ajuda e reparação. Ela não pode virar-se sozinha com sua falta. Sua queixa comporta a exigência de uma resposta imediata. Segundo uma modalidade histórica imperiosa bastante freqüente, ela reclama uma solução miraculosa que a alivie do que a faz sofrer: no caso, sobretudo a suposição de que a outra mulher seja mais satisfatória para seu esposo. Orientando a entrevista sobre os significantes que poderiam fazê-la trabalhar sobre isso que lhe faz falta, a questão não é mais a depressão, mas as palavras focalizadas sobre o que a havia conduzido a decidir pela separação conjugal.

De fato, o repertório de sinais depressivos rapidamente se volatilizou. Não se tratava, evidentemente, de uma depressão. Sua posição subjetiva, embora centrada sobre sua queixa um tanto vingativa, leva-me a propor-lhe uma nova entrevista. Ela acrescenta que não quer medicamentos, sem que eu sequer lhe tenha feito a sugestão de recorrer a eles. A depressão, jamais advinda, mas diagnosticada, e não somente por Sylvie, não é mais evocada ao final da entrevista.

Esta prontidão a descobrir uma depressão à menor situação de sofrimento resulta freqüentemente, parece-me, de uma referência a sinais em positivo, mas fora da transferência. Uma grade descritiva e semiológica como a do DSM IV produz efeitos, forçosamente. No fundo, exagerando, quando no ápice de seu mal-estar, Sylvie poderia ser catalogada segundo os critérios da dita classificação, como “transtorno distímico” (ela indicava, no fim das contas, uma sensação de fracasso, de mal-estar crescente há pelo menos dois anos).

Certamente, sua não-resposta, para não dizer sua recusa aos antidepressivos, seria bem uma prova da ausência de depressão, como o indica a definição que nos serviu de ponto de partida. Mas o que me parece interessante é justamente sublinhar no quê as abordagens clínicas fora da transferência participam desta inflação diagnóstica errônea da depressão. De um certo modo, Sylvie brinca com o saber do médico especialista, dizendo não ao prosseguimento da hospitalização. Ela aponta, de uma só vez, a falha de um saber teórico científico, balizado, e as aporias de uma lógica da escuta benevolente e por demais afetada. Ela responde à sua maneira, na condição de sujeito

de sua estrutura. O fato de consultar, quaisquer que sejam a manobra e o endereço imperioso ao olhar de seu esposo, pode conduzi-la a começar a trabalhar sobre isso que faz divisão nela. Se a assistência médica é indispensável para numerosos pacientes deprimidos, ela é, por vezes, uma resposta que acresce ou conforta as resistências inconscientes a uma elaboração possível de um sofrimento que tem como expressão um afeto depressivo.


A prescrição inopinada e por demais banalizada de uma quimioterapia antidepressiva é freqüentemente uma resposta pronta, fundada sobre um saber que se quer científico e que preconiza, antes de tudo, a cura pela molécula. Há, no entanto, momentos, por mais dolorosos que sejam eles no real disso que está para ser atravessado, que podem ser estruturantes, à condição de deixá-los desenvolver-se na transferência, sem se precipitar no imediatismo de uma resposta ao vivido depressivo. Colocar em *exergo oprimum* da medicação participa desta cegueira.

Eu acrescentaria que é eticamente esperado que um paciente que o demande comece a trabalhar sua depressão, mas essa demanda necessita também, justamente, da participação do clínico. A transferência é, portanto, incontornável e inclui o que se veicula do desejo do clínico em relançar o paciente sobre tal ou qual significante que lhe permita uma elaboração. Isso é particularmente importante com os neuróticos deprimidos, mesmo que também conheçamos sujeitos que, sem encetar um trabalho analítico, tiram-se de apuros seguindo à risca as prescrições.

Um segundo caso soma crédito a esta inclinação atual à inflação do registro depressivo. Ahmed consulta sobre o motivo de sentir-se cansado. Não exprime nenhum desejo particular. Ele é, antes, apático, resignado. Emagreceu um pouco, entediase. Ainda que se reconhecendo um pouco triste, ele se preocupa, sobretudo por causa de seu mal-estar. Queixa-se de dores abdominais iterativas *a minima*, e de “enxaquecas e suores na frente”. Recentemente, teriam surgido “placas” sobre a pele. Placas (*sine materia*) que atribui a seus medicamentos.

Ele consultou regularmente vários generalistas e especialistas, que lhe prescreveram antidepressivos. Muitos já foram tentados. Ahmed fala de sua “depressão”. Ele não é o único a fazê-lo, a julgar por alguns boletins médicos e pela multiplicidade de quimioterapias antidepressivas. Sem dúvida, ele muito questionou sobre fenômenos conversivos ou uma suposta “depressão mascarada”.

De fato, à medida que avançam as entrevistas, sua psicose, por muito tempo desconhecida, desvela-se em sua vertente hipocondríaca com fenômenos cinestésicos. As angústias concernem essencialmente à pele do rosto: “Isso me puxa, isso se mexe às vezes... a impressão é que isso me arranca os cabelos”. Ele teme que isso faça buraco, que os neurônios desapareçam. Toda melhora de seu estado era atribuída ao efeito do antidepressivo, tanto pelo médico como pelo paciente. Melhora cujo caráter transitório era interpretado como um efeito oscilante da evolução de sua depressão crônica.



Esse exemplo dá conta, assim, da tendência atual a reconhecer deprimidos por toda parte, omitindo que possa ainda haver hipocondríacos, histéricos ou perversos, por exemplo.

Quando os critérios da depressão são tomados ao pé da letra, isto é, como no caso de Ahmed, quando vêm colar-se às proposições de um paciente, ele próprio incapaz de equívoco (ele está submetido a um real do corpo não metaforizado), não é surpreendente, então, que a depressão seja tão freqüente. Caricaturizando o fenômeno, apoiando-se sobre a observação de Ahmed, poderia bastar que alguém chore durante a entrevista, mencione as inquietações que o entristecem e que tem dificuldade de enfrentar, que isso engendre um desinvestimento de seus interesses, uma sensação de vazio, para que o diagnóstico seja lançado e para que a resposta prescritiva já se ponha a caminho.

Não há fenômenos clínicos que sejam assinaláveis sem a dimensão transferencial, posto que ela comporta a demanda com sua especificidade linguageira, o endereço ao Outro via terapeuta (qualquer que seja o lugar imaginário que ele venha a ocupar na lógica estrutural do paciente), os dizeres e o estilo do clínico no próprio quadro do dispositivo transferencial.

Para Ahmed, os antidepressivos eram sem efeito. Em compensação, provavelmente eles serviram de suporte transferencial na demanda que ele endereçava ao corpo médico.

Melhor que se deter sobre seu impacto terapêutico, importa, antes de tudo, refletir quanto ao perigo que comporta uma concepção linear e puramente descritiva da clínica que se faria surda à transferência. É mesmo a inclinação atual da noção de depressão que se trata de recolocar em questão, pois, o que está em jogo é, além do apagamento do discurso analítico, a forclusão dos conhecimentos de uma clínica psiquiátrica que, no entanto, tem dado suas provas.

Precisamente, se a depressão é um valor atual, não é o caso da transferência. Esperamos que esse combate de retaguarda para os clínicos modernos reste ainda de atualidade nos nossos meios onde a referência à Ciência torna-se tão tirânica que se esquece que a clínica é uma questão de real e de verdade, e não de performance e “eficácia positiva”, para retomar o slogan publicitário de um antidepressivo recente. É verdade que o clínico se encontra cada vez mais submetido ao imperativo de uma demanda do remédio infalível, estando essa demanda ligada a uma oferta galopante. Desde então, pode ser mais delicado poder escutar em quê essa demanda está já inscrita na singularidade de uma transferência.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OLIE, J.-P., POIRIER, M.-F., IÔO, H. *Les maladies dépressives*. Flammarion, coll. Médecine sciences, 1997.

PSICANÁLISE E NEUROCIÊNCIAS

Nilson Sibemberg*

RESUMO

O artigo busca situar o debate atual entre a psicanálise e as neurociências na perspectiva do rompimento do dualismo mente e cérebro. Partindo do manuscrito de Freud, "Projeto de Psicologia Científica", realiza uma revisão da literatura científica recente no campo da neurobiologia, que relaciona alterações orgânicas à influência do psíquico. Sustenta a posição de que o sujeito humano se constitui com base num substrato orgânico que possibilita o advento do sujeito psíquico, ao mesmo tempo que, por intervenção da linguagem na relação com o Outro, o funcionamento orgânico é moldado pelo psíquico.


PALAVRAS-CHAVE: psicanálise; neurociência; cérebro; mente; orgânico; psíquico

ABSTRACT

The present article focuses on the actual debate between psychoanalysis and neurosciences on a disrupting perspective of the mind and brain dualism. Taking Freud's "Project for a scientific psychology" manuscript as a departure point, it is made a recent scientific literary review on the field of neurobiology, which relates organic changes to psychic influence. It sustains the position that the human subject has its constitution basis on an organic substrate which allows the advent of the psychic subject, as the same time that his organic functioning is shaped by the psychic, through the language intervention of the Other.

KEY WORDS: psychoanalysis; neuroscience; brain; mind; organic; psychic

* Psiquiatra, psicanalista, membro da APPOA, membro das equipes clínicas do Centro Lydia Coriat e do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental-8 da Secretaria Municipal de Saúde-POA.



No ano de 1895, Freud iniciou a redação de um manuscrito previsto para ser composto em quatro partes. As três primeiras foram remetidas a Fliess em outubro daquele ano, sendo que a quarta, considerada pelo autor como a chave de todo o enigma, nunca foi concluída. O texto não levava título algum, mas foi nomeado pelos recompiladores e tradutores da obra freudiana, na tradução inglesa, como “*Project for a scientific psychology*” e, na de Ballesteros y de Torres, por “*Proyecto de una psicología para neurologos*”. Freud, que transitava das pesquisas neurofisiológicas para a construção da metapsicologia, tentou formular um modelo hipotético no qual os processos psíquicos poderiam ser representados em estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificadas, na busca de dar à psicologia um caráter de ciência natural. No ano seguinte, extinguiu-se seu interesse em representar o aparelho psíquico em termos neurofisiológicos, abandonou o “Projeto”, partindo em direção à metapsicologia (Freud, 1981 [1895]).

Passados mais de cem anos da redação do manuscrito, a psicanálise e as neurociências seguem debatendo em torno da sua quarta parte, justamente aquela que não foi escrita. Qual a chave do enigma que nos falta para rompermos a dicotomia entre cérebro e mente, dicotomia que segue alimentando a maior parte das produções clínicas e de pesquisa presentes na literatura científica na entrada do século XXI? À psiquiatria biológica não interessa esse debate, pois ela não reconhece as manifestações psíquicas mais além de sua base neuroquímica, anatômica e funcional. Na psiquiatria com bases dinâmicas, é comum a divisão do tratamento, ficando a psicoterapia indicada para as desordens de base psicológica, enquanto as de base biológica devem ser tratadas com medicação. A grande constatação que, algumas vezes, aproxima os dois pólos é a da maior eficácia clínica de tratamentos combinados em determinadas patologias, mas sua sustentação conceitual segue precária. Com base nessa observação clínica, está-se valorizando o trabalho em equipes multidisciplinares, combinando ações psicofarmacológicas, psicológicas e sociais. Porém a atuação dessas equipes segue o mesmo modelo do dualismo cérebro e mente, posto que cada profissional concorre com seu campo de conhecimento de forma isolada, sem buscar uma síntese entre os diferentes campos de abordagem terapêutica.

Alguns pesquisadores têm buscado romper com o dualismo. Para Gabbard (2000), apesar de os dois construtos representarem domínios que têm sua linguagem e podem ser separados com propósito de estudo e debate, eles estão sempre integrados. O conceito de mente pode ser entendido como a atividade do cérebro, apesar da complexidade da subjetividade única de um sujeito não poder ser facilmente reduzida à neuroquímica ou à psicologia. O autor conclui dizendo que o fenômeno mental vem do cérebro, mas a experiência subjetiva também afeta o cérebro. Andreasen (1997) publicou um artigo cujo título, “*Linking mind and brain in a study of mental illness: a project for a scientific psychopathology*”, é muito semelhante à nomeação que o tradu-

tor inglês deu ao texto de Freud. Alfredo Jerusalinsky tem sustentado, em debates, a importância da psicanálise estar atenta aos estudos recentes no campo da neurobiologia, considerando que o psíquico é orgânico e o orgânico é psíquico.

A chave do enigma segue sendo buscada. O avanço tecnológico no campo das neurociências tem permitido a uns poucos pesquisadores retomar o espírito que levou Freud à empreitada do manuscrito, tentando comprovar com pesquisas científicas a íntima relação entre a estrutura biológica e a psíquica no funcionamento de nosso corpo. No entanto, na maior parte da literatura, os dados neurobiológicos têm sido correlacionados com as teorias da aprendizagem ligadas à memória. Conceitos psicanalíticos são transformados em termos relativos a produções cognitivas pelos teóricos do modelo neurobiológico.

ESTUDOS NEUROBIOLÓGICOS

Estudos sobre genética aplicada a transtornos psiquiátricos têm revelado que as leis de Mendel, no que dizem respeito à herança, não se aplicam às doenças mentais. Diferentes formas de expressão e penetrância incompleta¹ são típicas das principais desordens, sugerindo que fatores ambientais e do desenvolvimento interagem com a herança genética. A mesma influência é ativa na plasticidade do cérebro. Uma vez que os genes são ativados pelos processos de desenvolvimento celular, sua taxa de expressão é altamente regulada pelos fatores ambientais ao longo da vida (Gabbard, 2000). Anokhin, citado por Foster e Jerusalinsky (1998, p.167-8), afirma:

“o recém nascido é um sistema genético ocupado em completar o desenvolvimento fracionado do sistema nervoso central, no qual estão antecipados certos mecanismos (chupar, sucção, preensão) e atrasados outros (a isto se chama maturação heterocrônica), enquanto absorve as influências do ambiente; mas também forma o meio: evoca na mãe suas reações infantis arcaicas, mobiliza o ambiente familiar, reestrutura”.

Kandel (1998), em pesquisa com caracóis aquáticos, demonstrou como as conexões sinápticas podem ser permanentemente alteradas através da regulação da expressão genética ligada à aprendizagem promovida por fatores ambientais. Nesses organismos, o número de sinapses dobrou ou triplicou em consequência da aprendizagem. O pesquisador passou a postular que a psicoterapia pode provocar alterações similares nas sinapses cerebrais. A sequência de um gene não se altera com a experiência vivida, mas a função transcritiva do gene – a habilidade do gene em dirigir a produção de proteínas específicas – é certamente responsiva e influenciada pela vivência ambiental.

¹ A penetrância é um conceito estatístico e se refere à frequência de indivíduos portadores de um gene que manifestam suas características. Diz-se que tem penetrância incompleta o gene que não se manifesta em todos portadores.

■


Pesquisa com ratos demonstrou que os animais que crescem em ambientes sociais necessitando de aprendizagem complexa para sobreviver, têm um número significativamente maior de sinapses por neurônio, comparados com ratos que crescem isolados (Greenough *et al.*, 1987).

A estimulação que recebe uma criança através dos cuidados maternos favorece sua maturação não apenas no terreno psíquico, mas também no químico e anatômico. Foster e Jerusalinsky (1989), em revisão de literatura aplicada a observações clínicas, afirmam que a atividade espontânea de um bebê e suas tendências posturais são modificadas pelo tipo de intercâmbio com o meio. Citam Minkowski, que assevera que a mielinização segue de perto a atividade neuromuscular do feto. Krech diz: “o ambiente rico em estímulos produz córtex mais encorpado, mais irrigado por vasos sanguíneos, neurônios maiores, mais enzimas, aumento do pericarion e do núcleo, e maior ramificação dos dendritos.”

Gabbard (2000), baseado nas pesquisas de Reiss *et al.* (1995) e de Kendler (1995) com gêmeos monozigóticos e dizigóticos, diz que a base genética de uma criança influi no estilo de manifestação da parentalidade que ela irá receber e que o desenvolvimento propiciado pelos pais e outras figuras do ambiente pode, por seu turno, influenciar o futuro expressivo do genoma. O cérebro não é uma folha em branco, e o impacto dos fatores ambientais tem seu alcance restringido pela base genética herdada por cada um. No entanto a atividade derivada do ambiente parece dirigir o desenvolvimento dos dendritos, de forma a organizar esquemas cognitivos para a construção de representações mentais. As conexões neurais entre o córtex, o sistema límbico e o sistema nervoso autônomo se estabelecem em circuitos de acordo com as vivências do organismo em desenvolvimento. Os circuitos de memória estão diretamente ligados à emoção, que depende dos estímulos do ambiente. O estudo de Kendler com depressão maior entre gêmeos mostrou que os eventos estressores eram fator de risco mais importante do que os fatores genéticos para o desencadeamento de um episódio de depressão maior.

As pesquisas de Suomi (1991) com macacos Rhesus demonstraram quanto mudanças nos relacionamentos interpessoais podem produzir alterações bioquímicas. Os macacos, separados de suas mães quando pequenos, desenvolveram comportamentos anormais para sua espécie. Quando colocados com semelhantes educados pelas próprias mães, conseguiam superar suas dificuldades. Porém, no momento em que se defrontavam com nova situação estressante, as dificuldades tornavam a aparecer. Esses macacos educados por companheiros apresentavam altos níveis de cortisol e do hormônio adrenocorticotrofina (ACTH) em resposta à separação e baixos níveis de noradrenalina no líquido cerebrospinal. Eles também tinham alto nível de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG).

Em outra pesquisa com macacos, Suomi demonstrou a importância da interação com a figura materna através da dosagem da concentração sérica de cortisol, ACTH, de



alterações noradrenérgicas e reações depressivas. O aumento dos níveis dessas substâncias e a reação depressiva ocorreu em 20% de pequenos macacos de uma colônia, que foram criados por suas mães, no momento em que se produziam pequenas separações. Quando mães substitutas da mesma colônia eram colocadas junto desses macacos, a ansiedade de separação desaparecia.

Trabalhos no campo da genética e do desenvolvimento têm identificado etapas da vida em que há maiores mudanças estruturais na formação cerebral: primeira infância (15 meses até 4 anos), infância tardia (dos 6 aos 10 anos), puberdade e adolescência (Ornitz, 1996). Muitas equipes de pesquisa têm postulado interações entre trauma na infância e maturação cerebral. Perry *et al* (1995) argumentam que trauma na primeira infância pode alterar o centro cerebral, as estruturas límbicas e o tronco cerebral. Eles também notaram que o desenvolvimento cortical pode ser retardado por experiências precoces de negligência e privação sensorial, limitando a modulação cortical em resposta ao medo e perigo no sistema límbico, no centro e no tronco cerebral. Bremner *et al* mostraram que o volume do lado esquerdo do hipocampo estava reduzido em adultos com estresse pós-traumático que, quando crianças, sofreram abuso físico e sexual, comparado com grupos-controle. Dados preliminares do estudo de Putnam e Trickett, comparando meninas expostas a abuso sexual com grupo-controle de meninas não abusadas, indicaram que o primeiro grupo teve alterada a dinâmica regulatória do sistema neuroendócrino, diferentes respostas neuroendócrinas a fatores estressantes e hipersecreção do hormônio de liberação da corticotrofina (CRH) que induziu uma resposta adaptativa de baixa regulação dos receptores de CRH na pituitária anterior (Gabbard, 2000).

Pesquisas neurobiológicas aplicadas ao trabalho da estimulação precoce (na qual é abordada a relação desejante do Outro materno com a criança) e à psicoterapia têm demonstrado quanto terapias baseadas na palavra podem produzir alterações anatomofuncionais e neuroquímicas.

O trabalho precoce com crianças lesionadas cerebrais, nas quais a dialética demanda-desejo pôde estabelecer-se entre o Outro materno e o bebê, provoca o funcionamento da plasticidade neural, mecanismo compensatório do cérebro para restabelecer funções localizadas nas áreas lesionadas (Foster & Jerusalinsky, 1989; Jerusalinsky, D.A., 1997)

Alguns estudos têm demonstrado que o tratamento psicoterápico provoca alterações no sistema nervoso central, semelhantes ou superiores a determinados psicofármacos antidepressivos. O Dr. Arthur Brody, da Universidade da Califórnia, através de tomografia por emissão de pósitrons em pacientes com depressão maior, constatou alterações metabólicas similares naqueles tratados exclusivamente com paroxetina e nos que foram tratados somente com psicoterapia. Em outro estudo, o Dr. Stephen D. Martin e sua equipe do Chery Knowle Hospital, no Reino Unido, avaliou o fluxo

■

sangüíneo cerebral em vinte e oito pacientes com depressão maior, que foram tratados em dois grupos, um com venlafaxine e outro com psicoterapia. Os dois grupos tiveram melhora da sintomatologia, com aumento da irrigação nos gânglios da base. O segundo grupo, porém, tratado exclusivamente com psicoterapia dinâmica, obteve aumento do fluxo sangüíneo também no sistema límbico (*Reuters Medical News*, 2001). Pesquisadores finlandeses encontraram melhora nos níveis de recaptção da serotonina em pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline e depressão, após um ano de psicoterapia dinâmica, sem uso de psicofármacos (Gabbard, 2000).


O que podemos inferir dessas pesquisas é que, se o bom funcionamento do cérebro e de outras estruturas orgânicas serve de substrato importante para o desenvolvimento da linguagem, também o modo como se estabelece a presença do Outro e a “*talking cure*” têm incidência decisiva sobre o funcionamento organocerebral.

O ORGÂNICO É PSÍQUICO E O PSÍQUICO É ORGÂNICO

Num exemplo hipotético (nem tanto, como mostram as brincadeiras infantis), podemos constatar quanto a linguagem interfere na neurofisiologia humana. Um sujeito, de nome Roberto, encontra-se com outro que o chama de Roberta. Roberto pode ficar muito aborrecido, até com raiva, sentindo-se agredido. Sua face torna-se ruborizada pelo efeito vasodilatador superficial decorrente da liberação de determinadas substâncias neuroquímicas. O coração bate mais rápido, tem ganas de bater no outro, ou é possível que seja tomado por uma inibição angustiante. E tudo isso acontece porque alguém, que talvez nem tivesse importância em sua vida, trocou uma letra de seu nome. No entanto, não se trata de uma letra qualquer. Na língua portuguesa, as letras *a* e *o* no final de nome próprio são indicativas de gênero. Assim, o que ficou questionado não foi apenas seu nome, mas as significações que este nome carrega, como sua identidade de gênero, sua posição sexuada. A reação poderia ser completamente outra. O sujeito poderia ficar muito alegre, ou agir de forma corriqueira, caso fosse um transexual. Entre as duas pessoas há uma terceira instância que se faz presente na linguagem, há o Outro com as significações que a cultura produz. A letra trocada toca no fundamental da subjetividade, ou seja, a identificação, a sexuação e a filiação, produzindo alterações no real do corpo.

Diante do exemplo citado, alguém poderia objetar que as diferentes reações dependeriam de determinadas alterações bioquímicas em comparação com uma reação normal esperada, pré-definida geneticamente. Se bem é verdade que as reações bioquímicas são distintas, que, é óbvio, há um corpo orgânico que reage, ainda não foi encontrada a combinatória cromossômica do transexualismo. A posição sexuada não depende somente do real do corpo. Ela é efeito da linguagem do Outro incidindo sobre o corpo real, fazendo com que ali advenha um corpo erógeno.

O bebê humano, que nasce em estado de prematuração neurológica, tem seu



corpo como puro real. É a incidência do simbólico sobre o real orgânico que o tornará o corpo de um sujeito desejante. Isso ocorre pela via do desejo do Outro. Com o suporte de seu olhar, com seu manuseio significativo, traduzindo as reações corporais da criança em palavras e as palavras em ações e estabelecendo a dialética da presença-ausência através da linguagem, o desejo do Outro recorta buracos no corpo, de onde se desprendem objetos que jamais serão reencontrados, objetos que passam da ordem da necessidade, do real, para o campo do desejo, do significativo, do simbólico.

O que para alguns é evidente segue sendo motivo de aguerrido debate. A psiquiatria biológica bate ainda na mesma tecla com seu modelo unidimensional da mente, reduzindo o comportamento humano a processos neuroquímicos, anatômicos, funcionais e genéticos. No máximo, permite-se agregar terapias comportamentais, cuja base teórica é o cognitivismo; os conceitos psicanalíticos são referidos pejorativamente como criações metafísicas não-científicas. Do lado da psicanálise, por sua vez, enquanto alguns psicanalistas se fazem surdos às descobertas recentes das neurociências, outros, ao contrário, fazem dessas descobertas uma verdadeira psiquiatrização da psicanálise. E há, ainda, os que brigam pela primazia do primogênito: quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha?

A chave do enigma permanece desconhecida? Quantos segredos pode ter esta fechadura? Considerando a complexidade do problema, tentar uma resposta como sendo “A” resposta, elaborando um modelo único estabelecido por hierarquias causais lineares, não parece ser o caminho que nos pode levar muito longe.

A clínica de crianças com problemas do desenvolvimento nos mostra que tanto o orgânico quanto o psíquico, em suas relações intimamente recíprocas, formam a base estrutural do sujeito humano. Uma criança que nasce sem problemas orgânicos pode vir a tê-los pela forma como se estabelecem suas primeiras relações com o outro. Mesmo que bem cuidada sua alimentação e higiene, basta que um bebê seja privado do acolhimento, do manuseio significativo do Outro, para verificarmos os efeitos de atraso global em seu desenvolvimento neuropsicomotor (Spitz, 1991). Já a criança com patologia neurológica ou genética pode desenvolver problemas subjetivos. Não faz muito tempo, dizia-se que as crianças com Síndrome de Down seriam esquizofrênicas por uma razão genética. A epidemiologia da doença dava razão a essa idéia. A prática da estimulação precoce veio demonstrar o contrário. A doença real do filho produz lesão fantasmática nos pais, alterando as relações primárias mãe-pai-bebê. O trabalho com os pais, resgatando sua posição desejante diante do filho com problema, mudou a estatística da doença.

Há, porém, patologias orgânicas que interferem diretamente no psiquismo; sem tratamento médico, não há psicanálise ou estimulação precoce que ajude. O hipotireoidismo é um exemplo: um bebê hipotireoídico inevitavelmente terá problemas no desenvolvimento neuropsicomotor, se não fizer reposição hormonal. Existem, ainda,

■

a paralisia cerebral, as deficiências sensoriais, que deixam a criança na borda da permeabilidade biológica ao significativo.

O que parece certo é que nascemos com um corpo cuja genética determina uma função. Contudo seu funcionamento não é da ordem do real, mas da interação do imaginário e do simbólico sobre esse real biológico. O corpo é retirado do campo da necessidade para o do desejo, pela mediação da palavra do Outro.

Freud, diferentemente do que afirmam seus detratores, nunca negligenciou as informações advindas da neurobiologia, muito menos previu o fim da psicanálise com a descoberta dos neurotransmissores. No “Projeto de uma Psicologia Científica”, em suas especulações neurofisiológicas, Freud [(1895) 1981], chegou a antecipar o conceito de transmissão sináptica por neurotransmissores, através do que chamou de barreiras de contato, que propagavam a excitação de um neurônio a outro. Mas não deixou de trabalhar conceitos como os de representação e repressão, ligados à memória, como ordenadores do funcionamento energético do sistema neuronal. São esses conceitos que ele viria a aprofundar ao longo de sua obra. A percepção deixava de operar pela primazia do objeto positivado, uma vez que o aparelho psíquico funcionava na representação mnemônica do objeto em falta, sobre o qual estavam inscritas significações particulares do sujeito.

Em “Introdução ao Narcisismo”, o fundador da psicanálise escreveu:

“devemos nos recordar que todas as nossas idéias provisórias em psicologia presumivelmente algum dia se basearão numa subestrutura orgânica. Isso torna provável que as substâncias especiais e os processos químicos sejam os responsáveis pela realização das operações da sexualidade, garantindo a extensão da vida individual na da espécie. Estamos levando isso em conta ao substituímos as substâncias químicas especiais por forças psíquicas especiais.” (Freud, 1976 [1914])

Freud já havia mencionado a importância que dava ao fator químico em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905): “Devemos contentar-nos em nos ater ao que é essencial nesta consideração dos processos sexuais: a suposição de que substâncias de espécie peculiar decorrem do metabolismo sexual.” Porém, mesmo levando em conta as descobertas da neurofisiologia de seu tempo, assim como antecipando de forma especulativa outras que estavam por vir, Freud jamais previu qualquer redução do psíquico ao orgânico. A síntese de sua posição podemos auferir em suas palavras:

“La investigación científica ha demostrado irrefutiblemente que la actividad psíquica está vinculada a la función del cerebro más que a la de ningún otro órgano. La comprobación de la desigual importancia que tienen las distintas partes del cerebro y de sus relaciones particulares con determinadas partes del cuerpo y con determinadas actividades psíquicas nos lleva un paso más adelante, aunque no podríamos decir si este paso es grande. Pero todos los intentos reali-

zados para deducir de estos hechos una localización de los procesos psíquicos, es decir, todos los intentos de concebir las ideas como almacenadas en las células nerviosas y las excitaciones como siguiendo el curso de las fibras nerviosas han fracasado por completo.” (Freud, 1981)

Já em 1915, em “Pulsões e suas Vicissitudes” ele elabora o conceito-chave que faz a articulação entre o orgânico e o psíquico. Freud (1976) coloca:

“se, situando-nos de um ponto de vista biológico, consideramos agora a vida psíquica, o conceito pulsão nos aparece como conceito-limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico das excitações que provêm do interior do corpo e chegam ao psiquismo, como uma medida da exigência de trabalho que é suposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corpo”.

A obra freudiana, notadamente no desenvolvimento do conceito de pulsão, seguiu escrevendo a quarta parte do manuscrito. Hoje, temos mais elementos oriundos da pesquisa neurobiológica do que dispunha Freud em 1895. Temos também as contribuições de Lacan sobre o conceito original de pulsão, articulando o significante com o corpo.

Na busca de demarcar um campo original, a neurociência, mesmo em sua vertente que busca romper a dicotomia corpo-mente, não necessita desfazer-se dos conceitos psicanalíticos. O caminho para romper o dualismo pode ser o da pesquisa transdisciplinar, em que o real, o simbólico e o imaginário estejam anolados também no campo conceitual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREASEN, N. D. Linking mind and brain in the study of mental illness: a project for a scientific psychopathology. *Science*, 275:1586-1593, 1997.
- BREMNER, J. D. , et al. Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse. A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41: 23-32, 1992.
- BRODY, A. L., Antidepressants and psychotherapy produce similar changes in brain activity, *Reuters Medical News*, 2001.
- COOPER, A.M. Will neurobiology influence psychoanalysis? *Am J Psychiatry*, 142(12):1395-402, 1985.
- FOSTER, Owen H. e JERUSALINSKY, Alfredo N.. Bases neurofisiológicas da estimulação precoce. In: JERUSALINSKY, A e col. *Psicanálise e problemas do desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FREUD, S. Proyecto de una psicología para neurologos(1895) In: _____. *Obras completas*. 4.ed. Madri : Biblioteca Nueva, 1981. v.1.
- _____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade(1905). In: _____. *Obras completas*. Riode

- Janeiro: Imago, 1976. V. VII
- _____. Introdução ao narcisismo (1914). In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. XIV
- _____. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. XIV
- GABBARD, G. O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Brj Psychiatry*, 177:117-22, 2000.
- GREENOUGH, W., BLACK, J. E. & WALLACE, C. S.. Experience and brain development. *Child Development*, 58:539-559, 1987.
- JERUSALINSKY, Diana Alicia. Celulas nerviosas, sinapsis y plasticidad. *Escritos de la Infancia*. Argentina, Ediciones FEPI, 8:105-130, set. 1997.
- KANDEL, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 155:411-413, 1998.
- MARTIN, S. D., Antidepressants and psychotherapy produce similar changes in brain activity, Reuters Medical News, 2001.
- ORNITZ, E. M., Development aspects of neurophysiology. In: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, ed. E. Lewis, 1996. p. 39-51.
- PERRY, D. B., POLLARD, R. A., BLAKELEY, W. L., et al. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how “states” became “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16:271-291, 1995.
- QUINET, Antonio (Org.). *Psicanálise e psiquiatria; controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- ROBBINS, M. Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia. *J Am Psychoanal Assoc*, 40(2):425-54, 1992.
- SPITZ, René A.. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- SUOMI, S. J. Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys. In: *Childhood Environmental and Adult Disease: Symposium*. ed. CIBA, n. 156, 1991.

GENÉTICA E SUBJETIVIDADE: O PARADIGMA DOS ESTADOS MANÍACO-DEPRESSIVOS*

Mário Eduardo Costa Pereira**

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar e situar teoricamente o estado atual dos conhecimentos da moderna genética psiquiátrica sobre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Uma certa tendência ideológica – de longa história, mas muito vigorosa em nossos dias – faz derivar diretamente dos achados genéticos ligados aos transtornos mentais, uma justificativa para sustentar que estes teriam o estatuto de uma doença orgânica independente de fatores subjetivos, históricos e culturais. Outra tendência, simétrica, descarta a priori o exame das conseqüências desses achados para a construção de uma psicopatologia à altura dos conhecimentos atuais.

Este ensaio visa permitir o esclarecimento de certas "fantasias genéticas" tão em voga atualmente e a situar o espaço da linguagem e da subjetividade na constituição dos transtornos mentais, mesmo quando se leva em conta os aportes da biologia para essa questão.

PALAVRAS CHAVES: Transtorno afetivo bipolar; genética; diagnóstico

ABSTRACT

This work intends to present and situate theoretically the current state of the modern genetic psychiatry knowledge on the Bipolar Affective Disorder (BAD). A certain ideological tendency – dated long in history, but very vigorous in our days – makes derive directly from the genetic findings connected to the mental disturbances, a justification to sustain that these would have the status of a organic disease independent from subjective, historical and cultural factors. Another trend, symmetrical, discards a priori the examination of those findings consequences to the construction of a psychopathology compatible with nowadays knowledge.

This essay intends to permit the elucidation of certain "genetic fantasies" so in vogue today and to situate the field of language and subjectivity in the constitution of mental disorders, even when one takes into account biology contributions to this question.

KEYWORDS: Bipolar affective disorder; genetics; diagnosis.

* Gostaria de expressar meu agradecimento a Luiz Alberto Hanns e a Mônica Teixeira pela generosa leitura e comentários desse texto em sua fase de preparação.

** Psicanalista, psiquiatra. Professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP. Diretor do Laboratório de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP.



INTRODUÇÃO:
A GENÉTICA PSIQUIÁTRICA
COMO DESAFIO AO DISCURSO PSICANALÍTICO

Dispondo de recursos técnicos e econômicos sem precedentes na história das ciências biológicas, a moderna pesquisa genética – em particular desde a implantação em escala mundial do Projeto Genoma Humano, na década de 90 – apresenta-se como promissora de respostas a enigmas seculares dizendo respeito ao corpo e ao sofrimento. Como tais dimensões humanas estão indissociavelmente ligadas ao campo da subjetividade, coloca-se em pauta a questão das conseqüências desses novos conhecimentos, que estão sendo maciçamente produzidos, sobre nossa maneira de conceber o psiquismo e suas formas de padecimento. Para além das meras querelas de escola ou das lutas por mercado e por poder no campo "psi", a crescente evidência de que fatores de natureza biológica estariam implicados na gênese de inúmeros processos psicopatológicos, interpela todas as disciplinas ligadas ao estudo da psicopatologia, exigindo que essas situem tais achados tanto no plano teórico-explicativo, como na sua relação com a subjetividade, o que significa, correlativamente, que se deve avaliar com rigor as implicações éticas das diferentes maneiras de interpretar os novos modelos propostos.

Estes debates, historicamente densos e acalorados, sempre correm o risco de se precipitarem em um reducionismo estreito, ao se tentar explicarem todas as dimensões dos sofrimentos e das paixões humanas segundo as leis da natureza. Por outro lado, existe o risco correlativo do obscurantismo fanático, ao se negar o exame imparcial das observações providas das abordagens empírico-experimentais, com base unicamente em posições teórico-ideológicas a priori.

Na verdade, os progressos consideráveis obtidos nos últimos anos pelas pesquisas em genética psiquiátrica têm colocado os psicanalistas em uma posição de grande desconforto. Subitamente confrontados a uma enorme massa de dados experimentais, de difícil interpretação por não-especialistas, mas que apontam de forma vigorosa para a existência de fatores genético-biológicos implicados na gênese de inúmeros transtornos psíquicos, os psicanalistas vêem-se face ao desafio de tomar conhecimento desse campo árduo de investigação, de modo a se credenciarem, no plano da informação científica, ao debate contemporâneo sobre a natureza dos fenômenos psicopatológicos, para nele assumirem uma voz ativa, que vá para além de meras petições de princípio.

Evidentemente, muitos consideram que, do ponto de vista metodológico, a psicanálise deve manifestar-se apenas a partir de seu campo referencial específico, ou seja, o da teoria psicanalítica em sua capacidade de dar conta dos fenômenos colocados em evidência pela experiência analítica, tal como fundada por Freud. Para eles, os dados de disciplinas alheias ao espaço analítico são totalmente irrelevantes para a constituição

do discurso da psicanálise. Este deveria insistir em se manter como um resto inassimilável ao discurso da ciência, causando escândalo ao pensamento cotidiano, mas garantindo dessa maneira sua capacidade cultural de sustentar transferências.

Outros descartam a priori qualquer aproximação com as ciências empírico-experimentais, pois tal postura implicaria ceder a um racionalismo tranqüilizador, que nada tem a ver com a "peste" psicanalítica. Tal esforço não seria nada mais do que uma das formas contemporâneas das chamadas "resistências à psicanálise", tão denunciadas por Freud em seu tempo.

Os argumentos são contundentes e chamam a atenção para o risco de a psicanálise perder sua própria alma no afã de se inscrever nos debates de seu tempo, buscando uma interlocução com as ciências positivas a partir dos termos propostos por elas e não a partir de seu próprio compromisso ético com a verdade do desejo inconsciente.

Deve-se, contudo, igualmente reconhecer que uma omissão por parte da psicanálise em participar de tal debate engendraria conseqüências de vulto. Por um lado, tais discussões sobre as implicações das descobertas genéticas no campo dos distúrbios mentais continuarão a se desenvolver com ou sem a participação dos psicanalistas, mas as conseqüências práticas destes debates incluirão – e não se deve duvidar disso – todas as formas de se conceber o sofrimento humano, todos os discursos sobre a chamada "doença mental", e deliberarão sobre as condições de legitimidade das diferentes propostas de se tratar do psicopatológico, entre as quais, a própria psicanálise.

Além disso, a atitude de nada quer saber sobre os achados empírico-experimentais e sobre os modelos criados pela ciência positiva para dar conta dos fenômenos psicopatológicos pode encerrar a psicanálise em uma posição de perigoso solipsismo, conduzindo à estagnação de seus recursos teóricos e explicativos dos fatos mentais. Que conseqüências haveria, por exemplo, para a teoria psicanalítica das psicoses se se demonstrasse que a esquizofrenia, em X por cento dos casos, ocorre apenas em sujeitos portadores de um certo padrão genético específico? Tratar-se-ia de uma forma de "vulnerabilidade" biológica, tornando o sujeito mais susceptível à entrada na psicose quando confrontado a certas constelações simbólico-existenciais para ele insuportáveis? Certos entraves de natureza especificamente significativa teriam conseqüências mais devastadoras em tais indivíduos? No momento lógico da apropriação pelo Simbólico da estrutura biológica do sujeito, é indiferente a constituição material daquilo de que se apropria? Além disso, cabe perguntar: o que é passível de ser modificado no quadro psíquico através de métodos psicológicos quando se leva em conta o prisma biológico? Genética é destino? Estas e outras questões não são irrelevantes e vemos, assim, que os dados empíricos não podem ser tão facilmente descartados a priori sob pena de se fazer a psicanálise mergulhar em um mero irracionalismo ou em pura retórica vazia, incapaz de dar conta dos dados mais elementares do campo da psicopatologia.

De fato, encontramos-nos na virada do século XXI diante do mesmo impasse

com o qual se defrontou Descartes há cerca de quatrocentos anos: como incluir em uma mesma série causal, elementos de natureza tão díspar como a materialidade do corpo e as dimensões propriamente práticas da experiência humana?

Apesar disso, o desafio de se prover a psicanálise de um discurso capaz de debater com os progressos das ciências biológicas no campo dos transtornos psíquicos, e em particular da genética psiquiátrica, está incontornavelmente colocado, e qualquer tentativa de simplificação tranquilizadora dessa questão pode ter conseqüências nefastas para o futuro daquela disciplina.

Desta forma, procuraremos, a seguir, situar em linhas mais concretas o problema das implicações das descobertas genéticas no campo da psicopatologia, em particular naquilo que concerne à participação da subjetividade no sofrimento psíquico. Para tanto, tomaremos uma entidade psicopatológica específica – aquela sobre a qual existe a maior base de evidências empíricas de uma possível participação de fatores genéticos – o chamado "transtorno afetivo bipolar" (TAB). Esperamos, assim, contribuir para retirar a questão do limbo das refutações a priori, trazendo-a para um campo de argumentações mais fundamentadas e pertinentes, além de estimular um trabalho de pesquisa e de interlocução transdisciplinar.

A DELIMITAÇÃO DO TAB NA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

A categoria psiquiátrica "Transtorno Afetivo Bipolar", em princípio, estrangeira ao campo psicanalítico, constitui uma versão contemporânea operacionalizada da clássica "Loucura Maníaco-Depressiva", em suas formas maníacas e circulares, descrita por Kraepelin na oitava edição, de 1915, de seu famoso Tratado de Psiquiatria. Este recorte kraepeliniano, que no campo das psicoses separava a Loucura Maníaco-Depressiva da Demência Precoce, teve grande importância na constituição do pensamento psicanalítico - não apenas na obra de Freud, mas sobretudo através dos trabalhos de Abraham, Ferenczi e Melanie Klein, que o aceitavam praticamente sem restrições.

Sem dúvida, a psicopatologia freudiana pressupunha esta tradição psiquiátrica, que desde os trabalhos de Jean-Pierre Falret, Jules Baillarger e Emil Kraepelin já considerava que a alternância de estados maníacos e depressivos deveria ser considerada como fazendo parte de uma única entidade clínica, que, por sua vez, deveria ser distinguida dos quadros psicóticos delirantes e sem alteração significativa do humor.

Para Kraepelin, a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce representavam entidades distintas, agrupadas sob a rubrica de "psicoses endógenas", ou seja, formas que implicam "uma constituição predisponente, sobre base hereditária ou degenerativa"¹. Em outro artigo² tratamos da noção de "endogenidade", decisiva para

¹ Apud. PESSOTTI, Os nomes da loucura, São Paulo, Editora 34, 1999, p. 167.

² PEREIRA MEC, "De uma hereditariedade não-fatalista: o 'endógeno' e o Typus melancholicus, segundo Tellenbach", Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, II, 4, pp. 159-163.

a compreensão das visões psiquiátricas sobre o papel da hereditariedade em psicopatologia. Retomá-la aqui ultrapassaria os limites do presente trabalho, mas deve ser lembrado que o próprio Moebius – célebre neurologista alemão, criador do conceito – concebia o "endógeno" em termos de predisposição individual, não restrita a uma perspectiva exclusivamente biológica, nem de caráter inexorável. Toda a tradição fenomenológica e analítico-existencial alemã encarregou-se posteriormente de dar à noção de "endon" um estatuto antes de pré-disposição do ser-no-mundo, do que de um determinismo estritamente biológico.

Na psiquiatria contemporânea, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma das formas clínicas dos chamados "Transtornos do Humor", ou seja, daquelas condições psicopatológicas cuja alteração mais marcante situa-se na tonalidade tímica básica a partir da qual o indivíduo interage com seu mundo. Ao lado do TAB, a Classificação Internacional de Doenças situa o Episódio Depressivo (quando há a ocorrência de episódio único de depressão com sintomatologia intensa – a chamada "depressão maior"), o Episódio Maníaco (episódio único de mania, também com sintomatologia pronunciada), o Transtorno Depressivo Recorrente (mais de um episódio de depressão maior), a Ciclotimia (alternância de estados hipomaniacos e de depressão leve) e a Distímia (estado crônico, flutuante, de depressão leve a moderada).

O que particulariza o TAB nesse grupo dos transtornos do humor é a recorrência de episódios afetivos maiores, sendo que pelo menos um deles deve ter tido características nitidamente maníacas ou hipomaniacas. Dessa forma, tanto pacientes que apresentaram, ao longo de suas vidas, inúmeros episódios maníacos (com ou sem outros episódios depressivos) como aqueles que tiveram apenas um único episódio maníaco, tendo sido depressivos todos os demais, devem ser diagnosticados como TAB.

A tendência atual da psiquiatria norte-americana é a de dividir o TAB em duas sub-categorias clínicas principais, segundo a gravidade: o TAB – tipo I: caracterizado por episódios de depressão e mania de difícil controle; e o TAB – tipo II: com episódios de depressão e de hipomania. Tal distinção responde a necessidades de ordem prática, uma vez que se supõe que os pacientes diagnosticados como TAB tipo I tendem a uma evolução mais grave e de mais difícil controle clínico.

O início dos sintomas ocorre em geral entre a segunda e terceira décadas da vida (embora possam começar praticamente a qualquer momento da existência, mesmo durante a infância). Chama a atenção a alta prevalência dessa categoria, estimando-se que de 1 a 2% da população apresente esse transtorno ao longo da vida.

ALGUNS ASPECTOS GERAIS DA PESQUISA EM GENÉTICA PSIQUIÁTRICA

No início de seu famoso livro intitulado "Sol Negro", tratando da depressão e da melancolia, Julia Kristeva coloca nos seguintes termos o problema da inter-relação

entre biologia e subjetividade, tal como este aparece de forma contundente na melancolia:

"A melancolia [...] tem o temível privilégio de situar a interrogação do analista na encruzilhada do biológico e do simbólico. Séries paralelas? Seqüências consecutivas? Cruzamento ocasional a ser precisado, outra relação a ser inventada?" (Kristeva, 1989, p.16)

De fato, a questão da famosa "influência genética" permanecerá em uma aura de obscuridade inefável, até que se possa determinar de forma mais concreta os termos da "susceptibilidade" em jogo.

Assim, para melhor compreendermos a relevância dos achados referentes à genética do TAB e as formas adequadas de interpretá-los no contexto de uma teoria mais ampla referente a sua psicopatologia, discutiremos alguns aspectos gerais dizendo respeito à pesquisa genética e, em seguida, trataremos especificamente do TAB.


Um primeiro tópico, relativamente óbvio, mas que convém esclarecermos de antemão para evitar qualquer mal-entendido, é a distinção entre "herdado" e "genético". Enquanto o primeiro termo se refere a características transmitidas dentro de uma linhagem, o segundo diz respeito às características transmitidas especificamente pela via gênica .

Estudos de família são capazes de mostrar se uma determinada característica ou entidade clínica tem maior tendência a se concentrar no interior de certas famílias, em proporções diferentes daquelas encontradas aleatoriamente na população em geral. Tais pesquisas indicam, portanto, uma eventual contribuição familiar para a transmissão de um determinado traço, o que, no entanto, não prova, por si só, sua condição genético-biológica. Para tanto, são necessários estudos ainda mais acurados, visando separar ao máximo as contribuições provindas do ambiente daquelas propriamente genéticas. Para isso, as metodologias que comparam a ocorrência de um determinado transtorno em gêmeos univitelinos e bivitelinos, aumentam a fidedignidade do achado. Se ocorrem diferenças significativas nas freqüências do transtorno segundo o tipo de gemelaridade, tende-se a interpretar estes resultados como maior evidência de um componente genético.

Este mesmo tipo de metodologia compara as freqüências do transtorno mental estudado entre parentes de primeiro grau consangüíneos e adotivos. Diferenças significativas nessas taxas, com maior incidência entre os parentes consangüíneos tendem a ser interpretadas como sugestivas de participação genética.

Finalmente os estudos que acompanham gêmeos uni e bivitelinos separados na primeira infância (preferivelmente no momento do nascimento) e criados por famílias diferentes são os que possibilitam a maior discriminação das eventuais contribuições especificamente genéticas.

O estudo da distribuição epidemiológica das características estudadas entre os membros das famílias já orienta a forma de transmissão: autossômica dominante,



recessiva, ligada aos cromossomos sexuais, poligênica, etc. Trata-se, aqui, do campo da epidemiologia genética.

Uma vez levantadas as evidências de uma participação genética no surgimento de uma determinada característica, passa-se à tentativa de identificar os genes responsáveis por esta transmissão.

Nessa etapa, as duas principais metodologias de pesquisa em genética psiquiátrica são os estudos de ligação e os estudos de associação. Os estudos de associação buscam mostrar a ocorrência de determinadas manifestações fenotípicas quando da presença de certos marcadores genotípicos. Os estudos de ligação, por sua vez, partindo do princípio de que dois genes que ocupam loci fisicamente próximos tendem a ser transmitidos de forma conjunta, passa-se a rastrear os possíveis loci específicos através de outros já reconhecidamente ligados à transmissão de certo caráter.

O fato de não se conhecerem ainda os padrões específicos de transmissão da susceptibilidade ao TAB faz com que a tarefa da procura dos genes seja ainda mais árdua e ampla. Não se descarta, igualmente, que diferentes genes possam ter diferentes pesos nessa transmissão e que um mesmo gene possa ter diferentes graus de ativação em diferentes sujeitos. Além disso, deve-se ter em mente que em transtornos complexos como o TAB, a transmissão da susceptibilidade deve ser procurada na ação articulada de uma vasta gama de genes, nem sempre os mesmos, atuando cada um deles de uma forma desconhecida e, provavelmente variável ao longo do tempo.

É necessário que se tenha igualmente em vista, que os estudos genéticos no campo da psicopatologia comparam a correspondência entre uma certa configuração biológica e o surgimento ou não de um certo elemento psíquico e/ou comportamental. Dessa forma, a presença ou não de um ou de um certo conjunto de genes pode ser comparativamente correlacionada à observação de uma certa constelação psicopatológica, desde que mantidas as condições aquelas mesmas ambientais em que se deu o experimento. Ou seja, se em um estudo comparativo encontramos que gêmeos univitelinos apresentam uma concordância de X % para o transtorno mental A, enquanto os bi-vitelinos apenas Y %, isso não significa necessariamente um caráter absoluto da participação genética para o surgimento dessa psicopatologia. Isso significa apenas que naquelas dadas condições histórico-culturais, tal configuração genética mostrou-se desfavorável, no sentido de facilitar o surgimento daquele quadro psicopatológico.

Não se trata, pois, de um ou vários genes causando de forma fixa um transtorno mental, mas antes, um encontro desfavorável entre uma determinada constelação genética e um ambiente histórico-cultural específico. Nada garante que aquela mesma combinação de genes, em outro contexto ambiental, conduziria necessariamente ao surgimento daqueles traços psicopatológicos. É possível, mesmo, que se transformassem em elementos vantajosos ou protetores contra a implantação de psicopatologias. Se, por exemplo, por um motivo qualquer a Terra fosse devastada por uma epidemia de impaludismo, provavelmente a presença do traço talassêmico seria uma proteção para

seu portador, fato que por si só se expressaria nas populações seguintes, se as precedentes estivessem abandonadas à seleção natural.

Vê-se, assim, que a conhecida fórmula mediática, segundo a qual "cientistas americanos descobrem o gene da esquizofrenia", ou de não importa qual outra condição psicopatológica, constitui apenas a difusão de um sonho/ideologia coletivo que diz respeito ao suposto poder da ciência em controlar mesmo as paixões humanas³. Evidentemente, tal difusão não é inocente, nem deixa de produzir efeitos no modo de subjetivação contemporâneo dos sofrimentos e das paixões. Mas, como tal, deve ser denunciada, sem que com isso se desqualifiquem, no mesmo movimento, os conhecimentos experimentais produzidos pela genética médica no âmbito da redução metodológica à qual estão circunscritos. De fato, todas as disciplinas científicas, para poder circunscrever seus objetos, devem operar uma redução metodológica dos fenômenos. O risco ideologizante ocorre apenas quando tal redução metodológica deriva diretamente para uma redução explicativa⁴ de caráter absolutizante. É contra a absolutização de uma determinada perspectiva dentro do campo da psicopatologia, que todas as disciplinas que nele operam devem insurgir-se e contestar. A própria psicanálise também não está isenta de produzir discursos totalizantes sobre o psicopatológico, sendo sua tarefa perpetuamente redefinir o âmbito de validade de suas proposições.

OS ACHADOS GENÉTICOS NO TAB

O ponto de vista mais aceito atualmente pelos geneticistas é o de que o TAB constitui uma condição complexa do ponto de vista biológico, não se transmitindo segundo o modelo mendeliano clássico. Supõe-se não apenas que seu aparecimento depende da participação conjunta de fatores genéticos e ambientais, mas que a própria transmissão genética seja poligênica, ou seja, com inúmeros genes interferindo de forma distinta para a manifestação fenotípica. Dessa forma, o que seria transmitido não é o transtorno em si, mas uma maior vulnerabilidade a ele em dadas condições ambientais.

Um importante estudo de revisão sistemática sobre as pesquisas genéticas realizadas sobre o TAB⁵ mostrou que entre 1976 e 1994 foram publicados mais de 900 artigos com essa perspectiva. Apesar de um grande número deles ter sido artigos de revisão, pode-se afirmar que os estudos propriamente experimentais sugeriram, de for-

³Em seu livro sobre a genômica, Mônica Teixeira traduz esse caráter onírico e desejante da pesquisa genética humana pela seguinte feliz expressão: "Em busca de decifrar sonhos humanos". In TEIXEIRA M, O projeto genoma humano, São Paulo, Publifolha, 2000, p. 7.

⁴Cf. distinção proposta por Daniel WIDLÖCHER entre as noções de "reducionismo metodológico" e "reducionismo explicativo". WIDLÖCHER D., "O paralelismo impossível", in. FÉDIDA P. (org.), Comunicação e representação, São Paulo, Escuta, 1986, pp. 229-260.

⁵TURECKI G, ROULEAU GA, MARI JJ, MORGAN K., "A systematic evaluation of linkage studies in bipolar disorder", Acta Psychiatr Scand, 1996 May;93 (5) : 317-26. Review.

ma geral, a participação de um elemento genético na patogênese do TAB. O problema central é, pois, justamente o da delimitação psicopatológica dessa "participação".

Estudos de agregação familiar indicam a existência de um risco de 8 a 15 vezes maior de se encontrarem outros casos de TAB nas famílias nas quais já exista um paciente identificado, do que na população geral⁶. Lafer & Valada⁷ afirmam que o risco para transtorno bipolar em parentes em primeiro grau de indivíduos com esse diagnóstico é sete vezes maior do que o risco encontrado na população em geral.

Evidentemente a mera concentração de casos entre membros de mesmas famílias não é suficiente para se determinar a origem genética de um determinado traço ou patologia, mas constitui a etapa inicial para uma pesquisa mais específica.

Em 1977, dois importantes artigos foram publicados respectivamente na revista "*Nature*" e no "*British Journal of Psychiatry*"⁸, indicando, através de estudo de gêmeos e de adoção, uma significativa contribuição genética no risco do transtorno.

Para a investigação dos elementos propriamente genéticos desse transtorno (bem como de todos os fenômenos estudados pela moderna genética psiquiátrica), vários desafios e obstáculos se colocam. Um deles é a grande diversidade de metodologias empregadas, o que dificulta a comparação dos resultados. Junta-se a isso o fato de que os instrumentos diagnósticos para a delimitação dos diferentes transtornos psiquiátricos baseiam-se antes em critérios clínicos e estatísticos, nada garantindo que estes correspondam à distribuição dos traços genéticos procurados.

Dito em outras palavras, não se dispõe ainda da garantia de que as atuais categorias diagnósticas empregadas para os transtornos do humor correspondam, efetivamente, a fenótipos específicos, ligados a determinadas constelações genotípicas.

Há a esperança de que novas pesquisas e descobertas permitam aprimorar as classificações subseqüentes – ao menos aquelas empregadas em pesquisa – organizando suas categorias segundo critérios mais propriamente genéticos.

Um dado desconcertante para a pesquisa genética do TAB é o fato de que os estudos referentes à identificação de "genes-candidatos" a participarem da predisposição ao TAB raramente apresentam resultados concordantes. Assim, quando uma equipe de pesquisadores encontra uma correlação estatisticamente significativa entre a presença de um gene específico e um aumento de risco para a manifestação clínica do TAB, este achado raramente é confirmado por outra equipe, com outra amostra. O

⁶ Cf. ALDA M., "Transtorno bipolar", Revista Brasileira de Psiquiatria, 21, outubro, 1999: SII 14-17.

⁷ LAFER B., & VALADA Jr., "Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos", Revista Brasileira de Psiquiatria, 21, maio, 1999: SI 12-17.

⁸ MENDLEWICZ J. & RAINER J., "Adoption study supporting genetic transmission in manic depressive illness", Nature, 1977, 268:327-329.

⁹ BERTELSEN A, HARVALD B. & HAUGE M., "A Danish twin study of manic-depressive disorders, British Journal of Psychiatry, 1977, 130: 330-351.

resultado disso é o surgimento de um grande número de "genes candidatos", embora não existam provas de que o potencial patogênico de cada gene-candidato encontrado seja independente das diferentes configurações genéticas em que se situam e, muito menos, dos fatores ambientais.

Assim, a tabela abaixo expressa diferentes relatos científicos da ligação entre o quadro psicopatológico e um cromossomo específico:

Cromossomo	RELATOS DE LIGAÇÃO			Total
	Positivo	Sugestivo	Negativo	
11	1	2	16	19
6	4	1	6	11
X	4	2	4	10
5	1	1	5	7
4	1	1	-	2
9	1	-	1	2
16	1	-	-	1
18	1	-	-	1
21	1	-	-	1
GSb	-	1	8	9

Verificamos, assim, a existência de inúmeros "genes-candidatos", embora de baixa concordância entre os pesquisadores.

Os cromossomos X, 6 e 18 foram estudados de forma mais aprofundada em função dos fortes indícios de que neles residiriam os loci de susceptibilidade ao TAB. Recentemente, um estudo mais amplo publicado no "*American Journal of Medical Genetics*"¹⁰ sugere a interferência de um locus situado no cromossoma 10p, como implicado no surgimento do TAB.

Assim, como nenhum gene, isolado ou em determinadas combinações gênicas, pode ser responsabilizado de forma absoluta pelo surgimento dessa psicopatologia - como de resto é o caso para todas as demais condições psiquiátricas até agora estudadas - considera-se que o que se transmite é uma maior susceptibilidade ao TAB e não a condição psicopatológica em si.

Dessa forma, a idéia de que se descobrirá um dia "o gene" do transtorno afetivo bipolar faz parte mais da vulgarização mediática apressada (e/ou ideológica) das descobertas da genética psiquiátrica do que do cabedal de conhecimentos efetivamente obtidos até agora. Mais provavelmente serão identificados grupos de genes cuja pre-

¹⁰ FOROUD et Alli., " Suggestive evidence of a locus on chromosome 10p using the NIMH Genetics Initiative Bipolar Affective Disorder Pedigrees, *American Journal of Medical Genetics*, 2000, 96:

sença ou ausência (ou a combinação de alguns deles, não necessariamente sempre os mesmos) contribuirá para uma maior susceptibilidade (ou proteção) para o desenvolvimento do TAB.

Por outro lado, até o presente, os estudos indicam uma participação genética no TAB, sem que, contudo, tenha-se obtido sucesso em identificar marcadores genéticos maiores para essa condição, nem seu mecanismo de ação no plano psicopatológico. Na verdade, observa-se entre os próprios geneticistas um certo ceticismo quanto à possibilidade de se obter um dia o mapeamento completo dos genes de susceptibilidade do TAB, dada a complexidade do fenômeno.

O grande desafio, uma vez identificados os possíveis elementos genéticos implicados no TAB passará a ser o da determinação de um modelo que possa dar conta da inter-relação dos fatores genéticos com os fatores dito "ambientais" no surgimento e na manutenção desse estado psicopatológico.

A INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS GENÉTICOS NO TAB E SUAS CONSEQÜÊNCIAS PARA UMA TEORIA PSICOPATOLÓGICA

Quanto aos problemas e questões especificamente psicopatológicas levantadas pela pesquisa genética no TAB devemos agora destacar alguns elementos fundamentais:

1. Não há no TAB (como de resto em nenhuma entidade psicopatológica psiquiátrica) uma concordância completa de manifestações fenotípicas entre os gêmeos monozigóticos. Em nenhum caso, o fato de encontrarmos um gêmeo idêntico expressando o TAB nos dará a certeza de que o outro gêmeo também desenvolverá o transtorno. Ou seja, ainda que possa existir uma participação de fatores genéticos no surgimento do TAB, eles não são capazes de explicar sozinhos tal condição psicopatológica. O TAB não pode ser considerado uma manifestação direta de fatores biológicos independentes dos chamados "fatores ambientais".

2. A mera constatação de que, muito provavelmente, exista uma combinação de fatores genéticos e ambientais implicados no surgimento do TAB não esgota a tarefa psicopatológica. É preciso que se construam modelos heurísticos permitindo intuir a composição desses fatores e, sobretudo, de neles interferir de forma concreta.

3. Correlativas a essa indefinição quanto ao tipo de articulação entre fatores genético-biológicos e ambientais no surgimento do TAB, surgem noções que povoam os textos sobre o tema, mas que não têm um conteúdo claramente definido. Impõe-se, pois a tarefa de esclarecer proposições mais ou menos intuitivas como: "componente genético", "susceptibilidade", "fator ambiental", "disposição", "efeitos aditivos".

4. A tarefa de modelização psicanalítica - desde Freud - quanto à incidência de fatores genéticos no surgimento de quadros psicopatológicos, tem-se realizado dentro de uma surpreendente linearidade e falta de criatividade. Desde as famosas "equações

■

etiológicas" freudianas, que no fundo não iam além de uma álgebra aditiva, segundo a qual, fatores tomados como comensuráveis (herança + conflitos infantis +...) resultariam numa soma mais ou menos "psicopatológica" (quanto mais fator de herança, menos conflito é necessário para desenvolver o quadro), o pensamento psicanalítico não evoluiu de forma significativa para tratar de tais problemas tão decisivos.

Temos, pois, que levar em conta o fato de que estudos de famílias, de gêmeos e de adoção tem mostrado claramente a contribuição de fatores genéticos na etiologia do transtorno afetivo bipolar. A natureza desse transtorno, como de quase todos os demais transtornos psiquiátricos, é complexa, envolvendo não apenas múltiplos genes, como também a participação decisiva de fatores ambientais. Essas duas dimensões permanecem como desafios para as pesquisas genéticas e psicopatológicas: a identificação e localização dos genes de susceptibilidade para o transtorno afetivo bipolar e a superação do truísmo que consiste em se afirmar que existe uma profunda interação entre os genes e o ambiente, passando-se a propor modelos concretos que expliquem essa interação ou que, pelo menos, permitam nela interferir.

Dessa forma, a identificação dos genes de susceptibilidade não pode ser considerada como um fim em si mesma, mas apenas como o ponto de partida para um desafio teórico ainda maior. Deveria, por exemplo, o transtorno afetivo bipolar ser considerado, a partir da genética, como um traço quantitativo, para o qual vários genes contribuiriam para um espectro fenotípico contínuo, levando de formas mais brandas a mais severas ou, alternativamente, dependendo mais ou menos dos fatores de natureza ambiental¹¹?


Deve-se, portanto, avançar na evolução dos modelos nos quais inscrever os achados genéticos, na mesma proporção que estes se avolumam, evitando-se as derivações ideológicas ou francamente imaginárias a que este tema está sujeito.

Um importante artigo¹², publicado em 1997 no "*British Journal of Psychiatry*", faz um apanhado das principais concepções errôneas ligadas à genética psiquiátrica, alguns dos quais já evocados ao longo deste texto e que nos auxiliam a contextualizar os achados genéticos no TAB.

O primeiro falso conceito debatido naquele trabalho é justamente o de "que as estimativas de hereditabilidade (ou seja, a extensão em que um certo traço é transmitido através dos genes) teriam um valor fixo para cada traço estudado, mantendo-se inalteradas ao longo do tempo e em diferentes culturas e regiões"(Rutter & Plomin, 1997). Na verdade, tais estimativas são válidas apenas para a população estudada,

¹¹ PHILIBERT R. et. alli., "The inheritance of bipolar affective disorder: abundant genes coming together", *Journal of Affective Disorders*, 1997, 43: 1-3.

¹² RUTTER M. & PLOMIN R., "Opportunities for psychiatry from genetic findings", *British Journal of Psychiatry* (1997), 171, 209-219. 18-23.



durante um período específico de tempo e nas condições ambientais particulares em que foram realizadas. Além disso, elas dizem respeito apenas a populações, não trazendo qualquer informação quanto ao grau de influência genética ou ambiental no desenvolvimento de um certo transtorno em uma pessoa específica. Como a noção de hereditabilidade é sempre relativa ao ambiente, quando o ambiente se modifica, deve-se esperar uma modificação na estimativa da participação genética no surgimento da psicopatologia estudada.

Outra concepção equivocada sobre a dimensão genética das doenças mentais é a de "que a evidência de uma alta hereditabilidade significaria que intervenções no plano ambiental e/ou simbólico são inefetivas." (Rutter & Plomin, 1997) Dito em outras palavras, segundo essa perspectiva os efeitos genéticos sobre os transtornos não seriam afetados por intervenções ambientais. Contudo, tal assertiva não é verdadeira e decorre de uma visão simplista e mecanicista da ação dos fatores genéticos.

O artigo dá, nesse ponto, o exemplo de doenças como a fenilcetonúria que, embora claramente genética, pode ser evitada apenas com a detecção precoce da disposição (o conhecido "teste do pezinho") e com modificações ambientais (dieta isenta de fenilalanina). Esse é um caso concreto de uma disposição genética que não se manifestará, desde que o ambiente seja manipulado de uma certa maneira. Assim, se o meio cultural não apresentar ao sujeito "predisposto" os hábitos alimentares desencadeantes (dietas ricas em fenilalanina), o transtorno "potencial" não se manifestará.

Correlativamente às crenças anteriores, há a falsa idéia de que alterações genéticas são determinantes e inexoráveis, no sentido de que a presença de um certo gene implicaria de forma fixa e necessária a manifestação de uma certa patologia. Tal asserção é incorreta sob vários ângulos. Inicialmente, sabe-se que poucas, ou talvez nenhuma afecção psiquiátrica com influência genética seja do tipo autossômico dominante, segundo o esquema mendeliano clássico. A maior parte delas, provavelmente todas, são, como vimos, devidas a uma constelação de fatores, sendo que a presença (ou ausência) de certos grupos de genes constitui apenas uma das dimensões em jogo.

Em vários transtornos, os fatores genéticos parecem ter uma participação considerável, como tudo indica que seja o caso das chamadas depressões maiores, tal como observadas nos transtornos afetivo bipolar e depressivo recorrente. Ainda assim, não há qualquer evidência de que esses fatores atuem sem a intervenção do meio e não se sabe ao certo em que consistiria a inter-relação dos componentes genéticos e ambientais.

"É, igualmente, um erro pensar-se que "genético" significa a presença de genes anormais" (Rutter & Plomin, 1997). Tal concepção, diz ainda o artigo, é amplamente divulgada pela mídia, que faz acreditar que se trata da descoberta do "gene da depressão" ou do "gene da esquizofrenia". Tais genes jamais foram descobertos e provavelmente nunca o serão pois os transtornos psiquiátricos mais comuns não deram mostras de estar ligados à transmissão de um único gene. O mais provável é que se trate de

grupos complexos e variáveis de combinações genéticas, envolvendo múltiplos genes de "susceptibilidade". Na verdade, "há genes de susceptibilidade para quase todas as formas de comportamento humano e não apenas para aqueles envolvidos em doenças¹³".

Os mesmos autores acima citados sustentam que:

"Com respeito a transtornos psiquiátricos, há boas razões para se supor que fatores genéticos operam, pelo menos em parte, criando uma vulnerabilidade aos riscos ambientais¹⁴".

Retorna aqui, portanto, a famosa noção de "vulnerabilidade", tão freqüente quanto obscura nesses debates. Torna-se tarefa – e desafio – para a psicopatologia, a de estabelecer o estatuto dessa categoria.

A susceptibilidade genética entrelaça-se com o propriamente anímico de uma forma misteriosa, que lança sobre nós o desafio de propor modelos e metáforas que possam, de alguma maneira, tornar tal inter-relação acessível ao pensamento e à intervenção clínica concreta. Tal postura implica, ao mesmo tempo, analisar e desmistificar certas metáforas presentes no discurso genético-biológico que, freqüentemente, a partir de um certo momento da difusão do pensamento científico, passam a ser tratadas como conceitos expressando uma realidade material concreta. Richard Lewontin, um dos grandes críticos dos abusos do discurso naturalizante das ciências naturais aplicadas ao homem, tem uma célebre frase que evoca justamente esse perigo: "O preço da metáfora é a eterna vigilância¹⁵".

Finalmente, é preciso que os psicanalistas não se deixem intimidar pelo gigantesco aporte de dados genéticos no campo do sofrimento psíquico. Uma atitude defensiva e excessivamente apaixonada nesse campo, implicando a recusa a priori de qualquer dado que possa surgir da pesquisa experimental, conduz apenas à ignorância, da qual - como mostrava Freud - nada se pode esperar e nada pode surgir. É preciso evitar que a psicanálise trabalhe com questões tão sérias como aquelas implicadas pela genética psiquiátrica, com noções implícitas que muito pouco se distinguem dos preconceitos leigos. A insistência em argumentos meramente retóricos ou inefáveis apenas contribui para o descrédito na capacidade da psicanálise em manter um discurso consistente e coerente, mesmo com todos os avanços da ciência. A psicanálise não deve colocar-se em posição obscurantista, que consiste em negar a priori ou em desqualificar de forma leviana os progressos da pesquisa experimental. Esta só a obriga a ser mais aguda, mais crítica, mais rigorosa e mais coerente com seus próprios fundamentos.

¹³ Idem, p. 211.

¹⁴ RUTTER M. & PLOMIN R., "Opportunities for psychiatry from genetic findings", *British Journal of Psychiatry* (1997), 171, 209-219.

¹⁵ LEWONTIN R., *The triple helix – gene, organism and environment*, Cambridge, Harvard University Press, 2000.

Trata-se, em última instância, de delimitar com maior agudeza as modalidades de apropriação da materialidade (variável) do organismo biológico pela linguagem e pelo desejo do Outro, de modo a que dessa operação resulte o corpo erógeno de um sujeito – objeto psicanalítico por excelência. A delimitação da amplitude, das formas e do alcance dessa apropriação constitui antes um desafio que um limite ao pensamento psicanalítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDA M. Transtorno bipolar, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, outubro, 1999: SII 14-17.
- ARISTÓTELES. *O homem de gênio e a melancolia: o problema XXX*, 1. Rio de Janeiro : Lacerda Editores, 1998.
- BERLINK MT. & FÉDIDA P. Depressão, *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, no prelo.
- BERTELSEN A, HARVALD B. & HAUGE M. A Danish twin study of manic-depressive disorders, *British Journal of Psychiatry*, 1977, 130: 330-351.
- BIN K. Fenomenologia da depressão estado-limite, *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, I, 3, 11-32.
- BING F., BRAUNSTEIN J.-F. & ROUDINESCO E. (org.). *Actualité de Georges Canguilhem: le normal et le pathologique*. Paris : Synthélabo, 1998.
- BINSWANGER L. *Mélancolie et manie*. Paris : PUF, 1987.
- FÉDIDA P. *Depressão*. São Paulo : Escuta, 1999.
- FOROUD et Alli. Suggestive evidence of a locus on chromosome 10p using the NIMH Genetics Initiative Bipolar Affective Disorder Pedigrees, *American Journal of Medical Genetics*, 2000, 96:18-23.
- FREUD S. Charcot. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol.3. Rio de Janeiro : Imago, 1976, pp. 32.
- KLIBANSKY R., PANOFSKY E. & SAXL F. *Saturne et la mélancolie*. Paris : Gallimard, 1989.
- KRISTEVA J. *Sol negro*. 2.ed. Rio de Janeiro : Rocco, 1989.
- LAFER B. & VALADA Jr. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, maio, 1999: SI 12-17.
- LAMBOTTE M.-C. *Esthétique de la mélancolie*. 2 ed. Paris : Aubier, 1999.
- LAMBOTTE M.-C. *Le discours mélancolique*. Paris : Anthropos, 1993.
- LEWONTIN R. *The triple helix - gene, organism and environment*. Cambridge : Harvard University Press, 2000.
- MENDLEWICZ J. & RAINER J. Adoption study supporting genetic transmission in manic depressive illness, *Nature*, 1977, 268:327-329.
- PEREIRA MEC. De uma hereditariedade não-fatalista: o 'endógeno' e o Typus melancolicus, segundo Tellenbach, *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, II, 4, 159-163.
- PEREIRA MEC. A dor de não poder morrer. Sobre o delírio das negações de Jules Cotard, *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, I, 4, 147-150.
- PERES UT. (org.) *Melancolia*. São Paulo : Escuta, 1996.
- PHILIBERT R. et. alli. The inheritance of bipolar affective disorder: abundant genes coming together, *Journal of Affective Disorders*, 1997, 43: 1-3.



- POPPER K. & ECCLES J. *O eu e seu cérebro*. Campinas : Papirus.
- RUTTER M. & PLOMIN R. Opportunities for psychiatry from genetic findings, *British Journal of Psychiatry* (1997), 171, 209-219.
- SAURÍ J. *Qué es diagnosticar en psiquiatría?*. Buenos Aires : Bonum, 1994.
- SERPA Jr. O. *Mal-estar na natureza*. Belo Horizonte : Te Corá, 1998.
- TEIXEIRA M. *O projeto genoma humano*. São Paulo : Publifolha, 2000.
- TELLENBACH H. A endogeneidade como origem da melancolia e do tipo melancólico, *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, II, 4, 164-175.
- TURECKI G. et. alli. A systematic evaluation of linkage studies in bipolar disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93: 317-326.
- WIDLÖCHER D. O paralelismo impossível. In: FÉDIDA P. (org.). *Comunicação e representação*. São Paulo: Escuta, 1986, pp. 229-260.

O LUTO DO OBJETO NAS TOXICOMANIAS*

Marta Conte**

RESUMO

Este artigo tem como tema central a clínica das toxicomanias e enfoca, especialmente, uma abordagem institucional, referenciada na orientação psicanalítica, para demonstrar que é possível utilizar esse referencial com toxicômanos, tornando evidente seu alcance em termos de resgate subjetivo e de cidadania. Esta pesquisa se fundamenta na clínica das toxicomanias caracterizadas a partir do que Le Poulichet (1990) denomina de toxicomanias de suplência e de suplemento. São operações de farmakon e não estruturas clínicas, que nos auxiliam a pensar no que ocorre do ponto de vista psicopatológico nas toxicomanias graves remetidas à melancolia e naquelas menos graves, remetidas à depressão.

PALAVRAS-CHAVE: toxicomanias; depressão; melancolia; psicanálise

ABSTRACT

This editorial having as the main topic the drug addictions clinic. It focuses specially in the institutional approach based on the psychoanalyze orientation for demonstrating that it is possible to use this referential to rehabilitate drug addicts in terms of individual subject and citizen.

The research is based on the drug addictions clinic characterized from what Le Poulichet (1990) claim as addictions supplying and addictions supplement. They are not clinics structures but "farmakon operations" that help us to think in what happens with severe (base melancholy) and not so severe (base depressive) drug addicitons in light of psychopathological point of view.

KEYWORDS: drug addictions; depression; melancholy; psychoanalyze

* Trabalho apresentado no dia 30 de setembro de 2001, na Jornada "Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica", organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil.

** Psicanalista, Membro da APPOA, Doutora em Psicologia Clínica, Assessora da Política de Saúde Mental da SES, Coordenadora da Política Estadual de Drogas e Professora da Unisinos.

■

Pretendo desenvolver algumas idéias sobre o luto do objeto para sempre perdido na vida psíquica dos toxicômanos, que se pode depreender ao focalizar o tipo de relação que eles estabelecem com a droga.

Inicialmente situo que as toxicomanias podem ser consideradas formações narcisistas, caracterizadas pela retirada dos investimentos do mundo, que retornam sobre o eu quando a droga é escolhida como objeto único e exclusivo e pela transformação do psíquico em uma afecção que é tratada pelo produto químico. A intervenção química neste envolvimento intenso do usuário com a sua droga tem um lugar de destaque, denominado por Le Polichet (1990) de operação de *farmakon*.

O conceito de operação de *farmakon* é uma metáfora bastante útil para definir as toxicomanias, sem correr-se o risco de vinculá-las a uma ou outra estrutura clínica. Essa operação pode ser transitória e sofrer diferentes destinos, considerando a estrutura em que ela ocorre.

Para definir a operação de *farmakon*, Le Poulichet (1990) associa-a a uma montagem que, enquanto formação narcísica

“congela o sofrimento na carne, graças a um recorte real” (p. 114), ao contrário do narcisismo que leva a assunção do real orgânico através das imagens e da linguagem. A operação de *farmakon* é uma tentativa de constituir um ‘aparelho psíquico’ autônomo, para confundir todo o processo de castração” (p. 105).

Na operação de *farmakon*, há uma exclusão do Outro e a interrupção dos recortes pulsionais. Ela permite a constituição de um novo corpo instrumentalizado como “máquina”, frente ao qual seu operador é o toxicômano que detém um saber, que não é suposto, mas real, sobre como abastecer esse corpo para que cumpra a função de interpor algo entre ele e o Outro, tendo como finalidade colocar um limite no gozo do Outro e conservar minimamente sua subjetividade.

Ocorre, também, que a dependência de drogas se impõe para o toxicômano como uma “necessidade” a ser satisfeita. Quando não é satisfeita, produz dor, até mesmo corporal. No início do estabelecimento da dependência, o toxicômano usufrui dos efeitos prazerosos da droga e, à medida que avança a habituação, mesmo sob efeito da droga, acentua-se a dor e a depressão, ele vai perdendo a condição de usufruir da droga como antes ocorria. Quando a dor aparece, o toxicômano fica impedido de outros investimentos no mundo. A dor cria um circuito pseudo-pulsional que realiza a atividade de ligação e causa um empobrecimento do resto da vida psíquica.

É preciso diferenciar, então, o uso de drogas, quando os demais investimentos estão preservados, da operação de *pharmakon* como autoconservação paradoxal que constitui as toxicomanias. Marca-se então a diferença entre droga e “tóxico”¹. A droga

¹ “Tóxico” passa a constar sempre entre aspas para manter-se a significação de uma função que o diferencia do produto-droga.

é o produto em si e o “tóxico”, como nos situa Le Poulichet (1990), é a transformação de um produto consumido quando assume uma função na vida psíquica.

A operação de *farmakon* nos permite compreender o uso de drogas, tanto na sua função de remédio quanto de veneno, identificando a extensão e o objetivo que dita função está cumprindo na vida psíquica do toxicômano. Também é possível considerar a transformação ocorrida que cria um campo psíquico alterado, onde as marcas singulares tornam-se difíceis de ser identificadas, pois ficam subsumidas. O que aparece nas montagens leva ao engano de reduzir esta clínica a fenômenos de compulsão e a falta de limites, sendo que freqüentemente esses aspectos são tratados de forma padronizada nos tratamentos comportamentais.

Quando a montagem se desorganiza é porque o uso de drogas já não é eficaz para aquilo pelo qual era procurado: servir como anteparo à castração. Se o toxicômano acredita ter achado o objeto da satisfação, o analista, a partir da transferência, trabalha para que se desvele para o sujeito o que o “tóxico” coloca enquanto incógnita.

Em relação ao debate que situa a droga como objeto, tenho a contrapor que o objeto, psicanaliticamente falando, só existe enquanto mítico, pois sempre esteve perdido. Le Poulichet (1990) lembra que o próprio Freud nos coloca sobre essa pista quando indica que o tóxico não tem nada a significar e que pertence ao campo do real. É uma figura do incógnito. Por isso, a droga não se apresenta como um ‘objeto’, no sentido de uma ‘relação de objeto’, que suporia um sujeito. E, ainda, lembra-nos Le Poulichet (1990), que todas aquelas abordagens psicanalíticas das toxicomanias que designam um ‘objeto-droga’ dentro de uma relação com um sujeito, praticam um forçamento psicológico. Não há sujeito para um tóxico nem para um ‘objeto-droga’” (p. 100)

O reencontro com objeto perdido é impossível, já que ele foi metonimizado, no entanto o toxicômano nos diz que a droga é ou foi por muito tempo um objeto vital. Expressa, assim, a negação da perda, remetendo-se a uma negação precoce e fundamental, como conseqüência de um acontecimento traumático inicial, registrado como uma perda, não deixando lugar ao fantasma, diria Melman (1992). Diz ele em relação ao tratamento de toxicômanos:

“este acontecimento traumático não pode ser interpretado senão retroativamente (...) é justamente por isso que as construções na análise têm sua importância” (Melman, 1992, p.27-28).

A construção, portanto, é uma intervenção especialmente priorizada visando proporcionar que, o que foi registrado *a posteriori* como trauma em relação a uma perda, possa ser vivido como uma experiência que tenha valor na história do sujeito.

É porque em algum momento a droga passa a frustrar enquanto ideal, que o toxicômano não consegue mais manter a negação da carência do objeto.

Na operação de *farmakon*, há uma torção do desejo que é transformado em “necessidade”. Em geral, para o toxicômano, não é mais possível usufruir completamen-

te do Efeito que a droga proporciona, porque o usufruto deste Efeito² se aproxima muito a um gozo absoluto. Para se proteger desse gozo, o toxicômano adota como estratégia a interdição do produto, e isso ocorre tolerando o Efeito e acostumando-se com ele. É o que se define como o gozo na privação, próprio do toxicômano.

A privação é o centro de referência para o que precisamos, por considerarmos que, nas toxicomanias, haveria uma erotização da falta da falta, porque a falta não foi inscrita no registro simbólico ou precisa ser esquecida. A privação está fora do sujeito, está no real. Para que o sujeito apreenda a privação, é preciso que ele simbolize o real. Ocampo (1988), confirma que, pela forma como os toxicômanos se referem à droga, gozam na privação e na medida em que insistem em negar a decadência de uma montagem.

Somente a presença-ausência do Outro eclipsa o objeto real da satisfação. Para isso, a “necessidade” deve transformar-se, graças à intervenção do Outro, em demanda. O que tenho pesquisado indica que a lógica toxicomaniaca é uma tentativa de presentificar um encontro com o “objeto de satisfação” através da droga. Isso fica evidente, em um período chamado de ‘lua-de-mel’, em que a droga é “tudo” para o toxicômano.

As estratégias para voltar a ter condições de gozar com o uso de drogas são bastante frequentes entre os toxicômanos: pedem uma internação com o objetivo de desintoxicar, na esperança de voltar a fazer um bom uso das drogas; fazem um espaçamento maior entre as doses; mudam de modalidade de uso, da aspirada para injetável ou, ainda, passam de uma droga considerada mais “leve” para outra mais “pesada”.

O toxicômano buscaria, através dessas estratégias, tomar alguma distância que sirva de interdição da droga para, assim, recuperar as condições de gozar do uso de drogas.

Escutam-se relatos de sonho de uso de drogas nos quais se vislumbra a distância ou a aproximação do sujeito com o produto: em alguns sonhos o prazer de usufruir dos efeitos está liberado; há outros em que, no momento do uso, uma brutal angústia produz uma interrupção do ato, e o sujeito fica impedido de usar e, ainda, em outros, nos quais há a presença da droga, há a possibilidade de uso, mas o sujeito opta por não usá-la e busca uma outra saída.

Esses sonhos indicam diferentes posições subjetivas em relação ao “tóxico”, desde uma em que o produto está acessível, não-interditado e pode ser desfrutado, até aquela em que o produto está nitidamente interditado e a presença-ausência do Outro está em cena, abrindo novas opções ao sujeito. Lacan (1998) assinala em a “Direção do

² Efeito, com letra maiúscula refere-se ao gozo que o toxicômano obtém através dos efeitos da droga e que pode ser comparado a um orgasmo alucinado que toma o corpo todo.

tratamento e os princípios de seu poder”, de 1958, “que se meu sonho chega a unir-se (...) com a demanda do outro, me desperto” (p. 630). Portanto, a angústia no sonho denuncia a ameaça de ser invadido sem defesa pela demanda do Outro.

Constato que, quando o “tóxico”, ao longo do tratamento, volta a estar interdito para o toxicômano, mesmo que ele sonhe com o uso de drogas, algo tornará impossível o usufruto dos efeitos. Se a droga está interdita, foi em consequência do Nome-do-Pai enquanto significante que constitui uma lei que recuperou sua eficácia, e isso modifica a posição subjetiva do toxicômano.

Nos tratamentos, observam-se, pelo menos, dois processos diferentes, de acordo com a função que a operação de *farmakon* assume.

Em alguns tratamentos, ocorre um processo que se assemelha ao trabalho de luto em relação à droga, como um objeto estimado e, ao mesmo tempo, odiado que é gradativamente deslocado de posição. Petit (1990) formula a tese de que, ao longo do estabelecimento da dependência, no lugar do desejo, sobrepõe-se o uso intenso de drogas e que, no processo de tratamento, no lugar do buraco que a droga produz na vida do toxicômano, é necessário costurar uma série de significantes que auxiliarão na elaboração do luto da droga e da função de interditar o gozo do Outro que ela exerceu. Mas o mesmo autor assinala que, para o toxicômano a experiência com as drogas torna-se algo inesquecível.

Em outros tratamentos, o deslizamento do “tóxico” em uma cadeia significante está obstaculizado, pois a função da operação é de sustentação de uma subjetividade extremamente fragilizada frente ao Outro.

Só é possível pensar na droga como interdita quando o sujeito está em relação ao objeto irremediavelmente perdido, à falta e ao desejo.

Para delimitar essas diferenças que estou anunciando, remeto-me a duas formas diferentes de conceber as toxicomanias: pela lógica da suplência, referindo-se às toxicomanias mais graves e pela lógica de suplemento, como nos propõe Le Poulichet. O conceito de suplência e suplemento associado às toxicomanias mais graves e às menos graves, retrospectivamente, coincidiu com o que pude constatar na clínica institucional e privada, além de contribuir, na prática, com um mapeamento mínimo que auxilia a diferenciar a posição subjetiva do toxicômano, sua relação com a falta, com sua história e memória, com o grande Outro, clareando a relação transferencial que está em curso e, como consequência, quais os cuidados e os dispositivos terapêuticos necessários a serem considerados em cada caso.

AS TOXICOMANIAS DE SUPLÊNCIA

A suplência refere-se a suplente, algo que “supre a falta de outro ou de outrem, que entra no lugar, substitui, para lhe fazer os deveres ou obrigações” (Mirador, 1979, p. 1646).

■

A operação *farmakon* nas toxicomanias de suplência atesta a falência do Outro, por isso funciona como defesa primária para resistir à entrega a um fluxo maternal intenso – remete ao gozo do Outro.

Sua função é suprir sem cessar a claudicação da instância simbólica, como prótese da instância simbólica e, desde uma função vital, resistir à invasão do Outro, na tentativa de fazer borda, fechar algo do corpo, tapar os orifícios.

A relação com o Outro se encontra sem a mediação do fantasma, o corpo corre o risco de reduzir-se a lâminas, o Outro, por estar devastado, não se sustenta enquanto endereçamento, pois não está castrado.

Ao não se constituir a partir da falta e do desejo, o toxicômano se identifica parcialmente com o objeto do gozo do Outro: torna-se o peito ou o excremento do Outro, cristalizando-se nesses significantes. Isso impõe-lhe um gozo sacrificial, real, corporal – cai numa perda irremediável de algo, que fica sem representação.

O corpo está em equivalência com uma máquina, não está suficientemente velado e assumido por um nome que o representa; o corpo anestesiado é interposto ao gozo do Outro para proteger o toxicômano de uma entrega total; a palavra não garante e não defende o sujeito; o tratamento dos órgãos faz com que eles falem, o sujeito não consegue descansar ou dormir, fica exilado do seu desejo.

O apagamento das marcas indica que as bordas corporais estão esfumaçadas em uma tentativa de aniquilar o pouco de inscrição que há, para, em seu lugar, criar algo alucinatoriamente novo. Ex: corpo revestido de abscessos, cicatrizes, etc.

Ocorre um impasse identificatório: o sujeito não pode referir-se a uma posição sexual e a um lugar na filiação.

Exemplo claro disto que estou expondo escutei de um paciente que não sabe quem é seu pai. O paciente queixa-se de que a mãe não lhe revela a verdade. A mãe apresenta o pai ora como caixeiro viajante, ora como um presidiário e, em outros momentos, ele é apresentado como um estuproador. O efeito desses não-ditos se manifestam no seu tratamento, através de impasses, silêncios, desculpas em relação ao comportamento da mãe. Fica preso a esta “formação de massa” com a mãe, não consegue avançar em temas como “o que é ser pai”.

Este tipo de toxicomania de suplência exigirá um trabalho de intervenções de “costuras” terapêuticas que permitam a constituição de um eu, de um objeto e o endereçamento a um Outro.

Nestes casos em que há indícios de uma intensa falência do Outro, pode estar instalando-se uma trajetória de entrega progressiva ao Outro. Será, então, extremamente necessário o acompanhamento terapêutico e um dispositivo terapêutico com cuidados intensivos.

Mesmo havendo uma tentativa de controle do real que retorna de forma alucinatória, o Outro tem uma “super” consistência, e o sujeito acaba expondo e sacri-

ficando seu próprio corpo. Le Poulichet (1990) faz questão de assinalar que estas toxicomanias não são da ordem da psicose, porque se trataria de “um defeito parcial de acondicionamento do corpo no Outro” (p. 127), o sujeito não engendra a *operação de farmakon* para morrer, pois é certo que ele mantém seu corpo como “máquina” para controlar o gozo do Outro, para conservar-se vivo.

O exemplo de Júlio nos ajuda a pensar neste tipo de toxicomania. Ele não consegue parar sentado no grupo terapêutico, tem que ir ao banheiro, diz que o problema é o intestino, situado como algo alheio a ele próprio. Em uma dinâmica de grupo com sua família, seus pais referiam o desejo de resgatar a família ideal tal como ocorria antes de Júlio iniciar o uso de drogas. Para isso, bastaria que Júlio se encaixasse no seu lugar novamente.

Frente ao trabalho com sua família, de questionamento dos ideais, Júlio envia um recado à equipe, através de um desenho, onde representa toda a sua família e escreve: “Então se liga no conselho, se mexer com a minha família pode acabar de joelho, não tem problema algum não tô querendo briga só se mexer com a minha família, então se liga”. Em relação a esse caso, foi trabalhado com a família o ideal de perfeição que não dava espaço para Júlio constituir-se como sujeito. Júlio enunciava a posição na qual se sentia alienado ao imperativo familiar de vir a ser o que falta para completar o ideal de perfeição familiar, nem que isso custasse sua própria morte subjetiva.

Formulo a hipótese de que, pela caracterização das toxicomanias de suplência, o lugar que ocupa o uso de drogas é de sustentação de um possível *Sinthoma*. Para isso, deve supor-se que, na falta de um elemento, o quarto elo do R. S. I. (Real, Simbólico, Imaginário) – o *Sinthoma* –, o “tóxico” entra, então, como suplência.

Cabe aqui ressaltar que, se a toxicomania é o que está sustentando o *Sinthoma* que organiza a vida psíquica do paciente, neste sentido, toda intervenção deve cuidar para não dissolver a função da toxicomania antes que algo possa articular-se no lugar. O *Sinthoma* deve ser escutado, considerado, mas não suprimido. A orientação para a abstinência poderá produzir tal desestruturação, que a resposta pode ser uma crise ou um surto, indicando que os significantes que estavam amarrados pelo *Sinthoma* do toxicômano passam a correr descoordenadamente em todas as direções. Melman (1992) havia alertado para o perigo da abstinência brusca no tratamento do alcoolismo, porque exporia o paciente a uma situação crítica de desorganização psíquica.

Veremos a seguir algumas especificidades a mais dessas toxicomanias.

UM PROBLEMA DE BORDAS:

A BASE MELANCÓLICA NAS TOXICOMANIAS

Frente ao alarde que causam os movimentos sintomáticos toxicomânicos, representados através de atuações, situações de risco, errâncias, acidentes, criminalidade, muitas vezes, deixa-se de observar o fundo melancólico que se encontram nestas tenta-

■

tivas orquestradas que ludibriam a escuta e se ensurdecem para a desilusão e a apatia frente aos ideais que o toxicômano sofre.

São os relatos da vivência de um imenso vazio, episódios depressivos, anulação de si mesmo, o desinvestimento em interesses, que indicam que é frutífero fazer uma aproximação da melancolia com a toxicomania, principalmente em relação a toxicomanias mais graves.

Vários autores associam a toxicomania tendo como função o enfrentamento de um quadro de melancolia (Hassoun, 1994; Bittencourt, 1994). Havendo uma impossibilidade de realizar um luto, a toxicomania serviria de suporte para esta espera, para este impasse. Com essa concepção concorda Burroughs (1984) que afirma:

“Você se vicia em entorpecentes quando não tem motivações fortes que apontem para outras direções. A droga pesada ganha por desistência” (p.15).

Como vemos, o sujeito retrocede nos seus investimentos; ao desistir deles, a droga se encaixa porque é fácil o acesso e o resto, a droga dá pela alucinação ou fantasia.

Faço uma aproximação entre o processo melancólico e o processo toxicomaniaco, porque é possível que algumas formulações do primeiro possam ser transpostas para o campo das toxicomanias, avançando tanto no que tange à origem, como nas conseqüências das toxicomanias.

A melancolia situa sua problemática no *estágio de espelho*, quando teria ocorrido uma interrupção brusca nesta operação, que impediu que a mãe reafirmasse à criança o que vê no espelho e a reconhecesse pelo seu nome.

Que conseqüências recaíram sobre o narcisismo primário, o esboço do eu, pelo fato de não ser olhada e não poder olhar-se?

Se a imagem especular é o que oferece à criança a imagem intuitiva do seu próprio corpo e da relação de seu corpo com o mundo, em que estatuto se mantém o corpo, nestes casos?

Por enquanto, posso situar que, na melancolia, há uma patologia da relação ao objeto do desejo, tendo como conseqüências a não-constituição do objeto.

O poema de um paciente toxicômano, em tratamento em uma instituição há um ano, oferece-nos algumas “pistas” sobre esta conexão entre melancolia e toxicomania:

“Deitado sorvia a goles rípidos
Sangue quente.
Em longas gargalhadas,
Debruçado sobre corpos sem vida...
Entrara ali não fazia um ano.
Já era hora de sair.
Não tinha ninguém,

Estava só.
Levantou-se. Foi até a janela.
Cuspiu nos transeuntes.
Estava só. Sofria.
Suas carnes doíam,
Um cheiro ocre invadia seu ser. Não tinha nada
Não tinha ninguém”

Pelo fato de não se ver inscrito no desejo do Outro, identifica-se com um nada, um “resto” fora da cena, não é objeto de nenhuma troca subjetiva. Essa posição subjetiva é de inibição, nos termos que Freud (1980) formula como uma interrupção brusca de uma função no momento em que ela iria efetuar-se. Essa interrupção de função impede a constituição de um objeto e, por consequência, impede a emergência do desejo. O melancólico, diz Lambotte (1999), não consegue constituir um eu, um objeto, porque não teria a quem endereçá-lo. Este rompimento se dá em direção ao Outro, fazendo retornar sobre si uma energia que escavará um vazio profundo. A mesma autora indica, com outras palavras, que o que se repete no sujeito melancólico é a operação de queda: um corpo sem moldura e um pensamento sem limite.

É nesse sentido que reconheço nas toxicomanias de suplência a dificuldade de consolidar uma imagem de si e a exposição a um gozo sem limites, no qual os toxicômanos se precipitam.

Outros aspectos da melancolia, que podemos transpor para as toxicomanias estão em relação ao que é feito da castração. O melancólico adoece justamente tentando escapar dela, alerta-nos Lambotte. É pela castração que ele significa o real, desde a origem, por isso não tem o menor interesse ou possibilidade de investimento.

O não-investimento se justifica porque todos os objetos se equivalem, não há um que o seduziria, uma vez que antecipa a desilusão que o objeto lhe causará. Agora, porque não distingue um objeto de outro?

Pelo fato de que o objeto α , diz Lambotte, ao qual se identifica está enovelado no vazio da castração primordial, deixa de suscitar o desejo, barrando definitivamente o campo de investimentos. Portanto, ao escapar do complexo de castração, o sujeito melancólico cai numa perda maior e irremediável de algo que não tem representação.

Que movimento seria este de o sujeito melancólico chegar a investir na droga?

Do lado da toxicomania, chama a atenção o fato de o toxicômano eleger a droga como o equivalente geral de todos objetos, deixando de fazer outros investimentos, como se estivessem destituídos de valor. Enquanto a droga, além de dar prazer, produz o Efeito, o toxicômano se mantém ligado a ela, a montagem toxicomaniaca está funcionando. A partir do momento em que o Efeito se torna intolerável de ser sustentado, o toxicômano passa a não obtê-lo mais como forma de proteção ao que este Efeito significa em relação à plenitude do desejo, ao horror do desejo.

■

Pode-se pensar que, na toxicomania, assim como na melancolia, há uma tendência à equivalência dos objetos e que a droga tem valor positivo enquanto é possível desfrutar do seu Efeito. E, como decorrência, é possível formular que o toxicômano se desilude em relação à droga, e todos os objetos voltam a se equivaler, retornando à posição melancólica de origem?

O toxicômano, no percurso de sua dependência, quando se desilude de seu investimento na droga, acaba por identificar-se com ela na posição de refúgio, de resto, de lixo. Seria esse o “fim de linha” ou o “fundo do poço”, como eles referem? Mas esta posição pode muito bem sempre ter estado presente, desde a origem do sintoma toxicomaniaco, levando a episódios em que a ilusão estaria em alta (chamada lua-de-mel); depois, ocorreria uma habituação (física e psíquica) para voltar a uma posição inicial de desilusão frente ao mundo e frente ao Outro.

Hassoun (1996) faz uma aproximação bastante consistente da melancolia como origem da toxicomania.

Citarei a seguir dois exemplos que se avivaram na minha memória, referentes ao elemento melancólico que ficava subsumido enquanto se amplificavam os atropelos causados pelo uso de drogas nas toxicomanias.

Juarez, usuário de crack, relata que perdeu a mãe aos 6 anos e, em consequência disso, os familiares o deixaram de lado, “como se fosse uma pessoa que não tivesse sentimento”, diz ele. Refere que começou a usar drogas com 8 anos e que seguia sentindo-se “jogado de lado”, pois os familiares diziam que criança não entende nada. Não estava claro na sua lembrança o episódio da morte de sua mãe. Foi ao longo do tratamento, através de dinâmicas grupais e do atendimento individual, que resgatou a lembrança de situações do tempo em que sua mãe morreu.

Luiz Fernando, usuário de cocaína injetável, diz ter nascido praticamente morto, enforcado pelo cordão umbilical. Seu pai, militar, deu-lhe uma educação rígida e dizia: “homem não chora, não perde”. Pois Luiz Fernando perdeu muitas coisas na vida: sua avó morreu no período em que estava vivendo com ela e ele julgava essa morte uma traição; o tio (sua referência) foi morto; morreu uma de suas esposas em um acidente em que dirigia sob o efeito de drogas e hoje, o fato de ser soropositivo, assim como um de seus irmãos, complementa sua lista de perdas. Qual a resposta que Luiz Fernando oferece à mensagem paterna? Os fatos de sua vida estariam a serviço de desbancar ou confirmar um saber paterno?

Nos casos acima, o “tóxico” se presentifica nos sujeitos, não permitindo que eles se enfrentassem com o enigma de uma ausência, o que lhes impediu de saber *que perderam e o que perderam*, não podendo constituir um objeto e realizar um luto. Estão confrontados com um impossível que tende a anular a perda que, mesmo faltando na série significativa, está excessivamente presente.

As formulações de Hassoun (1996) auxiliam a tornar mais claro que, nesses

casos, o lugar da operação de *farmakon* é de um significante no real, que o sujeito insiste em incorporar, na esperança de que o significante se inscreva simbolicamente. Essa operação é também um auxílio para sua posição de espera, espera de que algo simbólico se inscreva no lugar de um significante ausente, aquele que se refere à perda.

O que o toxicômano não cessa de escrever é a posição de resto, que ele representa, quando está completamente identificado com a droga, na sua versão de impotência. O toxicômano expõe-se como refugio, como se, através desse resto, fosse a única forma de falar algo ainda de seu desejo.

Para Hassoun (1996), “o toxicômano não é merda, ele toma a merda (droga) para primeiro sentir-se rei, e para terminar em seguida por confundir-se totalmente com o que introduz em seu corpo” (24). A proposição do autor é que o toxicômano não almeja a morte, mas sim aponta para a podridão, o refugio, o resto, em sentido lacaniano.

Os dois autores, Lambotte e Hassoun, concordam com o fracasso no estágio do espelho em relação à melancolia. Lambotte fala em suicídio do objeto e Hassoun fala que o assassinato da Coisa (*das Ding*) não se realizou completamente. Lacan (1997) refere que a Coisa é o que está desde sua origem radicalmente estrangeira, inassimilável, designada como ausência ou buraco. A Coisa é o objeto primordialmente perdido, para sempre, mas nunca completamente, porque se tratará sempre de reencontrá-lo. A Coisa é a mãe primordial, arcaica, apontada pelo incesto.

Poderia afirmar-se que a sublimação seria uma forma de elevar o “tóxico” ao estatuto de Coisa, interditado, impedindo o sujeito de realizar o gozo do Outro?

Diz Hassoun (1996) que o objeto, na sublimação, não precisa ser mudado e sim que se mude de meta. Isso quer dizer que, na toxicomania, mesmo que permaneça o uso de drogas, para que se possa considerar que houve alguma sublimação, será necessário constatar que, se anteriormente a droga era utilizada como um fim em si, agora ela poderá ser usada como um meio para viabilizar outros investimentos.

Se a toxicomania foi, para o melancólico, uma tentativa de construção de uma ilusão, de constituição de uma imagem, de uma identidade pela designação “sou toxicômano”, pode-se constatar de antemão que esta tentativa é fracassada, pois ele acaba encontrando-se repetidamente com o resto, o corpo real. O que se pode fazer é nortear a direção do tratamento com a questão: como abrir mão da desilusão para construir uma ilusão viável?

COMO ABORDAR AS TOXICOMANIAS DE SUPLÊNCIA?

Entre as toxicomanias de suplência, encontramos sujeitos com um prejuízo na relação primária com Outro, frente a que, alguns cuidados no estabelecimento transferencial serão necessários. A principal ambição do analista, será de “escavar o leito de uma palavra” (Le Poulichet, 1990, p. 189). O toxicômano não é responsável pela sua palavra: assim como enuncia uma demanda, logo a anula. Isso porque, para ele, a

palavra tem um peso tóxico, mais do que cumpre uma função identificante. Esta forma de relação com as palavras expõe o paciente a uma transparência, frente a que, seus pensamentos poderiam ser captados sem precisar falar. Este mesmo fenômeno impede o paciente de pensar em segredo e falar livremente, pois estaria sempre extremamente preocupado com os efeitos do que pensa e fala, pois todo mundo teria acesso aos seus pensamentos. Na relação transferencial, podem constatar-se duas tendências: a de que o analista seja um bobo, porque não vê nada, mesmo que esteja tudo tão evidente para o paciente, ou, no outro extremo, que seja um telepata.

Exemplo: João não se permitia falar do pai ou da companheira, em análise, porque isto significava romper com a fidelidade estabelecida com eles. Falar sobre a relação com eles tinha uma equivalência de expô-los no espaço terapêutico, portanto, era também a forma encontrada de preservá-los e de protegê-los da sua própria agressividade?

Desde a posição melancólica, a dificuldade de o toxicômano empreender um tratamento se localizará nos seguintes aspectos que podemos antever: se o luto pelo “tóxico” não se realiza, constata-se a manutenção de uma posição melancólica que tem como maior conseqüência a inibição, com perdas na vida pulsional, levando a um empobrecimento extensivo a todo o psiquismo. O processo melancólico desencadeou uma dependência de drogas e reaparecerá no momento de fazer o luto do “tóxico”. Neste sentido, o que ocorreria frente ao vazio deixado pelo “tóxico” é que o paciente não subtrai sua libido do “tóxico” e não a desloca para outros objetos. Na falta do “tóxico”, ele poderia permanecer em uma posição de desesperança, enquanto a libido seguiria retraída ao eu e identificada com o objeto perdido.

O investimento nesse paciente demandará alguns cuidados essenciais:

Primeiro, o analista procurará evitar oferecer-se como destinatário de um depósito ou carga que o paciente queira destinar-lhe, nos termos propostos por Le Poulichet (1990), pois essa entrega consiste em um objeto de gozo favorecido pela produção de um objeto alucinatório (“tóxico”), enquanto o próprio toxicômano desaparece.

Segundo, há um tempo necessário a ser considerado para que, a partir do “jogo” de presença-ausência, no sentido do “*fort-da*”, o corpo possa ser colocado em palavras, podendo ausentar-se à medida que entra em uma cadeia simbólica – para uma efetiva separação de corpos.

Terceiro, é preciso verificar de perto as condições em que a palavra e o “tóxico” se articulam e quais as conseqüências que podemos antecipar dessa toxidez. Há nessas toxicomanias um medo de perder-se, e o analista não pode desprender-se rapidamente do lugar de objeto para relançar outros trajetos do desejo e outros dizeres.

Quarto, a necessidade de recuperar a esperança na relação transferencial se dará pela reconstrução de um Outro que inscreva um lugar de desejo para o paciente.

Quinto, a partir dessa reconstrução do Outro, na transferência, pode-se viabilizar que um enigma venha a produzir a interrogação sobre o que o Outro quer dele. O

analista, deve poder criar um “*da*” a partir de suas próprias representações, quando o paciente oferece nada mais que um “*fort*”.

Sexto, o trabalho preliminar permite um maior engajamento do paciente, se contar com a participação da família.

Em síntese, o trabalho com essas toxicomanias se processa a partir do reconhecimento da clivagem, pela construção de um objeto de desejo que permita sustentar uma castração simbólica e não mais, real. Aqui as bordas corporais precisam, fundamentalmente através de “costuras”, ser definidas, compostas, construídas. Acompanha-se a formulação de “necessidades”, traduzindo-as em demandas provisórias ou ortopédicas, mas que permitam ao paciente ir compondo um objeto de desejo.

Torna-se essencial recompor com o paciente uma ilusão viável, em um trabalho “arqueológico” de rastrear pequenas indicações que evidenciem desejo, em um sujeito que se vê identificado ao quase nada. Pelo fato de considerar-se “quase nada” (isto já é alguma coisa), encontra-se uma estreita brecha por onde é possível alavancar o trabalho terapêutico.

A direção do tratamento, nesses casos, visará que, após reconstruído um objeto de desejo, assim como a constituição de um eu, torne-se possível que o luto do objeto para sempre perdido se inicie, a partir de uma transferência propícia para esse trabalho.

Buscando a colaboração de Lambotte (1999), ela nos diz que frente a tal organização psíquica é necessária uma prática analítica diferente daquela que se opera com os sujeitos neuróticos. Na falta de fragmentos de histórias e fantasmas que alimentam habitualmente o trabalho da cura, escutamos um discurso lógico que parece destinado a completar, a mascarar a falta que se inscreve na realidade de uma hiância que atrai o melancólico a uma vertigem permanente. Não se trabalha tentando “tapar buracos”, mas no sentido da formação de um pensamento que possa abrir o sujeito à enunciação, permitindo-lhe acessar seu mundo interior.

Freqüentemente, nesses casos, observa-se que, quando há alguma tentativa de construir algo, deparamo-nos com o risco de uma nova totalidade, pela ausência do amor que viabiliza o investimento em si mesmo. Isso porque, se alguém dirige algo ao toxicômano que se vê como “merda”, então é porque esse que o reconhece é um “merda” também, fechando, assim, sentidos e possibilidades.

Como nessas toxicomanias o “tóxico” favorece uma entrega total do sujeito ao Outro, o que poderia ocorrer através de qualquer outra estratégia, somente é possível propor uma substituição da droga, via transferência, através do próprio vínculo transferencial. De qualquer forma, todo o cuidado é pouco, para inicialmente não propor a abstinência, mas uma substituição, à medida que a transferência avança. Por exemplo, pode-se fazer uma substituição, aumentando o número de sessões, ou indicando a permanência em turno integral em um espaço terapêutico.

■

O ponto de corte e de interpelação nas toxicomanias de suplência, para que permita uma mudança subjetiva, não incide sobre o sintoma, mas sobre uma posição ética frente ao preço pago pelo gozo disponibilizado ao Outro.

O “tóxico” está sendo compreendido como um trauma que precisa ser inscrito, já que ocorreu a perda da ilusão precocemente, pela noção que o sujeito faz da fragilidade da integração de sua imagem que poderia fazer frente a um desamparo radical. Uma ressignificação da história singular é fundamental e não apenas a oferta artificial de um novo sistema de valores, como no caso dos tratamentos de orientação religiosa. Essa ressignificação levará a uma nova posição do sujeito na palavra, concomitantemente à instauração de novos itinerários simbólicos.

AS TOXICOMANIAS DE SUPLEMENTO

As toxicomanias de suplemento, por sua vez, referem-se, segundo Le Poulichet (1990), a formações de próteses narcísicas, que são buscadas para sustentar a imagem narcísica.

Suplemento, refere-se à “parte que se junta a um todo para ampliar ou aperfeiçoar ou aquilo que serve para suprir a falta, preencher quaisquer lacunas; complemento” (Mirador, 1976, p.1646).

A *operação farmakon* atesta a busca por uma insígnia fálica e de um reconhecimento que fracassa, por isso funciona como defesa secundária, objetiva amenizar a dor da castração – remete ao gozo fálico. Sua função é de formação de prótese narcísica, prótese do eu – *plus* fálico; é uma tentativa de enfrentar a discordância entre eu real e eu ideal com um Ideal de perfeição, driblar a castração, os efeitos da metáfora paterna.

O toxicômano confronta o pai pela insuficiência de sua própria significação fálica, já que a metáfora paterna é sempre falha, permanecendo um endereçamento ao Outro. Busca algo do qual ele julga estar privado e do qual os outros dispõem – falta-lhe um suplemento fálico imaginário, um incremento narcísico para não sofrer a castração; a droga seria uma tentativa imaginária de dar suporte ao toxicômano para a constituição de um ideal de eu.

Há um mapeamento simbólico do corpo, e a estratégia de buscar novas marcas recorrendo às antigas, a partir do recalque, serve para elaborar um novo corpo, como ocorre também na adolescência. São tentativas de inscrição de bordas diferentes (*plus* fálico para evitar o enfrentamento com a castração), sendo que essas novas marcas não apagam as antigas, aproveitam-se delas para a elaboração de um novo corpo.

Frente ao exercício de um saber, o toxicômano afirma e desmente a lei, na tentativa de fazer uma curva no gozo fálico (o perverso suspende o desejo ao identificar-se com o falo). Portanto, a operação de *farmakon* é uma forma transitória de organizar uma resposta às faltas e à perda, dando uma nova configuração ao vazio da depressão.

E AS TOXICOMANIAS DE SUPLEMENTO, COMO ABORDÁ-LAS?

Dentro dessa lógica, os toxicômanos estão preocupados em uma busca fálica, de reconhecimento, que precisamente fracassa. A *operação de farmakon* sustenta, então, esta dimensão de suplemento, que tem como consequência uma interrupção ou suspensão da pulsão e dos conflitos psíquicos.

No lugar da falta de objeto, foi colocado o “tóxico”; será necessário que o luto pelo objeto perdido seja finalizado, para que o toxicômano possa ressituar a droga em uma cadeia significativa e prescindir do “tóxico” como defesa secundária.

Nessas toxicomanias, diz Le Poulichet (1990) “a montagem toxicomaniaca pode ser rapidamente metamorfoseada se o analista não incorporar o alquimista que irá competir com a droga (...)” (p.178).

O essencial, para facilitar a transferência, é traduzir o uso compulsivo de drogas, que se encontra no registro de uma resposta necessária, em sintoma – como fonte enigmática de um sofrimento – permitindo que o paciente dirija suas queixas ao analista. Este giro coloca o paciente em uma nova posição em relação à sua palavra.

A transferência é preferencialmente simbólica, contudo há uma especificidade que se constata e que precisa ser considerada nesta abordagem. O paciente convoca o analista para que saia de sua posição, na esperança de que se abstenha, ou para criticá-lo, caso responda ao convite.

Como se trata de uma problemática edípica, todo o cuidado deve ser tomado para não reanimar um pai interditor, centrando a intervenção no reconhecimento de uma função paterna. Para isso, será necessário debruçar-se sobre as possibilidades de resolução do Édipo, criando as condições para que o paciente venha a admitir a castração, abandonando definitivamente a posição objetal para transformá-la em identificação. Diferentemente das toxicomanias de suplência, que se precisa auxiliar na construção de um pai, aqui se trata de reconhecê-lo para resgatar a eficácia da sua função, reintrojetando uma autoridade, tomando-lhe emprestada a força necessária para que o próprio paciente possa erigir simbolicamente um obstáculo, momento no qual o “tóxico” perderá sua função de necessidade e aparecerá como um sintoma propriamente analítico.

Resgatar o ideal que foi depositado no “tóxico”, permitirá restituir ao sujeito suas próprias condições subjetivas, reabrindo a experiência da falta, na qual a pulsão volta a impulsionar-se em sentido espiral e não mais em um circuito fechado.

Nessas toxicomanias, além do tempo necessário para que cada aspecto seja trabalhado, modificam-se também os objetivos terapêuticos em relação às anteriores. Em um primeiro momento, não será tão necessário reconstruir um olhar, mas sim reafirmá-lo. Na direção do tratamento, empreender-se-á que um trabalho de luto do “tóxico” chegue a termo e, conseqüentemente, permita a criação de representações diversificadas do objeto para sempre perdido. Tendo em vista que o objeto está constituído, mas denegado pelo paciente, um trabalho maior se centrará no tempo de compreender: isso

■

porque é muito mais cômodo lidar com o “tóxico” que falta, do que lidar com a falta propriamente dita, que remete à angústia. É possível ir rastreando os indícios que delineiam esse objeto, para recolocar o sujeito na trilha do seu desejo.

As bordas e as marcas que escrevem uma história singular estavam apenas encobertas, por isso, é preciso desnudá-las para que o paciente passe a reconhecê-las e a contá-las em sua historização.

O ponto de corte e de interpelação nas toxicomanias de suplemento, para que permitam uma mudança subjetiva, não incidem sobre o sintoma, mas sobre uma posição ética frente ao preço pago para escapar da castração.

Cabe ressaltar que o risco maior ocorre quando o paciente é confrontado com um impasse: ou o tratamento ou a droga. Considerando a alienação que o paciente vive em uma operação de *farmakon*, esse impasse significará uma ameaça frente à qual ele procurará proteger-se com o que já conhece, em geral, o “tóxico”. Nas toxicomanias de suplência, esse impasse pode levar a uma passagem ao ato no qual o paciente sai da cena identificado com objeto “a”, pois não há mais um Outro destinatário de seu ato. Nas toxicomanias de suplemento, esse impasse pode levar a um *acting out*, na tentativa de demonstrar que o analista saiu de sua posição de abstinência ao competir com a droga.

AFINAL O QUE É POSSÍVEL ESPERAR NO HORIZONTE DESSES TRATAMENTOS?

Trabalha-se no sentido de que o paciente possa deslizar de uma posição necessária e de defesa, representada pela operação de *farmakon* para uma outra contingente, pois a “demanda contra a qual essa defesa operava era uma inchação” (Calligaris, 1986, p. 69).

A consequência deste giro é que o paciente não fica mais disposto a pagar qualquer preço por sua inibição ou seu sintoma, diminuindo tanto os riscos de vida quanto os riscos de morte subjetiva. Uma decorrência a mais desta mudança subjetiva é a de permitir ao sujeito produzir atos verdadeiros. Significa que o sujeito possa reconhecer-se, produzido por um significante novo, que foi ressoado ao longo de seu tratamento, permitindo fazer ou refazer um Pai.

Considero que esses efeitos sejam duradouros na subjetividade, mesmo que a relação com a droga possa ser instável, nos diferentes momentos de vida. Como não havia assinalado anteriormente, e ainda há tempo, o que está sendo proposto é um trabalho preliminar que prepara as condições e pode encaminhar o paciente para uma efetiva demanda analítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BITTENCOURT, L. (org.) *A vocação do êxtase – uma antologia sobre o homem e suas drogas*. Rio de Janeiro : Imago Ed./UERJ, 1994.
- BURROUGHS, W. S. *Junky*. São Paulo : Ed. Brasiliense, 1984.
- CALLIGARIS, Contardo. *Perversão – Um laço social? (Conferência) e Introdução a uma clínica psicanalítica (Seminários)*. Salvador : Cooperativa Cultural Jacques Lacan, 1986.
- FREUD, S. Luto e Melancolia. (In: *A história do movimento psicanalítico*). Edição standart das obras psicológicas completas de Freud. Rio de Janeiro : Imago, v. 14, 1980.
- HASSOUN, J. *La crueldad melancólica*. Rosario : Homo Sapiens Ediciones, 1996.
- LACAN, J. *Escritos (1966)*. Rio de Janeiro : Zahar, 1998.
- LACAN, J. *Complexos familiares (1984)*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor, 1987.
- LAMBOTTE, Marie-Claude. *O discurso melancólico*. Rio de Janeiro : Companhia de Freud, 1999.
- LE POULICHET, Sylvie. *Toxicomanías y psicoanálisis - Las narcosis del deseo*. Buenos Aires : Amorrortu Editores, 1990.
- MIRADOR INTERNACIONAL. *Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa*. São Paulo : Companhia Melhoramentos de São Paulo, v.1-2, 1976.
- MELMAN, C. *Alcoolismo, delinqüência e toxicomania : uma outra forma de gozar*. São Paulo : Escuta, 1992.
- OCAMPO, E.V. *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Buenos Aires : Piados, 1988.
- PETIT, P. Função paterna e toxicomania. In: OLIEVENSTEIN, C. (org.). *A clínica do toxicômano*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990.

O SUPEREU NAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA E NA MELANCOLIA *

Liz Nunes Ramos **

RESUMO

Partindo da afirmação freudiana de que a melancolia é uma afecção do narcisismo e se refere a um conflito entre o eu e o supereu, o texto aborda as diferenças na constituição do supereu nas neuroses de transferência e na melancolia enquanto neurose narcísica. Interroga principalmente as conseqüências psíquicas da fragilidade na constituição do eu e de ideais do eu, submetidos à ferocidade das demandas superegóicas, de realização de ideais impossíveis, derivados não da simbolização da castração materna e infantil, mas de um imaginário materno, não submetido à inscrição da castração.

PALAVRAS-CHAVE: *supereu; ideal do eu; identificações; melancolia; neuroses narcísica*

ABSTRACT

Taking Freudian's assertive that melancholia is a narcissistic affection and refers to a conflict between the ego and the superego, the text approaches the superego's constitution differences in transference neuroses and melancholia, while a narcissistic neurosis. It questions mainly the psychic consequences of a fragility in the constitution of the ego and of the ego ideals, submitted to the ferocity of the superego demands, of impossible ideals fulfillment, derived not from a maternal castration symbolization, but from a maternal imaginary not submitted to castration inscription.

KEYWORDS: *superego; ego ideal; identifications; melancholia; narcissistic neurosis*

* Trabalho apresentado no dia 29 de setembro de 2001, na Jornada "Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica", organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil.

** Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

■


No clássico texto “Neurose e Psicose”, Freud (1924) situa a melancolia como um conflito entre o eu e o supereu. A neurose expressaria um conflito entre o eu e o isso, e as psicoses, entre o eu e a realidade. Essa passagem nos levou a tentar clarear que conflito seria esse, que diferenças se colocariam na relação do neurótico e do melancólico com o supereu, principalmente na medida em que o supereu deriva, em grande parte, do narcisismo infantil. Freud situa a melancolia justamente como neurose narcísica, como afecção do narcisismo.

Uma das principais passagens freudianas sobre o supereu está no texto “O eu e o isso” (Freud 1923), quando ele reporta a origem do supereu e do ideal do eu às identificações que chamou primárias, com os pais da pré-história pessoal, efetuadas na mais primitiva infância e destaca os seus efeitos gerais e duradouros (já enunciado anteriormente em Freud, 1921, “Psicologia das massas e análise do eu” – cap.VII). Ele não se estende em muitos comentários sobre essas identificações, destacando apenas que são diretas e imediatas, seguem o modelo da incorporação oral canibalística e situa nelas um ponto de origem da estruturação do eu. Nesse mesmo capítulo, Freud também menciona as identificações secundárias, que chamou regressivas por serem um precipitado no eu dos investimentos objetivos abandonados do Complexo de Édipo, do qual o supereu e o ideal do eu serão os herdeiros finais. Identificações estas que dão continuidade ao processo que se iniciou com as identificações primárias. Posteriormente, o supereu incorporará ainda as contribuições de educadores e representantes da cultura, num terceiro momento de sua constituição, que corresponderia ao chamado supereu “cultural”.

A pergunta que Freud (1914) faz em “Introdução do Narcisismo”⁴ me parece interessante para lembrar como as coisas ocorrem nas neuroses. Ele se pergunta: como se erige dentro de cada um este ideal em relação ao qual se mede o eu atual, ou seja, como chega a se diferenciar no interior do eu essa instância que avalia, critica e mede o eu em relação ao ideal?

De início, ele diz que o eu ideal é resquício da primeira infância e porta toda a perfeição do narcisismo primário. Irá tomar uma nova forma, modificado e acrescido pelo ideal do eu, através do qual, o sujeito buscará reencontrar as satisfações narcísicas que é incapaz de abandonar. A estimulação para a formação do ideal do eu parte da influência crítica dos pais, influência que sabemos serem da ordem dos interditos simbólicos. A formação de um ideal do eu que substitua ou altere as expectativas narcísicas do eu ideal é a condição para a ocorrência do recalçamento das escolhas edípicas.

Freud apresenta a instalação do supereu como efeito do recalçamento e como exemplo bem sucedido de identificação da criança com a instância parental, dizendo que é como compensação pela perda dos objetos edípicos enquanto objetos ideais, que a identificação se intensifica, recortando traços desses objetos, principalmente dos objetos pulsionais voz e olhar. Traços que, sob forma de resíduos, de um precipitado no



interior do eu, permitirão o abandono das figuras reais. É representando essas figuras no interior do psiquismo, através dos traços, que elas são interditadas, permitindo o abandono das primeiras satisfações narcísicas. Após ter incorporado o interdito paterno e as restrições culturais, o supereu se afasta mais e mais das figuras parentais originais, tornando-se impessoal; essa impessoalidade corresponde à internalização da lei de interdição das escolhas incestuosas. O narcisismo primário sucumbe à medida que toma forma o ideal do eu que, ao mesmo tempo que interdita os desejos incestuosos, também abre as possibilidades de sua substituição. Os temores da perda do pênis ou do amor, que caracterizam o Complexo de Édipo ou o que Freud chamou Complexo de castração, passam a ser vivenciados como temor frente ao supereu, isto é, como angústia moral frente às suas exigências e punições.

Nos movimentos edípicos, ocorre a operação que permite a inscrição do sujeito como desejante no campo das neuroses, operação que Lacan nomeou como a inscrição da metáfora paterna e que ocorre por substituição da demanda materna inicialmente dirigida à criança, pelo significante do Nome-do-pai, mediante uma introjeção significativa que permite ao sujeito situar-se em relação a parâmetros que chamamos simbólicos, sempre paternos, a partir de um lugar interditado, perdido. Ou seja, se há neurose, se há transmissão de um lugar desejante, se há trânsito possível do sujeito na economia fálica, referenciando-se a ideais na busca de satisfações, é porque houve o confronto à castração e simbolização da lei de interdição do incesto.

É importante notar que tais identificações regressivas, que ocorrem pelo recorte de traços representativos dos objetos ideais, levam o supereu a ordenar algo como: “Você deveria ser assim...” (como seu pai, segundo seus traços), mas, por ser o supereu também uma formação reativa contra as escolhas incestuosas, ele também ordena algo como: “Você não pode ser assim...” (como seu pai). Este duplo aspecto, dá ao supereu seu viés protetor (você não pode) e também sua inclinação de mandato, de imperativo categórico (Você deve..., goze!), dividindo o neurótico no conflito que lhe é peculiar: ceder ou não ao imperativo de gozo? Nesta divisão circula o desejo, expressando-se como interdito, ou mesmo como imperativo, o que não se representou enquanto desejo.

O desejo, então, quer se apresente como desejo de desejo insatisfeito (na histeria) ou como desejo impossível (na neurose obsessiva) enquanto defesas ao enigma do desejo do Outro, só será possível pela via do luto das figuras parentais, constituindo a impossibilidade desse luto uma questão recorrente para os neuróticos, entretendo eles, com os ideais do eu enquanto propiciadores e com o supereu enquanto impedimento, relações complexas e tensas. Quer prevalecendo, como na neurose obsessiva, uma relação com o supereu severo, tirânico, mais impessoal, que exige renúncias e inclina toda realização de desejo à conexão com a culpa, ou prevalecendo, como na histeria, uma tentativa de subversão do poder do supereu (tanto quanto do mestre), para fazê-lo reinstalar-se tão logo tenha sucumbido, e de novo oferecer-se como objeto eleito,

compondo a máscara irrecusável de um ideal que escaparia ao horror da castração, de toda maneira, nas neuroses, trata-se de defesas contra o imperativo de gozo, e é de um sujeito às voltas com o desejo que se trata. O interdito permite, em ambos os casos, organizar e relançar o desejo, atualizando sempre uma expectativa de satisfação e um imperativo de gozo que mantêm o sujeito numa tensão que podemos dizer vital, que lhe permite viver dividido entre a renúncia e a busca, dois pólos que são efeitos do recalque. Lacan destaca esta aberração do funcionamento psíquico do homem (neurótico): o homem está condenado ao dilaceramento, dividido entre a busca de seu bem-estar e o imperativo que o obriga a perseguir um gozo impossível, que ele só atinge através da dor. Este é o efeito radical da divisão do sujeito pela linguagem.

Até aqui salientei o andamento das neuroses, para atualizar elementos que nos permitirão nortear o raciocínio em relação ao que vemos ocorrer na melancolia. Não comentarei as peculiaridades da constituição do supereu nas mulheres, por não ser a preocupação central desta elaboração, embora a temática mereça uma indagação cuidadosa em torno das especificidades apontadas por Freud.


Quanto à melancolia, perguntamo-nos, desde já, se o melancólico se confronta com este mesmo enigma do desejo do Outro, com a mesma injunção, e se lhe resta o mandato discordante. Neste caso, precisaremos deter-nos mais na constituição do chamado supereu arcaico, e não no edípico, que abordamos até aqui. Retornemos, então, às identificações primárias, pois aí talvez possamos situar um esboço de diferença, quanto ao conflito com o supereu, entre as neuroses de transferência e a melancolia.

A afirmação freudiana de que as identificações primárias são diretas e imediatas é um tanto enigmática. Sempre ficam dúvidas sobre o que seria esse direto e imediato, mesmo que Freud esclareça estar-se referindo ao fato de não serem consecutivas a um investimento objetal. Quer dizer, elas são anteriores e não, regressivas. Mesmo assim ficam perguntas sobre essas identificações “não mediadas”.

Alan Didier Weil (1997) se aproxima, a meu ver, de um esclarecimento, quando define o supereu arcaico como “olhar injuntivo ... que o sujeito só atesta porque lhe é impossível contestá-lo”, estando implicada nesse olhar a característica de injunção medúscica, que produz no sujeito uma espécie de captação, de fascinação. Essa fascinação equivaleria ao silêncio absoluto, à ausência do desejo, a uma entrega aos movimentos das pulsões escópica e invocante.

Este primeiro tempo das identificações primárias relativas ao recalque originário, além de ser essencial para o futuro neurótico, precisa seguir este modelo da captura pelo olhar do outro, materno, representante do Outro, olhar que porta o que esse sujeito representa para o casal parental, mais especificamente para a mãe.

Se o sujeito aí não pode recusar-se, evitando a captação nesse olhar, perguntamos: o que demanda esse olhar injuntivo do primeiro tempo de constituição do supereu? Parece tratar-se da demanda de que o sujeito se identifique ao que o outro diz ser o



sujeito. Esse olhar e também essa voz que demandam algo que o sujeito desconhece, designam um lugar na economia fálica na medida em que dizem “tu és isso...”. Com esta afirmação aponta-se, simultaneamente, um ponto de falta relativo à castração do casal e uma possibilidade de o filho equivaler, pelo menos imaginária e momentaneamente, ao que responderia a essa falta, ao falo. Trata-se, para o pequeno sujeito, de uma possibilidade ilusória, mas que compõe seus rudimentos narcísicos, aqueles que constituirão o esboço do eu ideal. Mas não se coloca uma escolha em relação a ocupar ou não esse lugar, não é possível uma aquiescência consentida, tampouco uma recusa. Na verdade esse momento lógico veicula duas impossibilidades que estão articuladas. A primeira é a de dizer não a essa injunção, que demanda identificação ao que preencheria a falta, ao falo, injunção que funda um primeiro esboço do que poderá vir a ser nosso lugar de sujeitos. Trata-se, portanto, de um imperativo absoluto enunciado pelo outro/Outro, não identificável ainda à censura, imperativo que então é encarnado não pela mãe, mas por quem desempenha a função materna. Rassial (1999) chama a esta figura de Mãe primordial, posto que se trata de uma função ainda não assimilável à mãe especularizável do estágio do espelho. Trata-se de uma alienação primordial a um significante advindo do Outro, de alienação a esse olhar que visa a criança enquanto falo, não ainda enquanto portadora de uma imagem singular.

Didier salienta que o que veicula esse olhar, esse primeiro tempo de inscrição de uma afirmação primordial (o “tu és isso...”), é um saber sobre o ser do pequeno sujeito, saber que se apresenta como absoluto, não por obra de uma consciência materna maligna, embora possamos dizer que se trata mesmo de uma maldição. Essa maldição se refere à segunda impossibilidade, tão fundadora quanto aquela de não poder furtar-se ao olhar injuntivo. Este “julgamento” sobre o sujeito, “tu és isso ou aquilo...” veicula um “mal dizer”, uma verdade que não pode ser dita toda, que circunscreve o pequeno ser num “tu és *apenas* isso...”, visto que, esta é a segunda impossibilidade, esse sujeito não poderá ser tudo para o outro. Ele poderá no máximo responder a um certo recorte que fazem seus pais, daquilo que lhes falta. Esta verdade, não inteiramente recoberta pelas palavras, sempre será “mal dita”, segundo Didier, e constituirá o ponto enigmático relativo ao recalque primário, independente dos afetos que possam acompanhar a castração dos pais, sejam eles afetos de tolerância, amor, insatisfação, impotência ou de desafio à tal condição de falta, essa verdade será “mal dita”, embora não necessariamente maligna.

Interessa-nos destacar a questão de que esse primeiro tempo confere à função materna um lugar central e seu tanto de onipotência, menos por estar aí, encarnada na mãe, a potência relativa à posse fálica de um objeto que corresponderia à sua castração – posto que esse objeto logo mostrará sua fragilidade – mas por ela encarnar para seu filho um saber absoluto sobre o seu ser. Além do fato de depender dela a satisfação das necessidades e o reconhecimento que ela pode conferir ou não à imagem do espelho,

para a criança, a onipotência materna deriva também de seu saber e desejo sobre o filho. Sua grandiosidade parece mais derivar da captura, essencial posto que constitutiva, do pequeno, no saber e desejo maternos, veiculados em seu olhar e voz. Eis porque esse olhar se mostra fascinante, criando a ilusão de ausência de interdições simbólicas, de relações diretas.

Este ponto da captação, da fascinação, surge como essencial para pensarmos a questão da melancolia. O momento lógico de recorte e inscrição dos objetos voz e olhar que compõem os rudimentos do eu, do qual vão diferenciar-se o ideal do eu e o supereu, ocorreu da mesma forma nos melancólicos? Teriam eles sido captados da mesma maneira que os neuróticos, pelo olhar e voz do outro/Outro e também pela própria imagem especular, carregada do tom, do acento especial, do poder de fascinação com a qual Lacan (1992) caracteriza essa imagem? Sabemos que, tragicamente, não foi assim que ocorreu. Algo dessa natureza não lhes foi propriamente possível, de forma a possibilitar a plena especularização com o semelhante. Fica claro, desde a formulação freudiana expressa em “Psicologia das massas e análise do eu”, que a constituição de laços duradouros depende da inibição das pulsões quanto a seus objetivos sexuais, mas, antes, passa pela captura imaginária, passa primeiro pela idealização do outro como modelo do que gostaríamos de ser, o que motiva os investimentos objetais e produz esta correspondência necessária, mesmo que ilusória, lançando todos os neuróticos nos enganos do amor.

Ora, o que pode ocorrer se, nesses primeiros tempos, uma criança não é investida falicamente pelo narcisismo parental, que no mesmo movimento de investimento, permite a circulação pulsional e a veiculação de sua castração? Seriam estas tomadas como ideal? Poderiam constituir-se como alvo dessa identificação direta e imediata? Seria possível à criança ter inscritas em seu corpo essas pulsões, apoiar-se na voz e no olhar parentais, inicialmente mais os maternos, que devem sustentá-la, circunscrever e avaliar uma imagem de si que lhe permita ingressar no campo dos investimentos objetais; ou os pais do melancólico estariam de tal forma apartados, pelo menos na sua percepção, que só lhe restaria a referência a isso que eles visam e a criança não alcança? Sabemos que, na melancolia, não se trata de uma ausência de inscrições, mas há, nesse processo, uma peculiaridade, a ausência atroz do Outro.

Marie Claude Lambotte (1997), em seu livro “O discurso melancólico”, em paralelo com o comentário de que o arcabouço do eu deriva dos restos arcaicos advindos do ideal de eu da mãe, situa as dificuldades relativas à melancolia nessa faceta da problemática especular que vem dobrar-se nas construções edípicas, apontando uma diferença com as neuroses de transferência. Lambotte fala de uma condição diferenciada relativa à relação que a mãe do melancólico mantém com a castração, ao olhar que ela não lhe dirige, o que intervém na sua estruturação psíquica, produzindo dificuldades na estruturação do eu, que repercutirão na diferenciação do supereu e dos ideais do eu.

No cap. IX – O danos do ideal absoluto – ela diz que o melancólico viu levantar-se diante dele um ideal inacessível, perante o qual ele faz tentativas desesperadas para identificar no Outro primordial o seu desejo, a fim de tentar responder a ele e obter migalhas de reconhecimento. Mas a toda-potência do ideal materno é tão grande que, nas suas tentativas de identificação a esse ideal, a criança não encontra no olhar da mãe nenhum sinal de aquiescência, de benevolência, prazer ou reconhecimento.

O que resultaria dessas identificações primárias não seria uma identificação ao falo, mas ao nada, pois a criança estaria perante um olhar que não o tomaria como objeto possível, não lhe diria de forma injuntiva “ ‘tu és isso...ou aquilo...’ para a minha falta”, mas perante um olhar que visa e veicula imagens de perfeição às quais a criança não consegue corresponder nem com elas identificar-se. Na constituição deste esboço de eu, a criança não parece ter a possibilidade de ser o falo, ela introjeta não os resíduos de olhar e voz que, como traços unários, designariam um lugar de referência para ela, mas um ideal de perfeição inacessível. Ao dirigir seu olhar para um ideal que não inclui a criança, mas a traspassa, marca-se uma ausência do Outro, para essa função ninguém se apresenta, ninguém a sustenta, faltando assim o lugar do Outro como função essencial para que aquilo que não está no espelho venha ali a se colocar, permitindo que aceda uma imagem, suporte de identificação. A retirada prematura do Outro deixa um vazio. Na ausência de uma imagem é com esse vazio que a criança se identifica. Esta seria a peculiaridade que Lambotte salienta, marcando diferenças importantes em relação ao sofrimento nas neuroses.

Em lugar da identificação ao falo, surge a identificação ao nada, que constitui um eu ideal extremamente frágil, um narcisismo primário esburacado, inconsistente. A identificação ao lugar vazio deixado pelo Outro não deixa de ser uma referência simbólica, já que designa um lugar, mas numa lógica do negativo. Por outro lado, no Sem.VIII Lacan (1992) diz que o que caracteriza as identificações do ideal do eu, simbólicas, é que elas o são a traços isolados, únicos, e que cada um deles, por mínimo que seja, contém a estrutura de significante, e o traço introduz essa estrutura. Poderíamos pensar que, não sendo possível recortar esses traços do Outro, por sua ausência, a criança não teria acesso às identificações simbólicas que comporiam seu ideal de eu, permanecendo carente da estruturação pelo significante e refém das imagens de perfeição veiculadas pelo imaginário materno? Pois é o traço que marca esse caráter pontual da referência original ao Outro na relação narcísica, sendo o Outro o lugar de onde se constitui a perpétua referência do eu. Não coincidindo com o Outro, não interiorizando seu olhar por um traço que corresponda ao assentimento do Outro, o sujeito permaneceria ignorante de seus próprios traços, na dependência permanente do reconhecimento deles pelo outro, para a manutenção dos laços, o que, a princípio, deveria depender mais do reconhecimento da imagem de si pelo próprio sujeito. Nesse caso, a imagem de si se sustenta numa relação direta às imagens de perfeição enquanto referências absolutas a

serem buscadas, contudo, sem nenhuma aposta no encontro, ou no reencontro, que só a substituição significativa permite e tão bem define a neurose, uma vez perdido e simbolizado o objeto.

A questão das interdições que chegariam a organizar o desejo se coloca precariamente, pois, para a mãe, o seu lugar de origem não é perdido, logo, não pode ser transmitido a seu filho, por isso, os desejos não são sustentados pela interdição. Em muitos casos, o filho não pode existir para a mãe como algo que corresponderia à sua castração, em quem as esperanças dela seriam depositadas de forma afirmativa, justamente porque os ideais que estão em questão não veiculam algo da castração materna, mas do seu inconformismo com ela.

Mais do que os imperativos de um supereu que vigia e garante a busca de satisfações, resta na melancolia o confronto ao reinado exclusivo do ideal de eu materno, ou seus substitutos, e a impotência perante exigências que redobram o desamparo primordial. Não parece haver o viés protetor do supereu, que só surge das interdições internalizadas, nem mesmo os impedimentos neuróticos. Parece mais restar a colagem à posição de insuficiência, a fragilidade ou ausência de ideais singulares que não resultaram de uma representação de si e da representação da castração materna. Sem castração, nada de ideais, a não ser os impostos ou sustentados pelo Outro/outro, o que motiva que toda a ausência do semelhante seja sentida como abandono pelo ideal. Com tal falha nas representações, o processo identificatório permaneceria bloqueado por não ser possível tomar o semelhante como ideal, mas reconhecendo-se na posse de algo em comum com ele, para Freud duas condições essenciais da identificação.

De que natureza, então, seria o conflito referido por Freud, que o eu mantém com o supereu? O eu frágil se confronta com um supereu feroz, sádico, que cobra a realização de um ideal de eu inatingível, que não organiza as exigências pulsionais, posto que não se erigiu um ideal com força suficiente para operar o recalçamento, entregando o sujeito a um gozo sem tréguas. Tampouco constitui uma instância psíquica que tenha tomado forças ao pai para esboçar uma resposta viável à demanda materna, impedindo-se com isso a queda das referências absolutas. Não há defesas, não há divisões quanto ao gozo.

Em sua tristeza, o melancólico muitas vezes expressa um profundo cansaço, uma desistência. Ele se cansa de tentar inventar um pai que, por decaído que seja na modernidade, o neurótico representou psiquicamente, de início no que constituiu essa “forma de laço original com o objeto, com os pais tomados como modelos do que gostaríamos de ser” e, mais tarde, quando os abandonou e introjetou, via supereu e ideais do eu. Ao contrário do “Você deveria ser assim...”, ou do “Você não pode ser assim...”, o supereu, na melancolia parece dizer “Você não é”, talvez por isso, ao escutá-lo, com frequência nos fique a paradoxal impressão de que a única coisa que o melancólico verdadeiramente perde é o futuro, aquele que o ideal do eu veicula como promessa:

“Não és o falo, mas podes tê-lo”, ou “Quando cresceres, terás acesso a um gozo melhor”, etc. Promessa enganosa, posto que esse gozo será impossível, mas essencial para que a criança aceite as interdições e confirme seu ingresso no simbólico. Submetido a um ideal tão distante, o melancólico perde o que nunca teve, o futuro, a esperança de encontro com o que estaria por advir. “Você não é..., logo, Você nunca será...”. “Eu não sou ninguém, nunca serei”.

Um psicanalista não pode concordar com isso, mas também não pode responder voluntariosamente, presentificando uma reação maníaca, que seria apenas o avesso da questão em jogo na melancolia. Eis aí o campo de uma invenção que precisa ser conjunta, questionando a fatalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, Sigmund. *Neurose e Psicose* (1924). Rio de Janeiro: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 1977.

_____. *O eu e o isso* (1923).

_____. *Psicologia das massas e análise do eu* (1921).

_____. *Para uma introdução do narcisismo* (1914).

W EIL, A lanDidier. *Os três tempos da lei – O mandamento siderante, a injunção do supereu e a invocação musical*. Rio de Janeiro: JZE Ltda, 1997.

RASSIAL, Jean Jacques. *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 1999.

LACAN, Jacques. *A transferência*. Rio de Janeiro: JZE Ltda, 1992.

LAMBOTTE, Marie Claude. *O discurso melancólico*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 1997.

LUTO E MELANCOLIA

N A I N F Â N C I A *

Norma B. Bruner**

RESUMO

A autora propõe o brincar como formação do inconsciente por excelência, na infância, possibilitadora do trabalho do luto que a perda do objeto, necessária à inscrição do desejo, acarreta. A ausência do desejo de morte em relação aos objetos de amor equivaleria, na criança, à ausência do brincar, à ausência do desejo de ser grande, sendo um indicador clínico- diagnóstico da Melancolia infantil, com conseqüências graves na construção do psiquismo. Ilustram as suas proposições a apresentação de um caso clínico.

PALAVRAS-CHAVE: brincar clínico; desejo de morte; luto; melancolia

ABSTRACT

The author proposes 'play' as an unconscious formation of childhood par excellence, which allows the work or mourning required by the lost of the object, necessary to the inscription of wish. The absence of death wish related to love objects would equal, in the child, to the absence of play, of the wish to be a 'grown-up'. It would also be a diagnosis clinical signal of a child melacholia, with serious consequences to the construction of psychic apparatus. The article presents a study case which illustrates the author propositions.

KEYWORDS: play; death wish; mourning; melancholia

* Trabalho apresentado no dia 29 de setembro de 2001, nas Jornadas "Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica", organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil. Tradução de Karina Djambolakdjian Torossian; revisão da tradução por Sandra Djambolakdjian Torossian.

** Licenciada em Psicologia. Mestre em Psicanálise pela Universidade de Buenos Aires (em curso). Docente da Faculdade de Psicologia da U. B. A. Cátedra de Psicopatologia. Membro do Centro "Dra. Lydia Coriat" de Buenos Aires, Argentina.

■

A maldade não é um traço das crianças, uma vez que elas não são responsáveis pelos seus atos, nem perante o juízo do adulto nem perante a lei penal. Por essa razão, se escutarmos que uma menina de quatro anos diz: “Querida mamãe, quando tu morreres vou poder fazer tal coisa” (Freud, 1900a), não pensamos: “Que maldita!”, mas nos perguntamos o que é a morte para ela. Sem dúvida, a consciência moral, a compaixão, a ética, o sentido de culpa, é um ganho cultural a ser adquirido.

As crianças “desejam” a morte de todo aquele que se opuser à satisfação do desejo. Desde o seu egoísmo (a criança freudiana não é má, porém egoísta) não deixará “fantoche com cabeça”. Pais, mães, irmãos, amigos, analistas, terapeutas e brinquedos “cairão” caso atravessem seu caminho. Poderíamos dizer que, nos seus jogos, prepararam-se para a paz fazendo a guerra, prepararam-se para a vida, preparando-se para a morte (Freud, 1915b). A construção do eu, a conservação da vida, o interesse narcisista e o egoísmo exigem a eliminação do obstáculo, sacrificando-o. A morte é o castigo para quem ferir o narcisismo opondo-se a seus propósitos.

Em nossas moções inconscientes, diz Freud, eliminamos, dia a dia, hora após hora, todos aqueles que perturbam nosso caminho: “Que o diabo os carregue!”, ou seja, “Que a morte os carregue!”. Um poderoso desejo de morte habita o inconsciente, inclusive mata por “mixarias”. Como a velha legislação ateniense de Dracon, não conhece outro castigo para o crime além da morte. Nosso inconsciente não executa o assassinato, pensa-o e deseja-o, de modo que todo o prejuízo que o onipotente Eu receba é crime de lesa-majestade.

Ao brincar, as crianças “realizam o desejo inconsciente” ou tentam cumprir o desejo, figuradamente, substitutivamente. Brincando, a criança produz a possibilidade de que o desejo tenha lugar. Penso que o brincar é “formação do inconsciente e do inconscientizado”, é a formação por excelência da infância. Recalcamento e retorno do recalcado se inscrevem no mesmo ato lúdico que, na sua repetição, segundo propo-nho, inscreve e sustenta o inconsciente, a cada vez, outra vez novamente. Costuma-se dizer: “é só um jogo”, e a função paterna põe-se em funcionamento no mesmo ato de brincar; a proibição e a prescrição acontecem, pode-se “figuradamente” no seu interior o que não é possível fora dele. O limite entre o “fora e dentro” é, para mim, o recalcamento, a lei e a castração.

A criança realiza o desejo de morte no brincar, mata os objetos, os objetos “morrem”, a própria criança, como objeto, morre, e a reação que acompanha a morte no brincar não é a dor; a dor não entra como afeto no brincar. Pode-se brincar de chorar, pode-se brincar de festejar e pode-se brincar de indiferença. A dor interromperia o brincar.

No brincar clínico surgem objetos para serem sepultados, enterrados com ou sem velório e ritual fúnebre. Natural ou acidentalmente, são investidos para desinvestir, para desfazer.

No brincar clínico serão construídos e investidos objetos amorosos e de ódio exclusivos, próprios a este tratamento. A história do tratamento é, na maioria das vezes, as vicissitudes que ditos objetos atravessam até “sua morte”.

O brincar tem como motor o desejo dominante de “ser grande” e de agir como os adultos. Ao brincar, realiza-se substitutivamente o desejo inconsciente; a criança, no seu brincar, ocupa o lugar do Outro, herda-o, faz-se seu herdeiro “sem risco”. Herdar o outro implica sua morte; então, ao brincar a criança mata o outro, poderíamos dizer, sem que exista crime nem castigo, e sem culpa. Nesta minha proposta, o desejo de morte é necessário ao desejo de ser grande e condição do brincar.

No brincar substitui-se o Outro, personifica-se e representa-se o morto, conserva-se o morto identificando-se com ele: “Ser o que o pai era”, “Faz de conta que eu era um pai” (ali onde Isso era , o Eu deve advir). O Eu onde Isso era (Freud, 1923b). “Ter o que tinha o papai”. “Faz de conta que eu era o papai e tinha uma esposa”, faz de conta que “eu era um homem...”

O parricídio e o incesto lúdico se realizam “sem risco”; e, no mesmo ato lúdico, parricídio e incesto se inscrevem na sua proibição, já que “é só um jogo”, e ali se pode o que fora dele não é possível.

O brincar inscreve a lei e funda o desejo, implica satisfação substitutiva, “ganância de prazer”, transformação da pulsão em libido e transformação do gozo em desejo. Penso o brincar como formação do inconsciente. Recalcamento e retorno do recalcado se inscrevem ali na infância. A morte não tem, nas crianças pequenas, a mesma significação que possui para os adultos. Diz Freud: “Nada sabem dos horrores da putrefação da carne, do morto que gela na tumba fria, do espanto da noite infinita que tanto desassossega o adulto”. Estar morto é, para a criança pequena, “estar longe”; somente a posteriori ficará referido a “não voltar mais”. A ausência é transitória, desejar a morte daquele que incomoda é desejar sua ausência, seu afastamento por um tempo: seria uma morte transitória. Mais tarde, a ausência será definitiva, e a vida ficará transitória.

A criança depende ainda da presença do outro, do seu amor; deseja ser grande e não depender da sua presença, mas ainda não pode prescindir do outro. O brincar brinda-lhe o domínio da situação, permitindo-lhe “afastar” e “fazer retornar” o objeto a seu “bel prazer”.

Que relação guardam o “trabalho do luto” e o “trabalho do brincar”? Chamo de “trabalho do brincar” os caminhos psíquicos, as operações psíquicas pelas quais o brincar chega à sua “formação” e tem o mesmo estatuto de “formação” do inconsciente.

As identificações coincidem, supondo tanto à identificação primária como às identificações secundárias, parciais, identificações ao traço, “regressivas”. São “operações de compromisso”, realizando-se sob o conflito da obediência e da revolta, “atração e repulsa”, “esforço de despejo e esforço de caça”. Ambas as operações implicam

■

“subtração de investimento” (pré-consciente), “conservação do investimento” (inconsciente) ou “substituição do investimento pré-consciente por um inconsciente”. Implicam repetição e processo repressivo. Em ambas o trabalho é lento, peça por peça, como um quebra-cabeça a desmontar e voltar a montar. Em ambas, o doloroso, o impressionante, transforma-se, a serviço do princípio do prazer, em ganho de prazer. Ambas estão a serviço do domínio do Eu.

Lançar o objeto, “que se vá para longe”, perdê-lo no brincar, escreve a perda e a elaboração da perda; então, o brincar implica, necessariamente, um trabalho de luto, mas *sem dor*.

O Complexo de Castração encontra-se no centro da questão do luto e do brincar na infância; a perda inscreve-se desde a significação fálica. É pela perda corporal que a criança adquire a representação de um dano narcisista, diz Freud, já em função da perda do peito materno após o mamar, da cotidiana deposição das fezes e, ainda, da separação do ventre da mãe ao nascer. Porém, somente cabe falar de um Complexo de Castração quando essa representação de uma perda enlaçou-se com os genitais masculinos (Freud, 1923e). “Ao brincar, a inscrição da castração tem lugar”, segundo a minha proposta neste trabalho.

É notório, a meu ver, um fato clínico: as crianças com problemas orgânicos, com dificuldades no desenvolvimento, que têm dificuldades na significação da perda em termos do Complexo de Castração, apresentam, simultaneamente, dificuldades no brincar. Faltas do brincar ou sua ausência no sentido estrito. Algo em relação à perda no corpo da criança e à perda da criança mesma, quer dizer, à perda do Outro e à inscrição de dita perda enlaçada com a diferença sexual, foi impossibilitada ou dificultada. O trabalho do luto não se realizou ou se realiza com dificuldade, dando lugar – coloco como hipótese – ao “luto patológico” ou à “melancolia”.

Algo em relação à perda no corpo da criança e à perda da criança mesma, quer dizer, à perda do Outro e à inscrição de dita perda enlaçada com a diferença sexual, foi impossibilitado ou dificultado. O trabalho do luto não se realizou ou se realiza com dificuldade, dando lugar – coloco como hipótese – ao “luto patológico” ou à “melancolia”.

As conseqüências na infância são as graves perturbações na construção do psiquismo, podendo fazer sua entrada o autismo ou a psicose, dependendo do caso. Ali onde não há luto há melancolia; onde não há luto, eu diria neste trabalho, não há brincar, e onde não há brincar não há criança.

Quando a lesão orgânica, o transtorno genético, a disfunção etc. do corpo da criança ficam identificados não parcialmente, quer dizer, não como um traço parcial do corpo da criança, mas identificados de forma massiva, narcisicamente, desde uma identificação narcisista como “prejuízo”, “afronta”, “injustiça” etc., no outro parental, o corpo mesmo da criança é tomado massivamente como ferida, “hemorragia aberta”,

“mutilação”, “dano”, “humilhação” e “prejuízo”. É *tudo* ferida, não há *uma* ferida. A forma do laço libidinal, de investimento amoroso ao objeto, nesses casos, é melancólica; é uma “hemorragia aberta”.

O corpo da criança identifica-se narcisicamente, melancolicamente, com a “in-significância” (Freud, 1917e), fora da significação fálica: não há perdas para fazer o luto falicamente, não há desejo de morte ao brincar, não há desejo de ser grande, já que todo o corpo da criança é o objeto perdido; a identificação com o objeto perdido é massiva, e a sombra do objeto recai sobre um eu que, sem dúvida, não chega a ser.

Há o vazio do eu porque o eu não se constitui. A melancolia infantil é a não-constituição do eu mesmo, sua morte antes de nascer. Seu corpo para o Outro é objeto de “desagrado moral”, passando por cima até de sua feiúra, debilidade ou inferioridade.

A auto-repreensão parental (consciente ou inconsciente) transfere-se para a criança ao repreendê-la inconscientemente, colocando-a como culpada; se cometeu um crime, e caso mereça castigo, não pode ser outro, para o narcisismo ferido, do que a morte.

Como desejar matar o Pai se não há Pai a quem matar? Como matar a quem já está morto por não ter nascido? Como brincar de morte quando se é um assassino? O ódio inconsciente emerge, a melancolia é uma hemorragia aberta que sangra, dói e não se fecha. Não sabe que se perdeu, pois a perda não se inscreveu, e então a dor não é perante a ausência do amado, mas perante sua presença, dor por não poder perdê-lo.

Onde não há luto, a melancolia faz sua entrada. Não há negação da perda porque não há afirmação onde não há presença da ausência. A dor não pode ser julgada, apenas “é”.

Por distintas vias, o autismo ou a psicose fazem a sua entrada, caso a ligação narcisista do corpo da criança não resista ao luto, caso se instale a melancolia.

Lacan (1963) diz: “o objeto pelo qual estamos de luto era, sem nós sabermos, o que se havia revoltado e do qual nós mesmos havíamos feito suporte de nossa castração.” E, mais adiante: “Estamos de luto por alguém de quem podemos dizer eu era sua falta”.

O traumático, o impressionante, o doloroso não é a ausência, a perda, mas é a não-possibilidade de perder.

Desejar a morte do outro (sua ausência) e colocá-la em jogo no brincar é uma conquista da criança, que logo dará lugar à consciência moral, aos preceitos éticos, ao sentimento de culpa, com a latência. A ausência do desejo de morte em relação aos objetos de amor, na criança, é ausência de desejo de ser grande, é ausência do brincar – trata-se de um indicador clínico diagnóstico, para nós, da melancolia infantil. O brincar seria a preparação para a morte necessária à conservação da vida, a guerra para a paz.

No ano de 1994, recebo em consulta uma menina de quatro anos. O motivo: “a morte da sua irmã gêmea”, ocorrida havia um mês. Nuria não apresentava nenhum

■

transtorno; era a preocupação parental pelos possíveis efeitos futuros dessa morte que os levaram a consultar.

Nadia, a irmã gêmea morta de Nuria, tinha um diagnóstico neurológico de Disritmia na zona da linguagem com atraso maturativo. Pesava 35 quilos, e sua obesidade crescente já impedia o manejo do corpo, por isso, haviam-lhe recomendado, no jardim especial que freqüentava, consultar uma psicomotricista. Solicitam a vaga; no caminho, morre, não chega à sua primeira consulta. Nuria, no lugar de Nadia, chegará à primeira consulta, mas com um psicanalista recomendado pelo dito psicomotricista, ou seja, comigo.

A morte de Nadia deveu-se a complicações de uma varicela soster não tratada a tempo, contagiada por uma de Nuria, a “sobrevivente normal”, que quinze dias antes tivera varicela.

Recebo os pais, recebo Nuria. Durante quase um ano, realizo uma intervenção psicanalítica que só posteriormente se decide como tratamento com Nuria. No primeiro momento, tratou-se do luto, busca do culpado, tempo de grande dor para os pais. Pais que viam a morta na viva e a viva na morta; que reconheciam o pensamento de alegria inconsciente por ter ficado pelo menos com a normal; que reconheciam, com culpa, desejos de morte prévios em relação a Nadia.

A auto-repreensão pela morte (e o nascimento) de Nadia transfere-se à Nuria: “... se não tivesse tido varicela...”; se transfere a Deus: “... a emprestou e a levou...”.

Nuria não chora, diz à sua mãe questões como “tua mãe e tua filha estão no céu...”; e à sua irmã: “Nadia, desce!”.

Tem saudades de sua irmã, fala dela com suas amigas, conta-lhes da sua morte com detalhes, vê fotos e vídeos. Não deixa que toquem nas suas coisas para que, quando descer do céu, não se ofenda. Fala com Jesus e pede que a cuide... Conta à sua mãe que Nadia lhe disse que está bem lá, que não quer que chore mais e que deixe de pensar nela.

Tem temores noturnos, episódios enuréticos, não dorme bem, vai para a cama dos pais, não quer estar sozinha. Diz: “eu fiquei doente e ela morreu...”, “os doutores a mataram...”. Pede para ter outro irmãozinho para brincar. Compram-lhe um gato.

A mãe de Nuria tem câncer; a mãe da mãe morreu de câncer quando ela estava grávida das gêmeas e também quando estava grávida fica sabendo da sua própria doença. A sua gravidez foi tomada, no início, como um tumor ou fibroma. “...Deus emprestou-me as meninas por um tempo...”, “... por sorte me deixou a normal...”

Da relação entre elas contam que era muito boa, embora houvesse uma competição normal: a enfermidade de Nadia “beneficiava a Nuria”. Aos dois anos, Nuria foi além da irmã no desenvolvimento, no que diz respeito ao caráter e à personalidade: Nadia era “como uma morta”, Nuria “esperta”. Agora não há competição. Nuria passa a ser “o retrato de Nadia: a morta.”

Nuria canta para eles: “as mães e os papais têm filhos e eles morrem!” A mãe conta sonhos premonitórios... segundo ela, da morte da filha.

O gato de Nuria adocece: “São todos uns mentirosos, me fazem sofrer!”. Diz “Estou sofrendo, me dói aqui e ali”, mostrando o corpo.

Os jogos de morte aparecem: “fecha os olhos” e faz que deixa de respirar... fica dura como uma estátua... o jogo se chama “imitando Nadia”, segundo ela mesma nomeia. Desenhos: “Esta é a Nadia no céu, esta é a mãe quando deixou de chorar, este é o Jesus falando com a minha mãe para que deixe de chorar...”. Quer ir ao céu, quer saber o que Nadia faz lá. Inventa canções: “as crianças nascem, ficam doentes e morrem, e as mães ficam chorando o dia todo!”.

Viajam a Córdoba de férias, e diz a seus pais: “Me deixam cansada, parem de me olhar!”

Os pais dizem que está apresentando “coisas da Nadia”, “ nos gestos, elas se parecem cada vez mais...”. Nuria lhes diz: “não quero esquecer-me dela!”

Alguns jogos no consultório... Com o “fantoche palhaço”, pega o seu rosto e o amassa. Eu grito, ponho a minha voz: “Ai, me vou, não consigo respirar, não posso escutar, não enxergo...” Diz Nuria: “Agora tu vais para o céu!” Leva-o ao teto, “para cima”, e, falando pelo fantoche, desta vez lhe dá a sua voz e diz: “Quem cuida dele se Jesus está cuidando da Nadia?”

Outro brinquedo: “quem fechar os olhos primeiro vai para o canto”, as três vezes, “Prendas”. As prendas preferidas: ir ao céu, falar com Jesus e “olhar sua irmã”.

Enquanto isso, os temores vão cedendo, até que um acontecimento inesperado ocorre... uma internação da sua mãe devido a um episódio cárdio-respiratório. Nuria contrai “púrpura”, enfermidade psicossomática que se expressa por manchas na pele. Diz Nuria: “Quando dói algo em minha mãe, em mim também dói”. Diz a mãe: “parecia varicela...”.

Uma série de doenças “psicossomáticas” aparecem: contraturas, otite, febre, dores inespecíficas, taquicardia... Decido e indico tomá-la em tratamento, e, a partir deste, as enfermidades desaparecem até a atualidade. Durante o tratamento, pode-se jogar com os pontos de dificuldade no trabalho de luto de Nuria em relação a sua irmã, e também o seu lugar de objeto em relação a sua mãe.

A série de jogos clínicos que o tratamento desenvolveu colocou em evidência que se tratava de poder “perder de vista” e “perder-se de vista”. O fantoche palhaço teve uma história que contar através de Nuria e da sua análise... quando conseguiu, finalmente, após muito trabalho, ser esquecido.

A título de conclusão: o luto na infância implica definir a perda do objeto no seu valor constitutivo, e nos leva, necessariamente, ao jogo no qual a inscrição da perda tem lugar em termos da significação fálica, ou seja, do Complexo de Castração e da Função Paterna. A partir dessa proposta, tenho situado o brincar na infância como


“Formação do inconsciente”, em que o recalçamento e o retorno do recalcado têm lugar, com as conseqüências que isto implica na estruturação de uma posição em relação ao *Outro*.

A relação entre o trabalho de luto e o “trabalho do brincar” coloca a ambos como formação do inconsciente. Se a melancolia é luto não acontecido, e o brincar é a realização substitutiva do desejo de morte e luto pelo ausente, as crianças que não brincam entrariam na variável melancólica, com particular recorrência naqueles que apresentam problemas no desenvolvimento.

A diferente posição perante a morte, entre a criança e o adulto, apresenta como resultado que o trabalho de luto seja realizado por diferentes vias. Propomos o brincar como a via, por excelência, pela qual o luto acontece. As crianças realizam os lutos “brincando”, ou não os realizam. Recordando Freud e o mito “Totem e Tabu” (1913), na origem da entrada na cultura está o luto, e a morte do pai é necessária para que a lei exista, quer dizer, para que exista um Pai. A criança repete em seu brincar, a cada vez, a entrada na cultura, atribuindo-se um lugar nesta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEISIM, Marta. *Juegos en personajes*. Buenos Aires: Escritos de la infancia nº 3, FEPI, 1994.
- BRUNER, Norma. *Psicoanálisis con niños: construir jugando el objeto del análisis*. Presentado en jornadas. Hospital español, Buenos Aires “La estructura del sujeto en la infancia», ACTAS, 1994.
- BRUNER, Norma. *Con eso no se juega: algunos aspectos del límite en la función del analista que trabaja con un niño*: presentado en jornadas. Discapacidad. Perspectivas actuales en salud mental. Univ de BS AS: Facultad de Psicología: agosto de 1998.
- Reelaborado en el curso de residentes del servicio de psicopatología del hospital general de niños Dr. Pedro Elizalde: noviembre 1999. Edit en actas del curso, biblioteca.
- CORIAT, Elsa. *Psicoanálisis de bebés y niños pequeños*. Buenos Aires: la Campana, 1996.
- FREUD, Sigmund. *La interpretación de los sueños* (1900a). Traducido por J. Etcheverry. Tomo IV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984
- _____. *De guerra y de muerte* (1915b). Traducido por J. Etcheverry. Punto II. Tomo XIV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *La transitoriedad* (1916a[1915]). Traducido por J. Etcheverry. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984
- _____. *Luto y melancolía* (1917e[1915]). Traducido por J. Etcheverry. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *Esquema del Psicoanálisis* (1940a[1938]). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XXIII. p.193. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *El Yo y el Ello* (1923b). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XIX. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *Totem y tabú* (1912-13). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XIII. P.65, 66. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *El malestar en la cultura* (1930[1929]). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XXI. P.79. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.

- 
- _____. *Inhibición, síntoma, angustia* (1926d[1925]). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XX. P.158. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *Organización genital infantil* (1923e). Traducido por J. Etcheverry. Tomo V. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.
- _____. *La Represion* (1915d). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XIV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984
- _____. *Lo Inconsciente* (1915e). Traducido por J. Etcheverry. Tomo XIV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984
- JERUSALINSKY, Alfredo y colab. *Psicoanálisis en los problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.
- LACAN, Jaques. *Seminario La angustia*. Inédito, 1963.
- NASIO, J.D. *El libro del amor y del dolor*. España: Gedisa Editorial, 1996.
- PALENTO, M.L. y colab. *Algunas consideraciones sobre los lutos en la Infancia*. Diarios Clínicos N° 6. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
- SOFOCLES. *Edipo Rey*. México: Editorial Purma, 1997.

PARANÓIA, MELANCOLIA E MEMÓRIA

Ubirajara Cardoso de Cardoso*

RESUMO

O texto faz uma comparação entre paranóia e melancolia em função da significação après-coup, considerada como funcionamento e mobilidade da memória. Nesses termos, propõe uma hipótese dinâmica do supereu, que pode estar em causa nessas duas afecções, valendo-se da tese enunciada por Lacan no seu seminário sobre a ética da psicanálise: “a lei moral, o mandamento moral, a presença da instância moral, é aquilo por meio do qual, em nossa atividade enquanto estruturada pelo simbólico, se presentifica o real – o real como tal, o peso do real”.

PALAVRAS-CHAVE: *Paranóia; melancolia; memória; supereu; identificação*

ABSTRACT

The text compares paranoia and melancholia for the significance après-coup, considered as memory functioning and mobility. On this terms, proposes a dynamic hypothesis of superego which can be present in this two diseases, based on Lacan’s thesis (stated in his seminary about the Psychoanalysis ethics): “the moral law, the moral command, the presence of the moral resort, is through what, in our activity while structured by the symbolic, real presentifies itself – real as such, the importance of real”.

KEYWORDS: *paranoia, melancholia; memory; superego; identification*

* Membro da APPOA. Professor do Curso de psicologia da Unijuí. Especializando do Curso de Atendimento Clínico – ênfase em psicanálise – da Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

■

Este texto começou com uma questão que me foi proposta sobre a diferença do supereu na neurose obsessiva e na paranóia. Levou-me a retomar elementos de um trabalho anterior¹ em que começara a pensar como seria o funcionamento da memória partindo da noção do *après-coup* e da forma como Lacan desenvolve na sua obra as quatro causas aristotélicas². Nessa época, notei que, na origem daquele trabalho, estava uma intuição sobre a melancolia que aqui será mais desenvolvida. Foi possível agregar desta vez uma leitura recente e atenta do conhecido texto de Freud sobre o livro de memórias de Daniel Paul Schreber e uma nova via, que partiu do comentário de Lacan (Lacan, 1988) sobre o “Projeto para uma psicologia científica” (*Entwurf einer Psychologie*, Freud, 1895) e da sua tese nesse seminário. Dessa maneira, o resultado e fio condutor desse texto ficou sendo uma proposição da dinâmica do supereu na melancolia e na paranóia.

Partirei do entendimento de Freud sobre a paranóia e que consiste no processo metapsicológico da retirada da libido de volta para o eu, formulação que também valeria para a melancolia. Esse processo, na melancolia, é causado pela perda de um objeto que, reedificado no “interior” do eu, causa sua divisão (Freud, 1915). Esse objeto, que agora é uma parte do eu, será atacado pela outra parte da divisão do eu, segundo uma explicação metapsicológica que se constituirá posteriormente na base da postulação da teoria do supereu. Na paranóia, é em função de um desacordo fundamental entre a realidade exterior e um impulso de desejo que estruturalmente não admite recalçamento, que a libido se retirará de volta para o eu, de volta para o narcisismo. Esses modelos são anteriores ao do texto “A Denegação” (Freud, 1925) no qual Freud proporá uma descrição topológica mais conveniente e as noções de afirmação (*Bejahung*) e de expulsão (*Austossung*). Entretanto entendo que os modelos são coerentes.

Para prosseguir, lanço mão do conceito de identificação como Freud o desenvolve no capítulo 7 de “Psicologia das massas e análise do eu” (Freud, 1921). Da leitura do caso Schreber, quero propor que, para esse paciente, esteve francamente em operação o processo descrito por Freud desta forma: “a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto, e a escolha de objeto regrediu para a identificação” (Freud, 1921).

Tomemos a frase “afinal de contas, deve ser realmente muito belo ser mulher e submeter-se ao ato da cópula” (Freud, 1911, p.28)³ que ocorre a Schreber no início de

¹ Cf. Correio da APPOA de setembro de 2000.

² Cf. “Ciência e Verdade” (Lacan, 1998)

³ Optarei, para a padronização das referências bibliográficas de Freud, por essa tradução conforme consta da Edição Standard Brasileira (*Imago*). Considero melhores outras traduções, inclusive a de Marilene Carone, que traduziu as Memórias de Schreber para o português, que prefere utilizar o gerúndio na oração: “Era a idéia de que deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (Schreber, 1985, p.60).

sua segunda crise e que, segundo ele mesmo, em circunstâncias fora da excepcionalidade das suas, deveria ser recusada e repudiada virilmente (e então é pertinente o postulado da existência da função de um “protesto masculino”, que Freud, de outra forma que Adler, faz intervir)⁴.

Aqui considero que não é evidente que essa enunciação precisasse ser afrontada pelo “protesto masculino” como se fosse necessariamente de estatuto homossexual. Quer dizer que uma interrogação da beleza e do gozo do outro sexo é uma contingência da passagem para a posição heterossexual, ou do amor do Outro sexo. É sensível que tal ocorrência sobre a beleza da mulher sendo copulada pode ser advinda também do desejo heterossexual que predispõe um homem a participar do ato da cópula. Se tal imagem fosse em si mesma exclusivamente, e sempre, causa evocante do desejo homossexual, é pouco provável que um homem se dispusesse à participação na cena junto com a mulher. Ela sempre seria muito desprezada em função de sua castração e gozo e, se fosse assim, o fantasma masculino não teria um corpo para gozar. Entretanto o *texto de Schreber* sugere outra coisa, ou seja, que, no momento primeiro da ocorrência da representação, salientou-se o reconhecimento e o repúdio de ocupar uma posição feminilizada. Isso servirá para Freud fundamentar a sua observação, interpretando como uma formação do desejo homossexual.

Para Schreber, o mecanismo de identificação que subjaz no encaminhamento que seu pensamento tomou pode ser sugerido pela citada regressão da escolha de objeto para a identificação com o objeto. Consideremos este enigmático enunciado de Schreber para verificar se realmente ele não está condensando e explicitando exemplarmente o modelo freudiano:

“...penso que posso arriscar-me a apresentar a opinião, baseada em impressões que recebi, de que Deus nunca tomaria quaisquer medidas no sentido de efetuar uma retirada – cujo primeiro resultado é, invariavelmente, alterar minha condição física acentuadamente para pior –, mas quieta e permanentemente render-se-ia a meus poderes de atração, *se me fosse possível estar sempre desempenhando o papel de uma mulher a jazer em meus próprios abraços amorosos*, estar sempre contemplando minha aparência em formas femininas, estar sempre contemplando retratos de mulheres, e assim por diante.” [Freud, (1911) 1987 p.52] (grifo meu)

A passagem grifada acentua a condensação da identificação com a escolha de objeto, cuja fabulação divina talvez tenha apenas importância secundária para a teoria, mas é o essencial da comunicação clínica. O fato de ficar “sempre contemplando retra-

⁴ “Adler (1910). De acordo com Adler, o protesto masculino tem participação na produção do sintoma, enquanto, no presente caso, o paciente protesta contra um sintoma já plenamente desenvolvido.” (Freud (1911) 1987 p.61)

tos de mulheres” poderia ser igualmente um exemplo da conduta de um homem apaixonado por mulheres, no sentido da escolha de objeto e não de uma posição de identidade. O que se passou com Schreber? Em seguida retomaremos essas passagens em função de outra formulação que ocorre a Schreber num outro momento de suas memórias.

Aqui faz-se um parêntese: de que forma atuam esses mecanismos de identificação na psicose? Não estão eles mais bem determinados para que sejam utilizados no entendimento da neurose? Por isso é importante lembrar a existência dos trabalhos de Lacan sobre a psicose bem como a introdução, na teoria psicanalítica, do conceito de forclusão. Contudo deve-se considerar que Freud não deixa claro na sua obra não ter pensado a psicose com um estatuto sem relação de continuidade com a neurose, pois a diferença estrutural que propôs foi basicamente a partir de diferentes relações do eu com o Isso e com a realidade, e de forma que foi sendo cada vez mais difícil de sustentar, à medida que admitia como na neurose também incide um afastamento maior ou menor da realidade⁵.

Freud diz na introdução do caso Schreber: “A investigação psicanalítica da paranóia seria completamente impossível se os próprios pacientes não possuíssem a peculiaridade de revelar (de forma distorcida, é verdade) exatamente aquilo que outros neuróticos mantêm escondido como um segredo.” (Freud, 1911)

Que peculiaridade é esta que Freud acentua nesse caso?

Retomemos. O repúdio do protesto masculino incide sobre a representação que ocorre a um homem de que deve ser belo ser uma mulher e submeter-se ao ato da cópula. Podemos pensar, então, que o repúdio recai sobre a identificação, sobre o “ser uma mulher” e sobre “submeter-se ao ato da cópula”, que pode ser considerado um atributo extensivo do objeto da identificação. Não se perde de vista que, no delírio de Schreber, o atributo feminino vai ser pensado como o aspecto de uma criatura em constante estado de voluptuosidade, como se estivesse sempre sendo copulada. Então, em Schreber, o que põe em ação o protesto masculino não é uma constatação da beleza do Outro sexo, senão que essa constatação é devida a um desejo de ocupação, de investimento (uma *Besetzung* simbólica impossível para ele) desse lugar, que encontra oposição no acolhimento que ele dá ao reconhecimento da própria identificação sexual até esse momento (e o reconhecimento do Outro sexo se transforma numa demanda de significação na paranóia).

Que Schreber venha a ser suposto como não tendo nunca acedido a uma posição sexuada simbolizada, característica da neurose, e portanto, que ele faça o seu delírio

⁵ Cf. “A perda da realidade na neurose e na psicose” (Freud, 1924) e “O fetichismo” (Freud, 1927)

por isso, por exemplo quando falta para ele a função fálica para assumir a responsabilidade do cargo jurídico de que foi investido, é uma proposição lacaniana posterior a Freud e que, até certo ponto, não resolve da mesma forma os elementos da questão⁶.

Então o que pensar deste outro enunciado de Schreber também citado por Freud:

“Por meio do que chama de ‘atrair’ (isto é, pela invocação de imagens visuais), é capaz de dar tanto a si quanto aos raios a impressão de que seu corpo se acha aparelhado com seios e órgãos genitais femininos: ‘Tornou-se tanto um hábito para mim atrair nádegas femininas para meu corpo –*honn soit qui mal y pense*– o que faço quase involuntariamente, a cada vez que me abaixo.”⁷ [Freud, (1911) 1987 p.50].

Qual a função da sentença intercalada? A quem se endereça? Ela significa “maldito seja quem pense mal disto”. O contexto e a forma como é escrita por Schreber me indicam que ele interpola essa frase no seu texto, como ouvida de fora, chegada das vozes que escutava, uma frase que tem a estrutura do que se impõe para ele desde o real. O que significa isso? Eu diria que essa frase parte do mesmo protesto masculino de antes, ou então, vem desse protesto, que podemos aqui reconhecer como fazendo parte do supereu. Essa sentença que se impõe para ele, e eu suponho que ela se lhe impõe no momento mesmo em que a escreve, é seu próprio julgamento, sua censura operando. No entanto a condição de comunicação que é própria do seu delírio supera a resistência e opera que a censura se dirija ao próprio supereu, possibilitando a continuação da frase (diacronia, como bem lido por Lacan) que manifesta um hábito com o qual Schreber, dessa forma, já está pacificado delirantemente na ocorrência de sua significação.

Há nessa transformação delirante entre o tempo da primeira frase, momento da irrupção da enfermidade de Schreber, e o tempo da segunda frase, que já comporta uma resolução, um movimento que considero como sendo o da memória *après-coup*. Se concordarmos com a afirmação de que para haver memória precisa haver o funcionamento da temporalidade inconsciente, o que podemos deduzir? Começemos por notar, no funcionamento dito *après-coup*, o atributo do movimento: no mesmo tempo em que uma experiência atual reativa posteriormente uma experiência passada, o efeito é relançado mais à frente, talvez pelo supereu ou por aquilo que irá constituir o supereu. Mas esse efeito é radicalmente inconsciente e não é possível ser integrado no saber pré-consciente da inscrição das representações (*Vorstellungen*). Será preciso um outro tempo de

⁶ Cf. “Vemos aqui como, apesar de Freud, a homossexualidade é na paranóia um processo implicado pela sua estrutura e não causa reativa e defensiva de sua formação (Melman, 1985 p.149)

⁷ “Desenhar um traseiro feminino no meu corpo –*honn soit qui mal y pense*– tornou-se para mim um hábito de tal forma que eu o faço quase involuntariamente toda vez que me inclino.” (Schreber, 1985, p.223)

■

retorno para que o que se produziu se inscreva como possibilidade de enunciação, renovando o efeito. É a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*). O trabalho da paranóia, no mesmo sentido que Freud dá ao termo em “trabalho do sonho” (*traumarbeit*), será constituir uma significação dessa repetição. O delírio do paranóico é uma tentativa de resolução que conta, de alguma forma, que é necessário precisar, com essa mobilidade do *après-coup*. Aquilo que não tem como ser relançado simbolicamente é lançado assim mesmo, numa lógica singular dita delirante.

A hipótese que eu proponho sobre a estrutura da melancolia é que nela falta essa mobilidade *après-coup*. A consequência disso seria que a experiência melancólica está sempre de cara com o mesmo real. Sempre a mesma experiência do real e o real da mesma experiência sempre. A experiência do sujeito insiste em voltar sempre ao mesmo lugar.

Quero avançar a hipótese em função do tipo de memória que pode estar em jogo na melancolia: que objeto é esse reedificado numa identificação, que não se esquece, na mesma proporção em que não se sabe o que é? Freud deixará claro que são as identificações que constituem a memória⁸. Então que objeto é esse que não pode ser relançado, uma vez que não encontra inscrição anterior?

Aqui faço incidir uma reflexão sobre a melancolia que se deveu à enigmática opinião de Jacques Hassoun, proferida numa conferência que fez em Porto Alegre. “Os melancólicos têm um saber sobre a morte que eles não têm como integrar” disse Hassoun. Se não fosse excessivamente metafísico, eu diria que a melancolia encontra a sua causa no limite, quando não tem como relançar a experiência da morte para depois dela mesma, pois não há como se inscrever a experiência da morte na presentificação do real.

Como introduzir a dinâmica do supereu nesse processo? Para isso, recorrerei ao Seminário 7 de Lacan. A tese de Lacan nesse seminário é “a lei moral, o mandamento moral, a presença da instância moral, é aquilo por meio do qual, em nossa atividade enquanto estruturada pelo simbólico, se presentifica o real – o real como tal, o peso do real” (Lacan, 1988 p. 31). Isso deve valer para a ética, portanto, aí não devem distinguir-se essencialmente os encaminhamentos necessários para pensar as diferentes entidades clínicas.

Nesse momento me interessará considerar as formulações de Lacan sobre a dor, conforme ele desenvolve nesse seminário. Isso deverá servir para pensar a relação da imobilidade com a memória.

Agrego, antes, a indicação da relação da motricidade e da dor no nível da defesa, defesa que, segundo Lacan, “se constitui por algo que tem um nome, e que é, propria-

⁸ Cf. Freud, O Eu e o Isso, cap. III

mente falando, a mentira sobre o mal” (Lacan, 1988 p. 94), o *proton pseudos* ele lembrará em seguida.

Por que Lacan se dedica a falar da dor? Para conferir a ela um estatuto freudiano e situá-la em relação ao movimento motor. Cito uma passagem mais extensa, mas importante, remeto à aula do dia 16 de dezembro de 1959:

“Isso é da ordem de uma exploração fisiológica moderna que ainda não nos permite plenamente articulá-la, assim, contentar-me-ei em sugerir que deveríamos talvez *conceber a dor como um campo que, na ordem da existência, abre-se precisamente no limite em que não há possibilidade para o ser de mover-se.* (grifo meu) Alguma coisa não nos é anunciada em não sei qual apercepção dos poetas, com o mito de Dafne transformando-se em árvore sob a pressão de uma dor da qual não pode mais escapar? Não é verdade que o ser vivo que não tem a possibilidade de mover-se nos sugere, até em sua forma, a presença do que se poderia chamar de uma dor petrificada? Naquilo que fazemos do reino da pedra, na medida em que não a deixamos mais rolar, que a erigimos, que dela fazemos alguma coisa imóvel, não existe na própria arquitetura algo como a presentificação da dor? O que iria nesse sentido é o que aconteceu no tempo do barroco, sob a influência de um momento da história no qual vamos deter daqui a pouco. Algo foi tentado, na época, para fazer da própria arquitetura não sei que esforço em direção ao prazer, para conferir-lhe não sei qual liberação, que a faz efetivamente arder no que nos aparece como um paradoxo na história da construção e da edificação. E esse esforço em direção ao prazer, quais as formas que ele nos fornece? – senão as formas que chamamos, em nossa linguagem aqui metafórica e que, como tal, vai longe, de torturadas.”(Lacan, 1988 p. 78-79)⁹

Que “ser” é esse para Lacan, quando ele fala de “conceber a dor como um campo que, na ordem da existência, abre-se precisamente no limite em que não há, para o ser, possibilidade de mover-se”? Para Freud, no qual Lacan se sustenta, trata-se o Eu

⁹ As menções irão depois evocar Sade. Em que conexão? Junto com Kant. Justamente para marcar a questão da relação com a “Coisa” (Das Ding), tal como se exprime Lacan nesse momento. Essa relação é marcada em Kant quando a dor é o elemento a, num único caso, aproximar a priori a relação de conhecimento, que vem deste modo da razão pura prática, com a sensação do prazer ou do penar (Lacan, 1988 p. 102). A aproximação com Sade se faz: “Em suma, Kant tem a mesma opinião de Sade. Pois, para atingirem absolutamente das Ding, para abrir todas as comportas do desejo, o que Sade nos mostra no horizonte? Essencialmente a dor. (...) O extremo do prazer, na medida em que consiste em forçar o acesso à Coisa, nós não podemos suportá-lo” (idem).

■

e das suas pulsões de conservação. Há um aparelho psíquico [Lacan está comentando a partir do “Projeto para uma psicologia científica” (Freud, 1895)], que serve ao princípio do prazer. Lacan, com Freud, situa a representação entre percepção e consciência, acrescentando interessante consideração sobre o funcionamento do registro da memória nos termos de “trilhamento”¹⁰ (*Bahnung*) e da sucessão das inscrições mnêmicas (*Niederschriften*) (Lacan, 1988 p.66). Há pensamento no processo, no nível das representações (*Vorstellungen*), e esse pensamento (definido como investimento das *Vorstellungen*), na razão de que “é entre percepção e consciência que aquilo que funciona no nível do processo do prazer se insere” (Lacan, 1988 p.80), é regulado, é ajuizado para usar um termo que encontra aqui o seu lugar, pelo princípio do prazer. Nesse nível, e até mesmo antes dele (e dizer dessa forma é aproximativo), situam-se para Lacan os representantes da representação (*Vorstellungrepräsentanzen*) que são “o lugar de eleição do recalçamento (*Verdrängung*)”, acrescentando que, no nível das representações de palavra (*Wortvorstellungen*) se situa o lugar da denegação (*Verneinung*) (Lacan, 1988 p.83).

Então é no nível desses processos, regulados pelas leis do processo primário, para Freud, e pelas leis da cadeia do significante, para Lacan que as identifica, que o sujeito suposto, cada vez mais, é um sujeito de linguagem.

Então, que interessante: a relação da dor física no registro sensorial em relação à imobilidade do ser, agora definido como ser de linguagem. Não podemos derivar daí uma psicopatologia e uma metapsicologia? Ausência de movimento é como eu tenho caracterizado a idéia que faço da melancolia. O real para o melancólico é sempre o mesmo, volta sempre ao mesmo lugar. É sempre a mesma experiência do real e sempre o real da mesma experiência; dessa “coisa” que é aquilo que o melancólico não sabe o que é e que perdeu e que interroga, identificado com a morte da “coisa”, interrogando a sua própria capacidade de morrer.

Então como é que se constitui a memória na melancolia? Talvez se possa indicar que essa impossibilidade de esquecimento do objeto, que está edificado no eu, seja o que não permite que se constitua propriamente uma memória. Para que se constitua uma memória é preciso que os três tempos sintáticos: pretérito, presente e futuro estejam valendo. O apego do melancólico a um suposto objeto perdido, indefinido como o que “não sabe o que é e que perdeu”, suspende-o num tempo que é propriamente parado. Dessa forma, a experiência da melancolia toma o caráter de incomunicabilidade, próprio

¹⁰ Em outros termos, é na medida em que a estrutura significante se interpõe entre a percepção e a consciência que o inconsciente intervém (...) na medida em que ele concerne as *Bahnungen*. A estrutura da experiência acumulada reside aí e permanece aí inscrita (Lacan, 1988 p.67).

■

muitas vezes da sua enunciação e de sua irresolução¹¹. Dá para conceber que uma experiência melancólica que admite comunicação é uma experiência que triunfa sobre a melancolia. Freud deve estar perfeitamente certo quando observa que, então, a presentificação do objeto se dá na autocomiseração que reduz o sujeito a algo desprezível, a uma “coisa”. Aí, nesse real como o que volta ao mesmo lugar, presentifica-se a instância moral e se define a melancolia, a neurose narcísica, participando da visão panorâmica que Freud descreve como sendo da ordem da relação do eu com o supereu.

Essa mobilidade, esse movimento *après-coup*, eu acredito que é possibilitado para o sujeito paranóico. Ele não é imóvel e sua mobilidade depende da constituição do delírio. Lacan diz sobre o paranóico: “Falta alguma coisa, em direção a que tende desesperadamente seu verdadeiro esforço de suprimento, de significantização” (Lacan, 1988 p.85). Quando interpretei a sentença *Honni soit qui mal y pense* como sendo um precipitado composto pela censura e pelo “protesto masculino”, fiz diferenciando da etapa inicial, a da frase que ocorre ao espírito de Schreber de que deve ser belo ser uma mulher e se submeter ao ato da cópula. *Honni soit qui mal y pense* é a frase que vem do superego, uma frase de julgamento, mas dirigida para o Outro, esse Outro que é também Schreber na sua própria alienação. Apesar de ser delirante, de ser uma alucinação auditiva como eu suponho, e portanto um retorno do real, não é aí que se presentificou a instância moral, como diz Lacan? Uma presentificação delirante da instância moral, que, nesse caso e momento já possui uma significação pacificada com o fenômeno mais geral do delírio, ou seja, possui uma estrutura de comunicação. Comunicação do quê? Justamente das “memórias” de Schreber”. Aqui comparo com outra passagem do seminário 7, quando Lacan está comentando o conhecido caso da paciente de Freud que tinha uma fobia de entrar sozinha nas lojas com medo de que zombassem dela por causa de sua roupa: “Algo que não foi apreensível originalmente, só-depois (*après-coup*) o é, e pelo intermédio dessa transformação mentirosa – *proton pseudos*” (Lacan, 1988 p.95). Isso é assim na neurose. Na psicose isso não é apreensível por causa da falta de amarração simbólica que ordena a estrutura da experiência como ficção (mas “amarração” invoca aqui a experiência também sob o termo de “enredo”). Mas, mesmo não sendo apreensível isso, o funcionamento da ressignificação *après-coup* está agindo, possibilitando as transformações do sistema do delirante. A minha hipótese sobre a melancolia é que esse mecanismo do *après-coup* está ausente ou faltante, de qualquer forma inoperante nessa afecção.

Em “Inibição, sintoma e angústia” (Freud, 1926) será afirmado que a angústia é um sinal. Um sinal do eu diante de um retorno do complexo de castração recalçado,

¹¹ Cf. Arendt, “De fato, o sentimento mais intenso que conhecemos (...), a experiência de grande dor física, é ao mesmo tempo, o mais privado e o menos comunicável de todos.” (A condição humana, p. 60). Junto da grande dor física não pode ser acertado colocar a grande dor da alma?

■

operação de *Verdrängung* que, como vimos, para Lacan, incide no nível das *Vorstellungrepräsentanzen*, nível no qual ele introduz, na psicanálise, o funcionamento da cadeia dos significantes. Freud assevera que, diante de algo que é um reconhecimento de que uma satisfação de pulsão excede o limite do princípio do prazer tornando-se desprazer, o eu responde com um sinal de angústia.

Mas como pode haver reconhecimento nesse processo? Esse reconhecimento se faz na instância do eu?

Freud propõe que a conflitiva pulsional em questão deve-se à resolução do complexo de Édipo, quando o supereu é seu herdeiro. Que Freud suponha que esse supereu é o seu equivalente do que para Kant é o imperativo categórico¹², não será então que Lacan propõe a sua tese do mandamento moral como aquilo por meio do qual, em nossa atividade enquanto estruturada pelo simbólico, se presentifica o real?

Nesta altura, gostaríamos de propor, junto com essa tese de Lacan neste seminário sobre a ética da psicanálise (de fato não temos certeza de que essa tese permanecerá inalterada até o fim dos seus seminários), que a memória se inscreve no ponto onde o imperativo moral, por meio dele, se presentifica o real. Cremos que, com isso, seguimos Freud, para quem a identificação com o supereu parental constitui o que Lacan tratou de Outro com “O” maiúsculo. Simbolização da perda dos primeiros objetos libidinais num processo de identificação em cujo fundamento estarão, como sobrepostas, as outras identificações, constituindo o que Freud designou como o caráter do eu: (...) o caráter do eu é um precipitado de investimentos objetivos abandonados e que contém a história dessas escolhas de objeto [Freud, (1923) p.43-44]. Neste último sentido de continência está o sentido que damos para memória¹³. Em outro lugar¹⁴, aproveitamos da definição que Bergson utiliza para tratar da “lembrança” no prefácio de seu ensaio sobre a matéria e a memória: “representa precisamente o ponto de intersecção entre o espírito e a matéria” (Bergson, 1999 p.5). Não é aí que Lacan faz intervir a “Coisa” freudiana?

Nesse seminário de que tratamos, qual é o conceito de real que Lacan utiliza? O real em questão aqui é ainda bastante próximo de “realidade”. Não será por isso que Lacan está tentando operar no nível do princípio do prazer e do princípio de realidade?

¹² Cf. “O problema econômico do masoquismo” (Freud, 1924)

¹³ Lacan, justamente falando da experiência da paranóia, diz a respeito de algo que bem poderia ser esse lugar da identificação: “a função desse lugar é de ser aquele que contém as palavras, no sentido em que contém quer dizer retém(...)”. (Lacan, 1988 p.85)

¹⁴ Cf. Arendt, “De fato, o sentimento mais intenso que conhecemos (...), a experiência de grande dor física, é ao mesmo tempo, o mais privado e o menos comunicável de todos.” (A condição humana, p. 60). Junto da grande dor física não pode ser acertado colocar a grande dor da alma?¹⁴ Cf. Correio da APPOA de setembro de 2000.

Presumimos que, a partir desse seminário, Lacan encontra a necessidade de avançar mais na via do conceito de real. Tal conceito nos parece ser utilizado até aqui da mesma forma como Lacan o utilizou desde, pelo menos, o seminário de 1954-55 sobre “O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise”. Podemos tomar como paradigmático da concepção desse real o comentário que ele faz sobre o sonho de Freud da injeção de Irma. Propomos um equivalente exemplar *das Ding* nesse comentário: trata-se das representações que poderíamos dizer de “carne viva”, embora putrefata ou morta, que aparecem para Freud quando no sonho ele olha e examina a garganta de Irma.

Se damos crédito a que esse sonho presentifica Fliess para Freud, não é na representação dessa carne viva e morta que o real se presentifica no imperativo moral das interrogações de Freud?

Para finalizar, penso ter realizado, neste texto, uma comparação da melancolia e da paranóia através da proposição de como se representa a mobilidade do funcionamento *après-coup* da memória. Partindo da tese de Lacan, introduzi a hipótese de que a memória se inscreve nesses períodos da presentificação do real, nos quais estão em causa os efeitos da identificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDDT, Hannah. *A condição humana*. São Paulo: Ed. Universidade São Paulo, 1981
- BERGSON, Henri. *Matéria e Memória – Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. – (Coleção tópicos)
- FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895]). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V.I.
- _____. *O caso de Schreber* (1911). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V.XII.
- _____. *Luto e Melancolia* (1917 [1915]). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V.XIV.
- _____. *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V.XVIII.
- _____. *O ego e o id* (1923). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V.XIX.
- _____. *O problema econômico do masoquismo* (1924). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XIX.
- _____. *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XIX.
- _____. *A negativa* (1925). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V.XIX.
- _____. *Inibições, sintomas e ansiedade* (1925 [1927]). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XX.
- LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar. 1998.



_____. *O seminário. Livro 2* (1954-1955). O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. 2ª Edição Rio de Janeiro: J. Zahar. 1987.

_____. *O seminário. Livro 7*. A ética da psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: J. Zahar. 1988.

MELMAN, Charles. *Novos estudos sobre a histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SCHREBER, Daniel Paul. *Memórias de um doente dos nervos*; traduzido do original alemão por Marilene Carone. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª Edição, 1985.

A DOR DO MELANCÓLICO*

Sandrine Malem**

RESUMO

A melancolia desapareceu da nosografia psiquiátrica após a Segunda Guerra Mundial. Esta repressão retorna na atualidade através do fenômeno do terrorismo-Kamikaze, como sacrifício total à demanda do Outro, em nome de um ideal. A dor melancólica, quando seu grito mudo é escutado, permite portanto, a partir de um primeiro tempo paranóico, inaugural de um questionamento subjetivo (“Que quer de mim? Mal, certamente!”), o princípio de um processo que permitirá ao sujeito sustentar sua divisão: entre outro e Outro, inocência e culpabilidade, responsabilidade e liberdade.

PALAVRAS-CHAVES: dor; melancolia; sacrifício; terror

ABSTRACT

Melancholy has disappeared from psychiatric nosography after the Second World War. This repression comes back at the present time through the new phenomena of kamikaze-terrorism, a form of complete sacrifice to Other, for an ideal. Melancholic pain, when this mute call is listened, allows then the first step to introduce this question, on paranoid mode: – “What does he want to me? Bad, certainly!”. First step of a subjective process of division: between ego and I, other and Other, guiltless and culpability, responsibility and freedom.

KEYWORDS: pain; melancholy; sacrifice; terror

* Trabalho apresentado no dia 29 de setembro de 2001, na Jornada “Os Nomes da Tristeza na Clínica Psicanalítica”, organizada pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Porto Alegre, Brasil. Tradução de Maria Rosane Pereira Pinto, revisão da tradução por Marilda Batista.

** Psicanalista, Membro da APM, Association Psychanalyse et Médecine, Consultora no Hospital Pitié-Salpêtrière.



A melancolia não está realmente na moda em psiquiatria e na medicina, como vocês sabem, fala-se voluntariamente hoje de “depressão”. Fica mais adequado à época atual, seja em relação às mudanças climáticas ou ao mercado financeiro. A melancolia do mundo é “branca”, escondida atrás desta depressão geo-econômica confusa, fora de foco, e o que aparece de forma mais visível são essencialmente as “pontas” maníacas: estas guerras que explodem de repente em todos os pontos do globo não são conflitos vastos entre superpotências, mas sim pequenas guerras bastante sangrentas contra as quais os SAMU internacionais são impotentes, ou ainda, estas grandes festas canibais da moderna sociedade de consumo: desflorestamento, sacrifícios de rebanhos de gado ou de carneiros, vastos *potlach* transcontinentais. Parece-me, com efeito, importante referir uma das primeiras teorizações psicanalíticas da melancolia, a de Karl Abraham, inseparável da mania, que coloca em evidência a regressão ao estado oral-canibal: na vertente maníaca, o eu (*moi*), confundido com seu ideal, não conhece mais limites e triunfa sobre a castração; na vertente melancólica, o eu (*moi*) esmagado pela perda de seus ideais ou de seus objetos de amor, confundido com esta perda, renuncia a qualquer desejo. Nos dois casos, o que é escamoteado é sempre este obstáculo, esta barreira que estabelece o limite, as bordas do gozo e oferece ao desejo sua área de arremesso, esta *Até*¹ que ninguém pode ultrapassar sem risco para sua vida, o apoio simbólico tomado numa fronteira, um limite ao “tudo ou nada”.

Curiosamente constata-se que este desinteresse em relação à melancolia em proveito da “depressão” data de após a Segunda Guerra Mundial. A análise dos fatores que contribuíram para a diferenciação progressiva entre depressão e melancolia e para o sucesso nosográfico da depressão é apresentada de maneira muito interessante por Alain Ehrenberg (1998) no livro “O cansaço de ser si mesmo”: o que nisso está em jogo é nada menos do que o abandono da noção de conflito inconsciente, no qual a responsabilidade do sujeito está engajada em uma relação à castração e à culpa, em proveito de uma certa a-historicidade da depressão vista como um modo de reação no aqui-e-agora consecutivo a um evento sofrido, diante do qual o sujeito se mostra “insuficiente” em seu modo de “resposta” e desmorona simbolicamente. Nada menos, na tristeza depressiva e neste “cansaço de ser si mesmo”, nesta lassitude de existir na divisão, do que uma desqualificação do conflito psíquico e o desaparecimento do sujeito do inconsciente. “Não tenho nada com isso” vem a ser equivalente a “Não sou nada” melancólico.

“O aparecimento dos medicamentos transnosográficos induz efeitos de dessubjetivação” observa Pierre Legendre (apud Ehrenberg, 1998). Nada de surpreendente nisto, já que qualquer operação de identificação se baseia na linguagem, é uma

¹ Termo grego que indica o limite do humano, do qual Lacan se serve para indicar o lugar para o qual se dirige Antígona.

questão de nomeação, e todo este vago, incerto nosográfico atual, que ilustra esta de(s)-nomação da melancolia em proveito da depressão, participa de uma forma de desqualificação do simbólico. O que fazia “traço”, particularmente traço do caso, apaga-se, esfuma-se, torna-se vago, flutuante. Mais além, no social, constata-se igualmente este deslizamento das fronteiras. Um limite se desloca, não parece mais operante: fim da luta de classes e globalização de um lado – não há mais mestre ou chefe com quem brigar – e, de um outro lado: estas reivindicações identitárias ou nacionalistas cada vez mais desesperadas e violentas.

Pode-se igualmente indagar-se sobre a questão desta coincidência entre o eclipse da melancolia, considerada no século 19 como “a doença do gênio”, isto é, sempre articulada a um potencial de criação, de sublimação, com a descoberta da realidade dos campos de concentração, a revelação do empreendimento hitleriano de assassinato em massa cientificamente organizado, esta tentativa perfeitamente tecnocrata de reduzir o humano a um puro objeto, a nada, e a apagar qualquer traço desse crime. Se A. Ehrenberg(ibid.) pode dizer que: “A depressão vem manifestar a democratização da exceção”, isso deve igualmente ser entendido em toda a amplitude da incidência deste empreendimento, ao qual ninguém pode ser hoje subjetivamente indene.

Não se ficará surpreso por não encontrar, no DSM 4, nenhum elemento de indicação etiológica e nenhuma teoria subjacente a esta distinção da depressão e da melancolia. A rebiologização do psiquismo e a medicalização da psiquiatria incita a considerar as patologias mentais como manifestações de um “órgão doente” ao qual se deve administrar o tratamento *ad-hoc*. Uma paciente que tinha tomado Prozac após um episódio depressivo consecutivo a uma ruptura sentimental fala disso de maneira exemplar: “Tomei durante 3 meses, tinha acabado de ser lançado. Foi há 6 anos. É incrível sentir a personalidade se transformar a este ponto! Isto me tirou a cabeça da água, eu não estava nem um pouco triste, mas era estranho, eu era incapaz de me aproximar de qualquer sentimento triste, como se existisse uma barreira psíquica... era imediatamente recalçado. Eu me sentia capaz de tudo, conquistadora, não tinha medo de nada... Eu estava transformada em super-homem – no melhor estilo de Nietzsche! – ao mesmo tempo, eu estava muito vexada. Minha dor era então a expressão de minha personalidade? A queda foi dura: quando parei o tratamento, me encontrei exatamente no ponto de partida, no mesmo estado do que antes de tomá-los, e de fato, era até pior!”.

Como então distinguir a “tristeza” depressiva, a dor moral, presente em todas as neuroses e inelutável na ocasião de lutos, e a dor melancólica?

É, portanto, importante para nós distingui-las e tentar colocar algumas palavras sobre esta dor melancólica, dor tornada muda na nosografia contemporânea, dor que se situa além do pesar, da tristeza e de qualquer “afeto” ainda palpitante.

Esta dor melancólica mais próxima do estupor de asilo destes grandes catatônicos que são os melancólicos internados que se tenta ressuscitar com grandes reforços de

■

eletrochoques (ainda praticado na França). Esta dor congelada, tomada no gelo, no gelo do horror, impossível de testemunhar. Dor “sem endereço”, pois “O Outro da melancolia é mudo” como observa Jacques Hassoun (1995). Ele não é questionado.

Nenhum *Che Vuoi* pode ainda ser engajado para abrir um caminho com o risco do desejo. Não é o enigma do desejo do Outro, mas a crueldade de seu silêncio, de sua carência, de sua ausência mais do que a queixa contra o engano. O sujeito está tetanizado. Ele não pode nem combater nem fugir. Nenhuma aparência, nenhuma estratégia para ser usada. Ele permanece agachado, escondido no seu canto, como alguns animais aterrorizados, convencendo-se de que é mesa ou cadeira, desaparecido da cena.

Ele está estupefato, tomado na luz fria do astro, na sombra do sol negro da Coisa que se confunde com seu eu (*moi*). Não há mais jogo (*jeu*² em francês). Ele não é “xeque” (*échec*³ em francês), pois no xadrez, quando este anúncio é feito ao Rei, ele ainda tem uma vez para jogar, um passo ainda é possível. Ele é “mate”, e sua dor não é senão um barulho “mate”, abafado.

Na melancolia, “A carta não está perdida nem em sofrimento. Ela está à procura de um destinatário para poder enfim ser escrita” nos diz ainda Jacques Hassoun (*ibid.*). Também o objetivo, diante deste sofrimento sem palavra, desta dor sem angústia, envelhecida no ofício, será, primeiro, o de fazer advir um destinatário, de chamar o Outro a se manifestar e a se nomear; de fazê-lo consistir de uma maneira ou de outra.

Reencontremos então, com os poetas, as palavras para dizer a mais viva dor psíquica. Antonin Artaud (1968) errando no umbigo dos limbos, mas sempre lutando contra o abismo que ameaça engolir sua palavra e seu pensamento (e procurando convencer seu editor da imperiosa necessidade de publicar seus escritos⁴):

“Músculos torcidos e em carne viva, o sentimento de ser de vidro e quebrável, um medo, uma retração diante do movimento e do barulho. Uma desordem inconsciente do andar, dos gestos, dos movimentos. Uma vontade eternamente estendida para os gestos mais simples.

² *Jeueje* em francês, respectivamente traduzidos por jogo e eu, são homófonos na língua francesa.

³ *Echec*, em francês, pode ser traduzido tanto por xeque fazendo referência ao jogo de xadrez ou ainda por fracasso.

⁴ Em sua correspondência com Jacques Rivière, publicada nesta edição, Artaud reivindica as inépcias de sua pluma como de seu pensamento, que lhe valeram uma primeira recusa em publicar na NRF: « *Não posso esperar que o tempo ou o trabalho remediem estas obscuridades ou estas fraquezas, eis porque reclamo antes tanta insistência e inquietude. esta existência, mesmo abortada* ». Desta correspondência, Maurice Blanchot fala como de um « momento de uma grande significação ». E, com efeito, foi graças a esta primeira publicação e à notável perspicácia de Jacques Rivière que Artaud teria ganho alguma trégua em sua psicose.

Um cansaço transtornante e central, uma espécie de cansaço aspirante. Os movimentos a serem recompostos, uma espécie de cansaço de morte, de cansaço de espírito para uma aplicação da mais simples tensão muscular, o gesto de tomar, de agarrar-se inconscientemente a alguma coisa, a sustentar por uma vontade aplicada.

Um cansaço de começo do mundo, a sensação de seu corpo a carregar, um sentimento de fragilidade incrível, e que se torna uma dor que quebra (...)
As coisas não têm mais odor, mais sexo. Mas sua ordem lógica também é algumas vezes rompida por causa, justamente, da falta de fetidez afetiva. As palavras apodrecem no apelo inconsciente ao cérebro, todas as palavras, para qualquer operação mental (...)."

Fica-se bastante surpreendido, nessa descrição quase clínica do que A rtaud nomeia computador "um estado físico", com a homogeneidade entre o vivido psíquico e o vivido corporal. Corpo e espírito aparecem tão estreitamente ligados que não há mais lugar para a mínima metáfora: a dor psíquica é a dor corporal. Não se está muito longe da síndrome de Cotard, melancolia "no estado puro".

"A dor dói cada vez mais", me diz uma paciente, e, portanto, o que visam essas palavras é traduzir algo desta sofrida coalescência e, ao mesmo tempo, tentar desvencilhar-se pelo próprio movimento da escrita ou da palavra.

Há também esta "fragilidade incrível" que faz o corpo de vidro, quebrável com o mínimo movimento. Este corpo de vidro, pronto para se quebrar com a explosão de mil estilhaços⁵, não é mais sustentado pelo que ordinariamente assegura sua coesão, sua estenia: o olhar do outro, o olhar interior daqueles que se ama, esta relação imaginária ao corpo do outro, que nos livra do peso das leis de gravidade em proveito desta "insustentável leveza do ser" que faz com que um corpo que se porta bem é um corpo que não se sente. "Não sentir seu corpo, não ter dor, poder suportar-se, suportar seu corpo como inexistente, é poder suportar-se com um outro corpo que nos assegura" diz François Perrier (1994) Aqui, o corpo está como que esmagado por seu próprio peso de carne, pesando não de solidez, mas sim de extrema vulnerabilidade, aqui onde há verdadeiramente um luto, é bem quando desaparece este outro que tinha a função de suporte à imagem do corpo, para cavar um espaço vazio entre a árvore e a casca, este outro para

⁵ Sobre esta sensação, Jean Allouch testemunha em seu livro: « Erotique du deuil au temps de la mort sèche », do que sofreu no anúncio da morte de sua filha e nos dias que se seguiram, testemunha de que esta morte atentava contra sua identidade imaginária, projetando-o no tempo da angústia da fragmentação que precede o estado do espelho: « *A alternativa que se coloca no vidro, e que eu sentia como tal, está quebrado/não quebrado, ela está inteiramente num registro nem mesmo de morto, de não-vida.* » (Allouch, 1995, p. 284).

quem se ocupava um lugar privilegiado: o lugar vazio de sua falta que cava em nós este esquecimento aliviante. Fazer falta a alguém seria a condição da possibilidade de um luto.

Aqui qualquer movimento está paralisado. A este respeito, Lacan (1986) fazia observar, no seminário sobre a Ética, a existência de uma homologia entre a dor e a função motriz no nível da organização fisiológica: os neurônios e os axônios da dor, situados na medula espinal, encontrando-se em contigüidade com os que estão ligados à motricidade tônica. Ele dirá: “A dor é um campo que se abre precisamente no limite onde não há a possibilidade para o ser de se mover”. Neste texto de Artaud (op.cit.), a impossibilidade de qualquer movimento é tanto psíquica quanto física, quanto afetiva ou verbal: “Não mais dor, não mais sexo”, “uma falta de fetidez afetiva”, “as palavras apodrecem...”. Eros, que ligava o afeto e o verbo desapareceu. O desinvestimento pulsional, a desintração do verbo e da carne, do sexo e do amor, abre um buraco aspirante por onde Freud(1950 [1892-1899]) encontrava uma “fuga da libido”, uma aspiração da excitação sexual somática provocando “como uma ferida”.

Fica-se igualmente surpreendido pela repetição da palavra “inconsciente”, que vem fazer um ponto de apelo, e talvez uma borda a este buraco, designando um ponto onde alguma coisa não se sabe, escapa ao demasiado sabido, ao demasiado certo, deste vazio: “uma desordem inconsciente”... “se agarrar inconscientemente a alguma coisa”... “o apelo inconsciente do cérebro”. Da desordem nasce o apelo, a alguma coisa ou a alguém. Diz-se ser inconsciente este laço.

A escolha desse texto pode parecer paradoxal para falar da dor melancólica, visto que a “loucura” flamejante e imprecativa de Antonin Artaud não era sem tonalidade paranóide, ao menos pelo que se sabe a partir de seus internamentos datando de após a viagem ao país dos Tarahumaras, mas ele, desde jovem, consumia ópio para suas dores e sofreu inúmeras curas de desintoxicação bem como eletrochoques⁶. Como a mania, a adição seria uma modalidade de auto-estímulo diante do vazio ressentido em si, uma defesa contra a ausência.

Para tanto, sobre a vertente da psicose, na qual os clínicos sempre situaram a melancolia – seja na vertente dos acessos narcísicos – a dor física, sem alucinação, é certamente comparável à da melancolia. Aliás, a “paranoicização” é muitas vezes o esboço de um processo de saída da melancolia, como se constata freqüentemente na clínica, particularmente nos acessos somáticos graves. A detecção, a designação de

⁶ Antonin Artaud sofreu distúrbios psíquicos desde a idade de 5-6 anos. Ficou internando em casas de saúde entre os 19 e 24 anos e foi isento do serviço militar. A publicação de “L’ombilic des limbes” foi seguida de longos anos de criação e de pesquisas (teatro, desenho, escrita, o surrealismo, a viagem ao México, o teatro da crueldade). Ele será internado durante toda a guerra de 1937 a 46, e morre dois anos mais tarde, com 52 anos, de um cancer diagnosticado demasiado tarde.

um “inimigo do exterior” permite, assim, mobilizar recursos imaginários tetanizados e enfrentar a angústia.

Sem a detecção deste Outro primitivo, tóxico e destruidor, a melancolia não seria senão uma dor nua e enigmática, prostração sem objeto, sofrimento sem angústia, sem espera, sem esperança, sem falta. Dor saturada de impotência, abúlica e a-simbólica.

Qualquer obra, qualquer criação, seja ela melancólica, é, portanto, uma pedra no jardim dos deleites tristonhos, ou melhor, estas rosas selvagens que desabrocham para “combater a demissão simbólica no coração da melancolia” (Kristeva, 1987), ao mesmo tempo em que serve de muralha de proteção contra o ato suicida, que é sempre seu horizonte. Ela faz advir o objeto onde não havia nada.

Talvez seja preciso que isto passe necessariamente pela detecção deste Outro que quer o Mal e de onde vem o Mal, para sair da melancolia, mesmo que esta estratégia fosse uma astúcia, um logro, uma aparência, uma vez que, se existe ódio, é também o ódio que o melancólico sente em relação ao que lhe faz falta, ao que o traiu. Ódio que ele somente pode autorizar-se a sentir ao preço de uma culpa demasiado esmagadora.

“A tristeza retém o ódio” (ibid.). As lágrimas silenciosas do desesperado, seu rosto imóvel, a seriedade e a gravidade melancólica filtram e encobrem a agressividade de quem não se aceita abandonado a seu *hilflosigkeit*, esta desordem primeira e última “em que o homem nesta relação com ele mesmo que é sua própria morte(...) não pode esperar a ajuda de ninguém” (Lacan, op.cit.). Ao se defender do ódio que sente, e da raiva, o melancólico reencontra o nada. Melhor guardar para si a infinita tristeza, o outro confundido em si mesmo, inseparado. Melhor perder-se do que perder.

Melhor não ter que renunciar ao objeto de amor, cujo amor não veio, que não “identificou o sujeito a ele mesmo reconhecendo-o no amor que lhe tinha”, como a fórmula Perrier (op.cit.). Pois é bem um encontro fracassado de que se trata na melancolia: o sujeito “não sabe o que perdeu” (Freud, 1917 [1915]), já que este objeto ele nunca teve, o que ele perdeu é inominável. O que torna o luto tão difícil não é, na verdade, tanto renunciar ao que não é mais, mas sim renunciar ao que faltou ou ao que não adveio. E é por falta de um Outro que ceda algo, que faça – desde sua própria falta – acolhimento e envelope de alteridade, envelope para um lugar vazio, um intervalo, origem da carta a vir, que o sujeito não é senão a presa de sua própria crueldade devoradora, reduzido às suas mais elementares necessidades e desesperado de fazer ouvir o que está para além delas: a demanda de amor.

Isso nos autoriza a dizer que esta dor melancólica é “gozo”? Certamente, é bem o que Lacan diz da dor, fazendo apenas seguir fielmente Freud, que opõe o gozo ao prazer, consecutivo à redução das tensões ocasionadas pela excitação pulsional. Mas percebe-se a que ponto, na melancolia, a referência a esta noção de gozo, demasiado facilmente confundida no discurso corrente com um *summum* do prazer, pode ser perigosa, conduzindo a fazer proximidade da melancolia e do masoquismo.

■

Não seria ainda mais esmagar o melancólico, chamar sua dor de gozo? É a razão pela qual fiquei bastante irritada quando, durante o colóquio da APM, um participante da sala, lançou de maneira peremptória esta afirmação: “a dor é um gozo”, sem nenhum outro comentário e sem preocupação com o público desse colóquio, composto principalmente por profissionais da saúde, confrontados a cada dia em sua prática à dor e à morte dos doentes. Houve, é claro, uma certa vaia na sala, como a cada vez que, em lugar de abrir uma possibilidade de uma escuta do inconsciente em suas ambigüidades, nós lhe calamos o bico, do alto de um Suposto Saber.

A brutalidade superegóica de um tal dizer – enunciado sem levar em conta a quem ele se dirige – no entanto tão “ortodoxo” em relação à teoria – revela, porém, um aspecto de um processo que pode fazer uma via de passagem – para o pior – entre melancolia e masoquismo: a emergência deste “mestre” ao qual o masoquista se sujeita para encontrar fora dele a causa de um gozo, em lugar de um desejo. Um aumento no lugar de uma falta. E é bem, então, uma confusão entre o discurso analítico e o discurso do mestre, e uma posição de mestre, que um tal julgamento pode verificar alienar o outro a uma palavra culpabilizante.

Para encontrar uma saída para a melancolia, tratar-se-á de fazer advir, no próprio lugar desta dor sem significação ou, na mesma medida, saturada de significações vindas do Outro – dor que faz tela ao nada – do objeto a perder, que pode também encarnar-se em um *saber a perder*.

Se “na loucura, há liberdade de uma palavra negativa que renunciou a se fazer conhecer” (Lacan, 1966, p.279), que uma palavra possa reencontrar o desejo de se fazer ouvir e reconhecer, necessidade de nossa parte de dar crédito àquele que fala do *valor de ato* de seu testemunho, para além das palavras para dizê-lo. Não se trataria, na melancolia, “de elaborar um luto”, de esgotar o registro dos significantes que ligam o sujeito a seu objeto perdido, de fazer girar sem fim o moinho de palavras, mas sim de conseguir *fazer consistir esta perda* para aceitar que ela se separe de si. Aceitar este “sacrifício de um pequeno pedaço de si” como propõe Jean Allouch (op.cit.): quer dizer um símbolo ligando o corpo ao dom e à perda. *Que um nada se torne algo para alguém e que este nada, se possa perdê-lo*. “O umbigo dos limbos” ocupa talvez esta função para Artaud: esse escrito pode fazer obra e muralha para a psicose porque ele preenchia duas condições que nos parecem essenciais: a demanda que faz disso o sujeito, ou seja a voluntária colocação em jogo de algo de si; e – através da troca de cartas ocasionada pela reticência inicial do editor – a possibilidade para o sujeito de reencontrar a palavra de alguém em uma certa dialética que permite que exista pequeno outro e – ao mesmo tempo – que exista Outro “relativizado”, não-aniquilador.

Gostaria, nesta última parte de minha apresentação, de abordar um ponto difícil, mas que não deixou de me preocupar durante a preparação deste trabalho. Abri um pouco as premissas no início de meu propósito. Isto diz respeito aos “*muçulmaners*”,

termo da língua alemã que era empregado nos campos de concentração, indicando aqueles que se deixavam morrer e que me aparecem como uma experiência extrema da melancolia, como Jacques Hassoun formulava a hipótese, dizendo que poderia tratar-se aí de uma forma paradoxal de resistência à ditadura e à barbárie. Uma forma última de resistência na não-resistência. Entretanto, ele nota igualmente que não havia nada aí de voluntário, contrariamente à “resistência passiva” de um Gandhi. Sobreviver em um sistema concentracionário nazista necessitava não ser enganado pelo “regulamento”, não se contentar com rações concedidas e não procurar se conformar à disciplina do trabalho e do campo, reconhecer a presença da morte sem buscar pretextos. A sorte certamente estava presente, mas, sobretudo, a faculdade de não se refugiar em uma negação dos objetivos nazistas: desumanizar o homem reduzindo-o, primeiro, a suas necessidades e depois, a um monte de cinzas, a nada. O “muçulmano” era aquele que se deixava morrer sem reagir, sem procurar compreender, sem se revoltar, sem possibilidade de se apoiar sobre um “credo” (religioso, militante ou simplesmente uma amizade) permitindo-lhe preservar um investimento para não se deixar morrer. Ele estava “além de qualquer socorro” (Bettelheim).

“Aquele que não foi um muçulmano por um certo tempo não pode imaginar a que ponto as transformações psíquicas eram profundas. Tornava-se tão indiferente ao destino que não queria mais nada de ninguém e esperava tranqüilamente a morte. Não tinha nem a força nem a vontade de lutar para sobreviver de um dia a outro” (Ryn e Sdarobinsky, apud Agamben, 1999).

O muçulmano não pôde compartilhar “com este punhado de amigos que nunca tinham me abandonado”, alguns versos do Canto de Ulisses da Divina Comédia, que Primo Levi (1958;1987) se esforçava de rememorar e de dar para traduzir a seu amigo francês enquanto levava as marmitas da corvéia da sopa. E estes versos de Dante, cuja memória era mais urgente que todo o resto, diziam bem à maneira deles, algo da razão de ser dos campos: *“Et la prora ire un giù, come altrui piacque... infin che l’mar fu sopra noi rinchiuso”*: “E a proa estragou, como agradou a alguém... até que o mar se fechou sobre nós”. É também não esconder esta horrível verdade, não negar a própria experiência que permitia suportar.

Dos muçulmanos desaparecidos nos campos de concentração, Primo Levi dizia, censurando-se aliás, “que tinha quase dificuldade em chamar de morte suas mortes” (Levi, 1986;1989) eles realizavam sem saber o voto nazista de desapropriação da morte: que não resta mais do que *“corpse”*, o cadáver, que eles chamavam de *“figuren”*, marionetes, figurinhas, bem feitas para esconder quem as manipula.

Então não haveria o que refletir sobre isso em relação ao que tem retorno hoje, no atual: estes fanáticos “muçulmanos” que preferem se oferecer em sacrifício, levando à morte redentora o maior número possível de infieis, obedecendo assim às injunções

de um Outro engolidor, não barrado? Que um tal sacrifício humano seja requisitado ao apelo de uma Causa – por mais legítima que seja – em uma tal celebração da morte às custas da vida, repete-se e insiste na História, coloca uma questão.

Não se trata mais aqui de sacrifício “de um pequeno pedaço de si”, da libra de carne ou do carneiro substituído ao filho, de uma aparência metaforizada, mas de um sacrifício total em que culpado e vítima se confundem, sem mais linha divisória. E esses “sacrificados” são celebrados como heróis. Seu testemunho desafetado e estereotipado aparece em cassetes de vídeo, retransmitido pelas telas de televisão do mundo inteiro.

No ponto em que, no que diz respeito à dor melancólica, entrecruzam-se pequena e grande História, o “muçulmano” nos questiona sobre o que pode incitar o ser humano a aderir do interior sua negação diante de uma realidade exterior destruidora ou ameaçadora, deixando assim o campo livre à única pulsão de morte.

Gérard de Nerval, no acme do crepúsculo melancólico, escreve: “Eu acreditei então me encontrar no meio de um vasto ossário onde a História universal estava escrita com traços de sangue”. Esta visão de um mundo unicamente reduzido ao ódio, pode ser considerada profética, mas é uma visão melancólica que devemos trazer de volta à problemática singular daquele que testemunha. O contágio não é inevitável.

Do mesmo modo, e apesar de um discurso que permanece atual e que havia declarado que toda a culpabilidade recairia sobre as vítimas, declarando-se, assim, irresponsável e não-culpado (“eu apenas obedeci ordens”), cada um, um por um, deve fazer o esforço para sair da “zona cinza”⁷ da melancolia onde nada mais faz fronteira entre o Bem e o Mal, o amor e o ódio, entre a Vida e a Morte.

Transpor o abismo melancólico, sair dos limbos do nada do objeto, deixar a posição de resíduo, não se deixar aniquilar pelo pensamento do “pior sempre está por vir”, necessita cedo ou tarde de se dominar na responsabilidade de seu próprio destino. E mesmo que a psicanálise nos ensine que a liberdade não existe e que a dificuldade e os lutos são inerentes à existência, pode-se ficar determinado em descobrir e inventar o nome deste “destino a calar” (*destin à taire*⁸ em francês).

⁷ Segundo a expressão de Primo Lévi, em “Les naufragés et les rescapés” (op.cit.), a “zona cinza” no *lager* é constituída pelo indecifrável, o fora de foco, ela «*separa e liga ao mesmo tempo os dois campos dos senhores e dos escravos*», pronta para todos os compromissos. É esta «*zona de ambiguidade que irradiam os regimes baseados no terror e na submissão*».

⁸ *Destin à taire* e *destinataire*, respectivamente traduzidos por destino a calar e destinatário, são homófonos em francês.

“Se há um destino, a liberdade não é possível,
se – ao contrário – a liberdade existe então não há destino,
isto é, que nós mesmos somos o destino”.
Imre Kertész (1975;1998)⁹
“Ser sem destino”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, Giorgio. *Ce qui reste d'Auschwitz*. Rivages, 1999.
ALLOUCH, Jean. *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*. E.P.E.L, 1995.
ARTAUD, Antonin. *L'ombilic des Limbes*. Paris: Folio Gallimard, 1968.
EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi – dépression et société*. Odile Jacob, 1998
FREUD, Sigmund (1950 [1892-1899]). *Naissance de la Psychanalyse*: manuscrite G.
_____. (1917e[1915]). *Deuil et mélancolie*.
HASSOUN, Jacques. *La cruauté mélancholique*. Aubier, 1995.
KERTÉSZ, Imre. *Etre sans destin*. Tradução francesa. Actes Sud, 1998. Ed. originale: Budapest, 1975.
KRISTEVA, Julia. *Soleil Noir, dépression et mélancholie*. Paris: Gallimard, 1987
LACAN, Jacques. *L'Éthique*. Paris: Seuil, 1986
LACAN, Jacques. *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.
LÉVI, Primo. *Si c'est un homme*. Tradução francesa. Julliard, 1987. Edição italiana: 1958 e 1976.
LÉVI, Primo. *Des naufragés et des rescapés*. Tradução francesa. Paris: Edition Gallimard, 1989.
Coll. Arcades. Edição italiana, 1986.
PERRIER, François. *La Chaussée d'Antin*. Bibliothèque Albin Michel, 1994.

⁹ Imre Kertész tinha 15 anos quando foi deportado para Buchenwald.

QUEM É O CULPADO DE NOSSAS PERDAS? (DESMISTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO)*

Alfredo Jerusalinsky**

RESUMO

O autor retoma o estatuto kleiniano da depressão, segundo o qual a depressão é uma forma de angústia – a angústia depressiva – estruturante do sujeito. É o que permite ao eu, através da culpa, se fazer responsável pela castração do sujeito (separação mãe/criança). À bipolaridade maníaco-depressiva descrita pela psiquiatria, corresponderia, na psicanálise, a oscilação do modo (onipotente/impotente) como o eu representa o sujeito na relação ao desejo e à castração.

PALAVRAS-CHAVES: angústia depressiva; culpa; castração

ABSTRACT

The author reviews the kleinian statute of depression, according to which depression is a form of anxiety – depressive anxiety – related to the process of building the structure of the subject. It is what allows the ego, through guilt, to become responsible for subject's castration (mother/child separation). To the maniac-depressive bipolarity described by psychiatry, would correspond, in psychoanalysis, the oscillation of the way (omnipotent/impotent) the ego represents the subject in the relation to wish and castration.

KEYWORDS: depressive anxiety; guilt; castration

* Trabalho apresentado na Jornada “Os nomes da tristeza na clínica psicanalítica”, promovida pela APPOA no dia 30 de setembro de 2001 em Porto Alegre.

**Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre e da *Association Freudienne Internationale*, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RS e autor de *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. 2. ed.. Porto Alegre : Artes e Ofícios, 1999.



O NARCISISMO DAS PEQUENAS DIFERENÇAS

Numa reportagem de um jornal local, um “soldado de Deus” do Islã é interpelado por um jornalista ocidental acerca de se ele não sentia remorso pelos civis que tinha matado nos seus atos terroristas. E a resposta dele foi : “não existem civis, só existem culpados; os que morrem são culpados”. É exatamente o mesmo conceito que, do outro lado, se esconde sob o nome de “Guerra Suja”.

O conceito de Guerra Suja consiste numa desculpa antecipada por todos os inocentes que deverão ser mortos para conseguir castigar alguns culpados. O truque consiste em considerar qualquer um como potencialmente culpado até ele demonstrar o contrário. Na Argentina, tivemos a triste experiência de saber como isso funciona : “se foi suprimido ou desapareceu, não foi por nada. Alguma coisa terá feito para merecer”. A diferença que há entre um lado e outro é que quem torna supostamente justa a morte de um lado é o A-lá; e do outro, *o aqui*.

Mas seja *a lá* ou *o aqui*, a moral que está por trás de tais enunciados é exatamente a mesma. O que permite a produção desses enunciados é um certo imaginário em curso, onde o outro, pelo fato dele ser portador de uma diferença, se torna culpado de que se revele a castração que nos afeta. Automaticamente essa diferença implica que eu não cubro todas as variedades do ser, sou não-todo. Obviamente ser não-todo é suportar a castração.

Ocorre que se alguém representa uma diferença indicativa da falha do eu, ele se torna insuportável. Mais ainda, se essa diferença representa um real que me implica, ele se torna ameaçante. Uma resposta violenta advém como praticamente inevitável, a menos que eu esteja em condições de simbolizar esse real.

Do mesmo modo, se alguém representa, ele mesmo, uma diferença indicativa da falha do eu, ele se torna insuportável para si mesmo. Se essa diferença representa um real, ele se torna ameaçante para si mesmo.


O NÃO-TODO E A DEPRESSÃO

Este, a meu modo de ver, é o fundamento disso que se chama depressão. E digo uma e não A depressão. Uma qualquer, uma das formas que ela tiver. Suporta-se alguma das espécies da depressão, alguma delas, quando eu sou não-todo.

Será por isso que a depressão atinge mais as mulheres? Já que elas são não-todas. Também – e essa pode agregar-se como causa – são não-tolas. Não é que homem seja todo, senão que o homem é suficientemente tolo para acreditar que o é. A mulher sabe, não é tola, sabe que é não-toda.

POR QUE FREUD SE OCUPOU TÃO POUCO DA DEPRESSÃO?

Digo que as espécies da depressão podem ser muitas, como as variedades dos sentimentos. É curioso que Freud tenha se ocupado tão pouco da depressão, porque



ela aparece por toda parte. Ela é parente direta da castração. Mas que Freud tenha se ocupado tão pouco da depressão, tem um motivo. A depressão é um sentimento, os sentimentos se sentem, são conscientes. O “objeto”¹ da psicanálise é o inconsciente, portanto os sentimentos não são sua matéria fundamental. A psicanálise não é uma ciência dos sentimentos.

Mas de todos os modos, os sentimentos são formações dos inconsciente, embora eles sejam conscientes. Do mesmo modo, o brincar se manifesta como uma atividade consciente, embora implique num surpreendente encontro com o Outro. O brincar, o chiste e os sentimentos invariavelmente nos surpreendem.

De repente, descobrimo-nos perdidamente apaixonados por uma mulher que acaba de cruzar na nossa frente descendo do metrô e que se perde na multidão e nunca mais voltaremos a vê-la. Essa paixão dura apenas uns poucos segundos. Mas durante esses segundos, juraríamos que nossa vida seria muito mais feliz com ela.

Justamente os sentimentos nos surpreendem, tanto como nos surpreende o brincar das crianças. Somos tomados pelo brincar das crianças como o somos por um chiste. Nos golpeia, bate em nós, levanta sempre uma questão. Nossos pequenos filhos nos pedem pela décima vez que contemos o mesmo conto, e a cada vez voltamos a nos perguntar quê particular encontro com o Outro é esse que exige sua repetição literal.

O chiste, Freud já deixou isso suficientemente esclarecido, consegue seu efeito cômico na medida em que nos leva a uma posição onde encontramos o Outro num lugar inesperado. Invertemos a situação imaginariamente supondo que nós é que enganamos o Outro, como se tivéssemos sido nós que o empurramos fora de seu lugar. Na verdade, ele já estava nesse outro lugar, e nós não sabíamos.

Isso é que Freud descobre acerca do chiste na sua relação com o inconsciente. Então, por que Freud não se ocupou da depressão nessa mesma direção? Ou seja que, embora ela seja um sentimento consciente, ela também implica num surpreendente – e devastador – encontro com o Outro. Mas até que ponto a depressão pode ser considerada formação do inconsciente e até que ponto ela deve ser considerada uma estrutura clínica ?

Como ocorre com toda formação do inconsciente, ela aparece em qualquer quadro psicopatológico. O sonho não é particular de um quadro psicopatológico determinado. Sonham os neuróticos obsessivos, os histéricos, os eufóricos, os psicóticos, os perversos, todos sonhamos. Por isso, deprimidos, todos podemos estar. Então, por que Freud se ocupou tão pouco disso?

¹ Certamente a Psicanálise é uma episteme sem objeto, já que é a episteme que, por excelência, se ocupa do objeto perdido. Onde podemos ler que o objeto é um lugar vazio. Estamos, nessa frase, aludindo ao que restava de “científico” no espírito freudiano.

■

Eu vou arriscar uma interpretação: porque estava deprimido. E passou longos anos deprimido. É só olhar o “caderno de bitácora”, a agenda de anotações dele, (a partir da qual apareceu uma bela publicação, da Editora Artes Médicas, sob o título de “Diário de Sigmund Freud”). Basta dar uma olhada nessas anotações, que vão de 1924 à sua morte, para compreender as razões de sua depressão. São anotações de seus últimos quinze anos.

Quinze anos para estar deprimido não é pouco, considerando que nossos pacientes apenas suportam alguns dias antes de ir ao psiquiatra para pedir um socorro medicamentoso. Mas que razões podia ter um homem de sucesso como ele para estar deprimido?

Ora em 1924, o seu médico disse-lhe que ele tinha apenas mais um par de anos de vida devido a seu câncer. Começou a padecer dores ingovernáveis, foi submetido a uma série de cirurgias – que depois se souberam inadequadas –, sofreu o exílio e, com ele, a perda parcial de sua modesta fortuna. E, antes disso, viveu todo o processo de isolamento e maltrato da comunidade judaica, a perseguição e a discriminação.

É nesses anos que ele escreve o texto sobre a guerra e sua pessimista perspectiva sobre a humanidade contida no “Mal Estar na Civilização”.

O ESTATUTO KLEINIANO DA DEPRESSÃO

É Melanie Klein quem retoma o problema da depressão e lhe confere um estatuto verdadeiramente analítico. Por outro lado, é ela quem legitima, no interior da psicanálise, a teorização do chamado quadro maníaco-depressivo, oriundo, nosograficamente falando, das observações fenomenológicas da psiquiatria a partir de 1920.

Quer dizer que Melanie Klein estava atenta e sensível àquilo que na psiquiatria vinha acontecendo. E ela tentou produzir uma leitura psicanalítica possível dessa fenomenologia.

Há um artigo de Melanie Klein, de 1940, que se chama “O luto e a sua relação com os estados maníacos-depressivos”. Observemos a notável coincidência nesse texto com aquilo que nossa colega Norma Brunner aponta no seu trabalho² sobre »o brincar como elaboração do luto pela separação”. Melanie Klein disse assim:

“Desde meu ponto de vista, há uma conexão entre o juízo da realidade e o luto normal. No luto normal e nos processos mentais precoces, acredito que a criança passa por estados mentais comparáveis ao do luto do adulto, e que são esses precoces lutos, os que se revivem posteriormente na vida quando se experimenta algo penoso. O método mais importan-

² Texto publicado neste número da Revista.

te para que a criança consiga vencer esses estados de luto, esse é o meu ponto de vista, é o julgamento de realidade. Este processo, tal como Freud assinalou, forma parte do trabalho de luto.” (Klein, 1940, p. 279 - 80).

Num artigo que é comunicado posteriormente a sua morte, no Congresso Internacional de Psicanálise, do ano 1959, ela diz que o brincar forma parte da construção da realidade. *Mutatus mutandis*, o brincar está ao serviço da elaboração de um luto normal na infância. Aí temos a notável coincidência com o trabalho de Norma Brunner.

Melanie Klein (1940) disse que as flutuações entre a posição depressiva e a maníaca são parte essencial do desenvolvimento normal. Ela manteve sempre a idéia de que a depressão é uma forma da angústia, e que esse é o seu estatuto. Chamava-as ou bem de angústias depressivas, ou bem de ansiedades depressivas. Elas se apresentavam como medo de que tanto o eu primitivo, quanto os objetos chamados bons, fossem destruídos. O sujeito fica conduzido, por essas ansiedades depressivas, a construir fantasias onipotentes e violentas, em parte com o propósito de controle dos objetos ruins, perigosos e ameaçantes, e em parte para salvar e restaurar os objetos chamados bons.

Há uma nota também comunicada *pós-mortem* no congresso da Associação Psicanalítica Internacional em Copenhagen, em julho de 1959, que leva o título de “Simpósio sobre doença depressiva. Uma nota sobre a depressão no esquizofrênico”. Diz o seguinte:

“As emoções de depressão e de culpa que se desenvolvem mais amplamente na fase em que surge a posição depressiva operam já, segundo meus conceitos mais recentes, em certa medida durante a fase esquizo-paranóide.” (Klein, 1959, p. 237 - 40)

O vínculo entre essas duas posições é a luta entre os instintos de vida e de morte. Com o crescente poder do ego surge a posição depressiva. Ou seja, a depressão não é produto de um empobrecimento do ego, mas de um enriquecimento do mesmo que lhe permite representar, ao mesmo tempo e reunidos, o objeto bom e o objeto ruim. É por causa desse fortalecimento que surge com mais força a angústia depressiva. Tal é a concepção de Melanie Klein.

Para concluir as citações, vamos referir um fragmento de um artigo de Elliot Jacques, psicanalista londrino da década de 50. Num artigo que se chama “Os sistemas sociais como defesa contra as ansiedades persecutória e depressiva. Uma contribuição ao estudo psicanalítico dos processos sociais”, ele diz :

“Se essa hipótese resulta adequada, então a observação do processo social é suscetível de oferecer uma visão aumentada dos mecanismos psicóticos comprováveis nos indivíduos. Ao mesmo tempo que oferece também uma colocação em cena que pode ser compartilhada por mais de um observador. Além disso, muitos problemas sociais econômicos e po-

líticos que freqüentemente são atribuídos à ignorância humana, estupidéz, atitudes equivocadas, egoísmo, fanatismo, busca de poder, podem se tornar mais compreensíveis se eles são vistos como receptores de tentativas inconscientemente motivadas dos seres humanos para se defender da melhor maneira possível nesse momento contra a experiência de ansiedades, cujas fontes não podem ser controladas conscientemente.

E as razões da refratariedade à mudança, de muitas tensões sociais e tensões grupais, podem ser mais claramente apreciadas se elas são vistas como resistências, no sentido analítico, de grupo de pessoas inconscientemente agarradas às instituições que elas têm, porque a mudança nas relações sociais ameaça a perturbar as defesas sociais existentes contra a ansiedade psicótica”. (Jacques, 1950, p. 459)

Fizemos este percurso prévio para demonstrar que a questão da depressão na psicanálise tem uma história. Uma história de elaboração conceitual que segue mais ou menos este caminho. Freud não se ocupa da depressão porque está deprimido; e quando se ocupa da depressão, o faz em termos fatalistas: ou sob a forma que tomam as pulsões no seu trabalho acerca da psicanálise diante da guerra, ou sob a forma do pessimismo que o assalta nos últimos seis ou sete anos de sua vida acerca do destino da pulsão de morte.

CULPA E DEPRESSÃO

É Melanie Klein quem valoriza a função da depressão como estruturante, ou seja, como aquela que permite ao ego se fazer responsável da castração que o sujeito padece. Quem padece a castração não é o ego, é o sujeito, e quem se faz responsável não é o sujeito, mas o ego; e é por isso que surge a culpa.

É o ego quem suporta a culpa porque a culpa é da ordem do imaginário. Se a culpa é real, essa culpa real é objeto do discurso jurídico. É o discurso jurídico que se ocupa das culpas reais, e julga em função dos atos e das provas. Tem que haver uma comprovação real fática, no registro do real mesmo para que se justifique uma condenação. Disso o discurso analítico não se ocupa.

O discurso analítico não se ocupa da culpa real porque não condena ninguém, não é sua função. Culpa simbólica não há, não existe o conceito de culpa simbólica, porque na primazia do simbólico a prova fática não é o que determina os atos; e se essa prova vier a se produzir, é porque ela responde a uma ordem previamente – e inconscientemente – determinada. Se essa ordem é islâmica, é islâmica; e se é neoliberal, é neoliberal. Os juízes que pregam a autonomia da ordem jurídica bem sabem quanto trabalho custa a eles manter a especificidade do discurso jurídico à respeito dos discursos político e religioso.

Cada sujeito que se constitui no interior de uma referência simbólica apóia nessa referência simbólica seu modo de acesso à verdade, e não há outro, é esse.

Portanto, ele responde a essa forma de acesso à verdade, o que quer dizer que, a culpa está fora desse sistema simbólico, dentro desse sistema simbólico não há culpa. Precisamente é culpado quem escapa, quem sai desse sistema simbólico. Quem escapa da regra do neoliberalismo é o culpado, quem escapa do islamismo é culpado.

De acordo com o Talibã, se se masturbou com a revista Playboy, a sua mão tem que ser cortada – se foi com a mão. Não há culpa simbólica, porque no interior do sistema simbólico, quando há culpa, ela se transforma imediatamente em real. Alguém que não obedece às leis do mercado é um delinqüente. Se não é um delinqüente, já é perigoso, um delinqüente potencial. Um cooperativista é suspeito, um comunitarista em termos da propriedade está na beira da lei. Não estou falando do comunismo, eu estou falando do comunitarista, ou seja, uma idéia de alguma forma de propriedade coletiva já é ameaçante.

É claro que cada nação define de modo mais ou menos arbitrário os limites que estabelecem para os atos um valor simbólico ou um valor real. É ali que se define quanto de ameaçante é cada um, e se ele pode ficar livre ou vai preso. Mas culpa mesmo é imaginária. É imaginária justamente porque é o eu quem se faz responsável do modo em que o sujeito suporta a castração.³

Portanto é ele que se considera culpado do padecimento do sujeito que ele representa. O eu, digamos, pode ser um bom ou um mal advogado do sujeito. Se é um bom advogado, o sujeito pode entrar num estado maníaco e supor possuir uma onipotência que o torna capaz de realizar de modo perfeito seu desejo. E, como todo bom advogado, o eu pode enganar todos os outros e representar o sujeito no seu desejo sob a forma de um delírio de grandeza sem que ninguém se dê conta, sem que ninguém perceba. Se o eu o representa mal, o desejo fracassa, o sujeito entra em depressão.

A bipolaridade da qual fala a fenomenologia psiquiátrica, na verdade trata-se de esta oscilação entre a onipotência e a impotência para representar o desejo. Representá-lo onde? No único lugar em que o sujeito se representa: no discurso.

³ A culpa tem para Freud uma função simbólica na medida em que inibe a agressividade e a pulsão de morte (veja-se sua conceitualização a esse respeito em *O mal-estar na civilização*), mas podemos sustentar a idéia dela ser imaginária na medida em que aparece como antecipação egóica das conseqüências de efetuação do ato de agressão. Ou, no *posterior* ato, como cobrança do ego contra a emergência da pulsão agressiva do sujeito do inconsciente.

A ANGÚSTIA DEPRESSIVA NÃO É UM QUADRO

Vamos aos exemplos clínicos:

Uma paciente histérico-melancólica, ou seja, na qual prevalecia a angústia depressiva. Era uma jovem mulher muito bonita que fez um *book*⁴. Esse *book* custou um bom dinheiro e, conseqüentemente, um bom sacrifício do pai de modestos recursos. Um bom sacrifício porque essa mulher, muito jovem, escolheu para a composição um desses fotógrafos que, pela sua fama, asseguraria-lhe o futuro. Quando a mulher viu as fotos disse – parafraseando uma famosa modelo: “Isso aí que é mulher, não o que eu tenho em casa”, apesar de ser a própria foto, a foto de si mesma.

O sintoma se revela quando ela guarda sob chave o precioso *book*. Não o põe em circulação. Porque nesse *book* qualquer um poderia vir a descobrir os defeitos que ela tem no corpo. Esse conjunto fotográfico, seguramente feito com maquiagem, como é habitual. O curioso é que para ela essa maquiagem viria a revelar que ela tem alguma coisa que ocultar.

Temos ali o modo dela se representar no discurso social. Embora ela não leve o *book* às empresas publicitárias. Embora esse instrumento não circule publicamente, ela está mentalmente representada no discurso como alguém portadora de castração, sob a forma – imaginária – de uma castração real. Insuportável para ela, isso configura sua posição melancólica. Não é um luto, mas uma melancolia. Uma histeria na qual prevalece a ordem da angústia depressiva já que, fica claro, se trata da emergência de um real que fica por cima do sujeito. Dito de outro modo, o sujeito fica representado por esse real, e por isso que ele se vê como culpado de seu defeito. Seu narcisismo não alcança a recobrir sua falha. O eu se dilata do lado da culpa e se encolhe do lado da defesa do desejo.

Esta paciente formula uma construção onde se sente culpada de não ter se protegido suficientemente do sol. A sua “pele ficou ressequida”, e se ela tivesse se cuidado suficientemente do sol quando era pequena e, por sinal, se sua mãe a tivesse cuidado o suficiente, ela não teria que ter botado maquiagem (sic).

A atribuição imaginária da culpa oscila entre ela e sua mãe: a mãe que não a cuidou; ela que não soube se cuidar. Seu ego, na verdade não é nada débil; pelo contrário, ela tem um ego suficientemente forte como para se fazer culpado da impossibilidade de realização de seu desejo.

⁴ *Book* é o nome que se utiliza na gíria publicitária para designar o conjunto de fotografias com o qual uma modelo se apresenta.

É por isso que, do ponto de vista fenomenológico kleiniano, refere-se, com toda pertinência, que quando um esquizofrênico se deprime, algo interessante está começando a acontecer com ele. Ou seja, algo da ordem do eu, que num esquizofrênico é demasiado ténue. Melanie Klein (1940) relata um caso trazido por Hanna Segal de um menino de 9 anos, esquizofrênico, que, quando começa a apresentar sentimento de culpa, começa a descobrir que sua mãe não o ama. Se evidencia assim que a culpa advém como conseqüência da agressividade provocada pela falta do amor materno que já era percebida inconscientemente antes dele descobri-lo. É pela análise da culpa que se desvela a falha no desejo.

Há ali um eu que reclama representação nos afetos maternos. Quando ele descobre isto, o seu relógio, (estamos falando de 1940, tempo em que não era tão fácil conseguir um relógio) que era um relógio de família, ele o joga no chão e pula em cima dele até despedaçá-lo. Então, ele chora com os pedaços do relógio na mão, diante das pequenas engrenagem espalhadas, e quando chora diz: minha mãe, minha mãe, minha mãe despedaçada. Porém, diz Melaine Klein que é necessário passar por esta dor para que, no campo de esquizofrenia, algo novo possa vir a ocorrer, embora não saibamos o que virá a ocorrer. (Ela era bem mais modesta, na sua pretensão predictiva, do que muitos analistas kleinianos que a sucederam).

A operação de cura, embora ela não tivesse percebido todas as conseqüências, no que diz respeito à prevalência da angústia depressiva, passa pelo ponto de produzir uma separação. Uma separação da criança e sua mãe, uma separação do eu do sujeito, o que quer dizer separar a instância imaginária da instância simbólica.

É curioso, mas Melanie Klein usou, e muito, o termo separação. No caso Dick, por exemplo, não há praticamente uma sessão onde não seja utilizado esse termo com propriedade, adequadamente.

Embora para ela se trata de uma separação, provavelmente não alude à separação entre o imaginário e o simbólico, mas entre o imaginário e o real. Porém, devemos reconhecer que Melanie Klein andava perto da chave da questão. Não é para nada desprezível a sua contribuição nesse ponto, precisamente porque ela vinculou a culpa e a depressão no processo de cura, ou seja, a inevitabilidade de se atravessar pelo terreno – agora já estamos no conceito de Lacan – imaginário da culpa.

É inevitável atravessar o terreno imaginário da culpa para produzir algo na direção da cura quando há prevalência da angústia depressiva. E faço notar que estamos falando da angústia depressiva e não de um quadro clínico, de uma nosografia. Porque a angústia depressiva pode se apresentar, por exemplo, como dissemos anteriormente, como um dos fenômenos elementares que Clérambault denomina fenômenos crepusculares, que são os que precedem à crise psicótica. Crepusculares porque eles manifestam um “crepúsculo” da personalidade. Uma decomposição do psíquico nos seus fenômenos elementares. A pulsão escópica, por um lado; os sentimentos, por outro, a

motricidade, a pulsão invocante, o anal e o oral, cada um sem se articular com o outro e sem responder ao recalque nem à inibição. Cada pulsão segue o seu próprio percurso totalmente autônomo do outro.

Então, a percepção não depende do pensamento, a linguagem não depende da percepção, cada um dos fenômenos atua por seu lado. São como espécies de cursos livres, aventurados, de diferentes circuitos da pulsão. É uma pulsão sem pai, ou, poderíamos dizer melhor : são as incursões do pai real nos circuitos da pulsão. O psicótico, então, quando padece essa decomposição tenta recompor sua articulação mediante a construção de uma metáfora alucinatória ou delirante. Eis ali que ele entra em crise.

A prevalência da angústia depressiva pode aparecer, e geralmente aparece, como um dos fenômenos elementares. Assim como o sujeito escuta uma voz e não se reconhece no espelho, ou começa a ter sensações estranhas na mão, ele tem manifestações depressivas: não toma banho, não quer sair da cama, se auto-despreza, se isola, desvaloriza o mundo externo, entra em euforia manifestando idéias de grandeza, sobre-estima sua capacidade econômica, etc.

Também a angústia depressiva pode aparecer como um efeito dos processos de elaboração da castração, e ali ela toma a forma de um luto. Ela também pode aparecer como produto da histerização necessária à constituição do sujeito feminino, ou seja, na inclusão do sujeito no complexo de castração, não na angústia de castração, mas no complexo de castração. E ali, justamente pelo fato de a mulher se considerar na posição de já castrado, tomar o falo como objeto perdido e entrar num processo de melancolização.

Bem sabemos que a *belle indifférence d'hystérique* é uma das formas da melancolia histérica. Por outro lado, um sintoma maravilhoso do ponto de vista amoroso, não há mulher mais cantada na poesia romântica do que a histérica melancólica. A melancolia, à histérica lhe cai bem – como um bom vestido. Assim como diríamos que a melancolia, no obsessivo, cai mal. A melancolia do obsessivo o leva ao sintoma sacrificial, a ceder seu lugar para o outro. É a melancolia de Camille Claudel. Sua melancolia não é a da psicótica, mas a da mulher obsessiva⁵, embora fosse a prevalência da angústia depressiva que acabou determinando sua equívoca internação. Assim como a paciente do *book* o fechou numa gaveta e ela mesma ficou recolhida aquém do discurso social, Camille Claudel se encerrou junto com a sua obra a sete chaves.

⁵ Sobre “Camille Claudel: uma neurose obsessiva feminina”, ver a *Revista da APPOA*, n. 17, nov/1999, p. 26 - 36.

CONTROVÉRSIA CLÍNICA

Agora bem, quando se diagnostica um quadro maníaco-depressivo, será que a manifestação depressiva constitui um quadro maníaco-depressivo? Ou será que quando aparecem os fenômenos elementares que vão detonar uma crise isto é tomado nosso graficamente como um quadro, supondo que o que vem depois - a crise - é uma conseqüência da depressão? Este me parece ser o grande equívoco da fenomenologia psiquiátrica atual.

Uma paciente diagnosticada com uma psicose maníaco-depressiva, que na verdade é uma neurótica obsessiva com prevalência de angústia depressiva, entra em crise porque a sua depressão é cortada pela medicação. Justamente a depressão se apresenta como via de acesso possível para ela se reunir com o objeto de sua sexualidade. Por sinal, o objeto que ela mais temia. Ela só entrava em crise - as seis crises que apresentou - quando se aproximava de seu objeto sexual. O resto de sua vida era completamente normal, mas, quando se aproximava de uma relação amorosa, entrava em crise.

Dessa vez ela, já estando na análise, em lugar de entrar em crise, entrou em depressão. A angústia depressiva era produto da convicção de que ela não ia ser merecedora do amor de ninguém. Essa depressão era necessária para que ela tivesse a chance de encontrar um traço no seu eu que lhe permitisse se reconhecer como amável. E que entrasse nessa relação com a suficiente prudência como para não detonar uma exigência delirante de resposta amorosa do outro. Foi o que aconteceu com a medicação: a detonação da imprudência. A medicação acabou com a angústia depressiva, e ela entrou numa demanda absolutamente insuportável para seu parceiro circunstancial. O qual obviamente se assustou com o fato de que uma hora depois de terem se separado, ela ligava para o telefone perguntando por que o outro não tinha ligado. E este tempo foi se encurtando até dez minutos, o qual acabou determinando que seu objeto de amor se distanciasse, e ela voltasse a sua posição obsessiva, onde retoma todo o quadro de rivalização e todos os sintomas obsessivos.

Que conclusão tira de tudo isto o psiquiatra? Sua conclusão é que esta mulher tem que viver sem relação amorosa. Ele diz isso a ela, e ela lhe responde: ‘Mas eu sou humana!’. Com o qual está lhe dizendo: “Eu não sou uma máquina de neuro-transmissão, eu estou tocada pelo significante que me fez falta”.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JACQUES, Elliot. Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva (1950). In: KLEIN, Melanie. *Obras completas*. Buenos Aires : Paidós, 1979. v. 4. p. 459.

KLEIN, Melanie. El duelo y su relación com los estados maníaco-depresivos (1940). In: _____. *Obras completas*. Buenos Aires : Paidós, 1979. v. 2. p. 279 - 80.

KLEIN, Melanie. Simpósio sobre doença depressiva. Uma nota sobre a depressão no esquizofrênico (1959). In: _____. *Obras completas*. Buenos Aires : Paidós, 1979. v. 6. p. 237 - 40.

**RECORDAR,
REPETIR,
ELABORAR**

MELANCOLIA*

Emil Kraepelin

*N*ascido na Alemanha, em 1856, ou seja, no mesmo ano que Freud, Emil Kraepelin desenvolve sua obra fundadora da psiquiatria contemporânea em paralelo com a nascente psicanálise. Seu gigantesco trabalho descritivo e classificatório constituiria uma grande síntese das conquistas semiológicas da psiquiatria do século XIX, como também estabeleceria um sólido sistema nosográfico, ao qual se referenciariam todas as principais correntes psiquiátricas posteriores. Mesmo a obra freudiana, em vários momentos, supõe o recorte de Kraepelin do campo psicopatológico, notadamente no que se refere à delimitação das psicoses.

O início de sua carreira ocorre em Leipzig, aos vinte anos de idade, trabalhando no laboratório de psicologia experimental do não menos célebre Wilhelm Wundt.

Em 1886, Kraepelin obtém o posto de professor de psiquiatria na Universidade de Dorpat, oito anos após ter defendido, em Munique, sua tese sobre “O lugar da psicologia na psiquiatria”, sob a orientação de von Gudden. Transfere-se, em 1890, para Heidelberg, vindo a assumir a cátedra de psiquiatria daquela famosa Universidade, em 1903.

O essencial de seu pensamento foi publicado em seu famoso “Tratado de Psiquiatria”, que conheceria oito edições entre os anos de 1883 e 1915. Cada nova

* Tradução de Mariane Silva da Silva.???

edição comportava, em geral, uma revisão da doutrina e um remanejamento da classificação.

Seu método de abordagem dos fenômenos psicopatológicos era essencialmente clínico-descritivo e classificatório. Trabalhando e morando por vários anos na clínica psiquiátrica da Universidade de Heidelberg (que, por sua iniciativa, viria a se tornar, em 1918, o Instituto Alemão de Pesquisas Psiquiátricas), Kraepelin tinha acesso direto à observação de seus pacientes, não apenas através de consultas isoladas, mas podendo acompanhá-los ao longo do tempo. Dessa forma, a perspectiva longitudinal e evolutiva acabou por se tornar uma exigência metodológica da psicopatologia kraepeliniana. Descrever uma entidade mórbida era descrevê-la minuciosamente no tempo e em sua evolução, determinando, por fim, as características de seu estado terminal.

Compreende-se daí que uma de suas maiores e mais permanentes contribuições para a delimitação de nossas entidades psicopatológicas contemporâneas tenha sido a criação da categoria de “Demência precoce”, uma condição mórbida que se define precisamente por sua evolução inexorável e extemporânea para o empobrecimento e embrutecimento (*Verblödung*) do funcionamento psíquico.

Com o conceito de “Demência precoce”, Kraepelin confere unidade a três outras entidades clínicas, inicialmente descritas como independentes: a catatonía, de Kahlbaum (1863 e 1874); a hebefrenia, de Heckel (1871) e uma forma delirante, que ele próprio definiria como “paranóide”¹.

A concepção kraepeliniana de “Demência precoce” é delimitada em 1899, na sexta edição de seu Tratado, sendo posteriormente reelaborada por Bleuler, em 1911, em seu famoso trabalho intitulado “Dementia precox ou o Grupo das Esquizofrenias”, que daria o contorno atual dessa entidade clínica.

Com relação aos delírios crônicos, sobretudo os de cunho persecutório, Kraepelin considerava inicialmente, ou seja, à época da 6ª. edição de seu Tratado, que esses deveriam fazer parte da recém-criada Dementia Precox, sendo que os casos em que sua presença constituísse a nota clínica dominante, deveriam ser considerados como formas paranóides daquela patologia.

Somente mais tarde, sob a pressão e os argumentos da tradição psiquiátrica francesa, que historicamente considerava os quadros delirantes como entidades autônomas, Kraepelin acabaria por distinguir as formas paranóides da demência precoce dos delírios crônicos e sistematizados de conteúdo persecutório, que passariam a ser denominados de “paranóia”. Assim, a oitava e última edição de seu Tratado apresenta claramente essa distinção, separando a forma paranóide da demência

¹ Cf. POSTEL J. & QUETEL C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1983, p. 658.

precoce da categoria de “paranóia”, a qual se manifestaria sob três formas principais: “delírio de perseguição”, “delírio de grandeza” e “paranóia erótica”. Esta última seria teorizada como “erotomania”, no contexto francês.

Uma outra dimensão importante da proposta classificatória e sistematizadora de Kraepelin diz respeito ao estatuto das categorias descritas. Para o psiquiatra alemão, tratava-se inquestionavelmente de se delimitarem entidades mórbidas, ou seja, doenças mentais em um sentido médico estrito enquanto entidades nosológicas clínico-evolutivas². Dessa forma, a seu ver, uma nosografia psiquiátrica deveria ter por eixo metodológico a preocupação etiológica, ou seja, as entidades descritas deveriam corresponder precisamente a recortes nosológicos específicos, segundo as causas implicadas. É assim que encontramos em suas classificações a divisão entre doenças de causa “endógena” e doenças de causas “exógenas”, “doenças mentais congênitas” e “doenças mentais adquiridas”, etc. Mesmo as “nevroses psicógenas”, por ele descritas, só encontram condições de possibilidade para sua instalação sobre um fundo orgânico de “predisposição geral”³.

É nesse contexto teórico que se dará a descrição da “Loucura maniaco-depressiva”, enquanto psicose endógena ou constitucional. A melancolia, por sua vez, será descrita inicialmente como psicose involutiva para, só posteriormente, a partir de 1913, ser considerada como fazendo parte da loucura maniaco-depressiva, como veremos adiante.

A história do estudo dos estados depressivos, em especial desta condição paradigmática que é a melancolia, está marcada, desde seus inícios, por concepções que atribuem um papel decisivo a fatores naturais na gênese dos estados psicopatológicos.

Sabe-se, por exemplo, que o próprio termo *melaina kólos* – bile negra – está inscrito na tradição da fisiologia grega, mais especificamente, na concepção dos quatro humores constituintes de toda a matéria corporal (juntamente com a bile amarela, a fleugma, e o sangue). A melancolia, segundo o pensamento de Hipócrates, seria decorrente de uma desnaturação desse humor em indivíduos que o produzem em abundância e que estão expostos à influência maléfica de Saturno.

Em seu famoso *Problema XXX, 1*, Aristóteles perguntava-se por que “razão todos os que foram homens de exceção, no que concerne à filosofia, à ciência do Estado, à poesia ou às artes, são manifestamente melancólicos?” E a resposta é bastante clara: isso se deve ao fato de que tais indivíduos de gênio são constitucio-

² Cf. BERCHERIE P., *Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, Navarin, 1980, p. 115.

³ Cf. PESSOTTI I, *Os nomes da loucura*, São Paulo, Editora 34, 1999, p.166.

nalmente dotados em seus corpos de uma elevada quantidade de bile negra – o humor da loucura. Isso não significa que necessariamente eles desenvolverão a doença, mas apenas que estão inclinados às doenças – e às virtudes – ligadas à bile negra.


É extremamente interessante notar que já em um texto teórico grego do século IV A. C. aparecia a idéia de que a melancolia não dependia exclusivamente de fatores histórico-ambientais, mas que os indivíduos que a apresentavam precisariam ter uma certa predisposição. Embora, a melancolia grega não possa ser tomada como sinônimo daquilo que atualmente concebemos como melancolia, o fato é que a idéia da predisposição orgânica para a manifestação de um certo transtorno psicopatológico acompanha praticamente a história do pensamento ocidental.

Apesar disso, a concepção kraepeliniana da origem da “Loucura maníaco-depressiva” não adere a uma concepção organicista estreita, o que se expressa por sua qualificação de “psicose endógena” para esse quadro. Ora, o conceito de “endógeno” foi introduzido na medicina em 1892 pelo célebre neurologista alemão Moebius, que mereceu um estudo biográfico escrito pelo próprio Kraepelin. Importado da botânica, esse termo deve justamente ser distinguido de “somatógeno”, referindo-se, antes, a uma disposição individual resultante da combinação de fatores físicos e mentais⁴. Dessa forma, a loucura maníaco-depressiva não seria a expressão direta de uma alteração cerebral, mas a resultante de uma predisposição singular com condições ambientais precipitantes.

A nova categoria proposta por Kraepelin retoma as descrições precedentes da “Loucura circular”, de Jean-Pierre Falret e da “Folie à double forme”, de Jules Baillarger, que já haviam estabelecido a conexão entre mania e depressão, como fazendo parte de um único quadro clínico. Aplicando seu método de observação longitudinal, Kraepelin pôde demonstrar que se tratava de um quadro fixo de manifestação periódica recorrente, com intervalos em que o paciente retornava à normalidade. Tal constatação autorizaria a caracterização de uma entidade mórbida específica, distinta da demência precoce, que – diferentemente da loucura maníaco-depressiva – conduziria inexoravelmente ao embrutecimento psíquico precoce.

A melancolia, por sua vez, tem uma especificação nosológica especial no sistema kraepeliniano. Até a oitava edição do Tratado, ela é concebida como um quadro de excitação ansiosa, acompanhada de delírios de ruína ou pobreza, de evolução crônica e com tendência à deterioração da personalidade. Ela surgiria,

⁴ Cf. nosso artigo, PEREIRA MEC, “De uma hereditariedade não-fatalista: o ‘endógeno’ e o *Typus melancholicus*, segundo Tellenbach, *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, II, 4, pp. 159-163.



sobretudo, em pessoas adultas entrando na velhice, o que constituiria uma espécie de agravação mórbida da deterioração normal esperada para a senilidade. Daí sua denominação de “Melancolia de Involução”. É apenas na última edição do Tratado que Kraepelin, constatando a freqüente identificação de antecedentes “circulares” na história desses sujeitos, passa a considerar a melancolia como fazendo parte da “Loucura Maníaco-Depressiva”, embora não extinguindo completamente o diagnóstico de melancolia involutiva.

O texto de Kraepelin: “Melancolia”, aqui traduzido, constitui o primeiro capítulo de sua “Introdução à psiquiatria clínica”, publicada em 1905. A preocupação fundamental de toda essa obra é, antes de tudo, didática, buscando demonstrar a semiologia psiquiátrica através de casos típicos e discutir o diagnóstico. A publicação desse livro é praticamente contemporânea ao lançamento da sétima edição de seu Tratado (que, na verdade, ocorreu em 1904). Ou seja, trata-se de um período em que a teorização da “melancolia involutiva” estava em pleno vigor.

Dessa forma, baseado em farto material clínico, Kraepelin vai delimitar as características fundamentais desse quadro e as bases de seu diagnóstico. Trata-se de uma lição exemplar que permite não apenas apreender a concepção kraepeliniana de melancolia, mas, sobretudo, ter contato com a enorme fineza clínica e precisão nosológica do grande mestre alemão.

Mário Eduardo Costa Pereira


INTRODUÇÃO À PSIQUIATRIA CLÍNICA
PRIMEIRA LIÇÃO
INTRODUÇÃO – MELANCOLIA

Senhores, a ciência que é objeto destas conferências ocupa-se da terapêutica da alma, e seu domínio compreende, então, as doenças da alma. Sem dúvida, somente se pode falar das doenças da alma, no sentido exato do termo, se considerarmos esta última como uma entidade autônoma ou como resultante dos diversos processos íntimos que se passam em nós. Considerando-se sob um ponto de vista mais médico, são as manifestações patológicas do organismo psíquico que devem ser alvo de nossas pesquisas. Mas os fenômenos mórbidos do domínio psíquico somente agora têm chamado a atenção da terapêutica. Não nos encontramos mais diante de modificações de grandeza, de forma, de resistência, de constituição química do organismo; devemos lidar, pelo contrário, com desordens de inteligência, de memória, de julgamento, com alucinações, concepções delirantes, alterações da vontade e do caráter. Tratando-se da medicina geral, os conhecimentos que vocês já adquiriram permitirão uma orientação mais fácil em uma parcela ainda nova para vocês; o estudo da medicina mental exige que se comece por aprender a sintomatologia particular das desordens da razão, para que vocês não se sintam desconcertados com os fenômenos patológicos que se apresentarão ao seus olhos.

Provavelmente vocês já tiveram a ocasião, seja na vida cotidiana, seja em alguma clínica, de observar estados clínicos mórbidos, como a embriaguez, o delírio febril, o *delirium tremens*, a idiotia, talvez a demência senil; porém esses casos devem ter impressionado, a título de curiosidade ou de raridade, a sua sentimentalidade muito mais do que o seu senso médico.

A loucura transforma toda a personalidade intelectual. Ela confunde o conjunto das faculdades psíquicas que elevam o homem acima dos outros seres, bem mais do que suas qualidades físicas, e constituem a própria essência de sua natureza. Sua influência pode ser bastante sentida sobre todas as relações do doente com o mundo exterior. Conhecer suas desordens é também explorar uma fonte de descobertas cuja extensão abraça tudo o que concerne à vida da alma. O estudo da loucura não nos revela somente uma quantidade de leis gerais, acrescenta-nos ainda apontamentos profundos sobre a história do desenvolvimento da razão humana, seja observando um indivíduo específico, seja a espécie inteira, dando-nos, enfim, a chave com que podemos compreender as numerosas manifestações intelectuais, morais, religiosas e artísticas de nossa vida social.

Mas o que torna indispensável ao médico o conhecimento das desordens psíquicas, não é unicamente as múltiplas relações entre a ciência e todas as questões ligadas ao próprio estado de humanidade, é, antes de tudo, sua importância prática excepcional. A loucura, mesmo na forma menos maligna, representa uma das doenças



mais graves que o médico deve tratar, pois é somente em uma mínima fração de alienados que se obtém uma cura completa e durável. Além do mais, podemos atualmente admitir que, na Alemanha, existem 200.000 loucos – é um número que parece aumentar com uma inquietante rapidez. Esse crescimento não seria somente aparente? Seria explicado pelo nosso conhecimento mais aprofundado da loucura, pelo número mais elevado de doentes em tratamento, pela dificuldade crescente de cuidar dos loucos fora dos asilos, etc. Basta lembrar que as doenças tratadas nos asilos devem-se, em aproximadamente um terço ou um quarto, ao abuso do álcool e à infecção sífilítica, cujos progressos estão longe de serem alcançados, e seremos obrigados a admitir um aumento não somente absoluto, mas proporcional à população. Por outro lado, as raças atuais tendem a um estado de degeneração para o qual o alcoolismo e a sífilis, provavelmente, não estariam somente contribuindo? Esta é uma questão que deixaremos de lado por enquanto.

Todo alienado constitui um perigo permanente para seu ambiente e, sobretudo, para ele mesmo: um terço, pelo menos, dos suicídios resultam de problemas mentais; os crimes passionais, os incêndios, mais raramente as agressões, os roubos e fraudes são cometidos por alienados. Pode-se perder a conta de quantas famílias foram arruinadas por algum membro doente, que tenha gastado sua fortuna sem reflexão ou que estivesse impossibilitado de conduzir seus negócios e de trabalhar perante uma longa doença. Somente uma frágil parcela desses incuráveis está destinada a uma morte rápida, uma imensa maioria continua vivendo durante anos, e assim, torna-se, para a família e para o Estado, uma carga cada vez mais pesada, com conseqüências que repercutem profundamente sobre nossa vida social.

É necessário, portanto, ao médico que desejar estar à altura de sua missão, familiarizar-se, na medida do possível, com as manifestações da loucura. Mesmo que os limites de seu poder sejam fortes restrições diante de um adversário tão perigoso, todo médico pode encontrar um número relativamente grande de oportunidades para prevenir ou atenuar o sofrimento sem fim produzido pelas desordens mentais. O meio mais eficaz para dominar esta calamidade é lutar, inicialmente, contra o álcool e a sífilis, depois contra a morfina e a cocaína, cujos efeitos desastrosos somente são suprimidos na maneira como são usados na medicina. O médico de família tem a possibilidade de impedir casamentos entre pessoas doentes ou de mentalidade enfraquecida. Através de seus conselhos, ele pode mesmo conduzir convenientemente a educação de crianças um pouco degeneradas e guiá-las para uma carreira apropriada às suas faculdades. Mas, antes de tudo, ele tem a missão de desviar, em tempo necessário, os sintomas ameaçadores, de prevenir por meio de uma intervenção enérgica os suicídios e outros danos. Da mesma forma, não persistirão aqueles casos, tão freqüentes, em que o alienista só percebe tarde demais para agir eficazmente. O médico que se ocupa da psiquiatria não se deixa inquietar diante de doenças que estão na fronteira da alienação mental.

■

Esta não seria uma compensação aos laboriosos anos de estudo? Quantas vezes não encontrei velhos praticantes arrependidos de sua ignorância nas questões psiquiátricas! Eles teriam tido a oportunidade de apreciar, no curso de sua carreira, a importância do diagnóstico de manifestações psíquicas mórbidas. Eu ainda precisaria acrescentar que esse diagnóstico é, a cada dia, exigido, em circunstâncias variadas, pelos tribunais, sindicatos e autoridades?

É evidente que, em psiquiatria, como em toda especialidade médica, somente se pode possuir conhecimentos aprofundados com um trabalho sério, constituído durante um longo tempo. Todavia se consegue, em pouco tempo, adquirir um apanhado geral das formas mórbidas mais difundidas, com a condição, que isto fique bem entendido, de que se examinem minuciosamente casos tão numerosos quanto distintos. Ao fim de um ou dois semestres de conscienciosos estudos clínicos, o iniciante ainda será incapaz de alcançar uma verdadeira interpretação de toda uma série de fatos, porém será possível obter, com relativa rapidez, um resultado. E não é uma vantagem apreciável ter uma concepção nítida das grandes dificuldades que podem ser encontradas neste terreno e, sobretudo, rejeitar este preconceito ridículo, ainda tão difundido atualmente, que permite a uma pessoa completamente incompetente fazer um julgamento sobre um alienado?

Após esses pontos preliminares, abordemos o exame dos doentes. Eu lhes apresentarei, inicialmente, um homem de 59 anos, agricultor, admitido na clínica há um ano. Esse doente perdeu todos os dentes da arcada superior, também parece ser mais velho do que sua idade. Ele compreende sem dificuldades perguntas que lhe fazemos e as responde com lógica e exatidão; sabe onde se encontra, há quanto tempo chegou aqui, conhece os médicos e, sem hesitar, nos diz com precisão a data e o dia da semana. Tem os lábios caídos, os cílios contraídos e um olhar fixo, tudo em seu rosto testemunha um estado de abatimento. Falamos com ele, ele levanta os olhos, começa a gemer e se acusa “de não ter dito tudo em sua chegada. Escondeu seus pecados de juventude: foi impuro com ele mesmo.” Nada do que fez obteve sucesso. “Ah! Que angústia! Eu não posso ficar deitado de tanto medo que tenho! Deus! Se eu não tivesse cometido tão graves pecados!” Há um ano ele tem dores de cabeça, vertigens; seu estômago, seu coração doem. Não tem o mínimo gosto pelo trabalho: “Ele não tinha mais forças”. Não tem mais um momento de repouso e se põe a imaginar um monte de besteiras. Havia, por exemplo, alguém em seu quarto; em outra vez, ele achou ter visto o mal, talvez irão levá-lo. Quando criança, havia roubado algumas maçãs e nozes, e sua consciência, que se manifestou somente com a doença, o repreende neste momento. Divertiu-se também com uma vaca e com ele mesmo: “É por isso que agora confronta-se com remorso”. Acreditava estar abandonado por Deus e se ter tornado livre como um pássaro. O apetite, as fezes, o sono, tudo estava ruim. “Quando a cabeça não dorme, todos os tipos de pensamentos apresentam-se para ele”. Também cometeu um ato de loucura e amarrou um lenço ao redor do pescoço para se estrangular, mas não aconteceu nada de


sério. Três irmãs e um irmão estiveram também doentes. As irmãs ficaram menos enfermas e melhoraram. “O irmão suicidou-se em um acesso de angústia”. Um de seus irmãos suicidou-se em um instante de angústia.

Tudo isso foi dito pelo doente em frases incoerentes, entrecortadas por choros e gemidos. O restante de seu comportamento é normal. Ele faz o que lhe pedimos, mas insiste para que não o carreguem: “Seu coração está tão angustiado”. O exame somático não denotou nada em particular, exceto um leve tremor nos dedos estendidos e um pouco de arritmia. Em seus antecedentes pessoais, levantamos que é casado e pai de quatro crianças bem saudáveis; outras três morreram. A doença começou progressivamente, sem causa aparente, sete ou oito meses antes de sua entrada na clínica, através de problemas digestivos e falta de apetite; depois surgiram inúmeras idéias de culpabilidade. O peso do doente, que havia diminuído em sua chegada, aumentou progressivamente em 7 quilos.

O ponto mais assustador nesse mal, é o estado de depressão ansiosa. Em um primeiro exame, essa ansiedade não parece diferente daquela que se vê normalmente. O doente acredita ter sido sempre um pouco ansioso e apenas estar mais, atualmente. Mas é impossível encontrar a mínima causa para essa ansiedade, que, no entanto, persiste, mesmo que agravada, há muitos meses. Aí está o quadro de um processo mórbido. O fato encontra, sem dúvida, a sua origem nos pecados de juventude, porém, mesmo admitindo esta hipótese, não é menos verdadeiro que sua situação não o inquietou particularmente, antes do surgimento de seu estado atual. Foi somente nessa época que sua consciência se manifestou. A partir desse momento, suas ações anteriores lhe apareciam novamente e repletas de ameaças, e, pouco a pouco, desenhou-se o sintoma mórbido que chamamos de “delírio de culpabilidade”. Sob a influência da angústia nasceram as idéias do diabo querendo levá-lo ou do abandono de Deus. Não são alucinações sensoriais, parecia simplesmente ao doente que “era assim”. Ele percebia muito bem que alguma mudança havia ocorrido nele: “Não é mais como antes” – dizia. Mas ele não era capaz de discernir o que havia de mórbido em suas idéias de culpabilidade e em seus pensamentos.

É esta síndrome que designamos como “melancolia”. Caracteriza-se pelo desenvolvimento insensível de uma depressão ansiosa a que se acrescentam, em proporções variáveis, concepções delirantes. As mais freqüentes são as idéias de culpabilidade de caráter religioso. Os doentes são abandonados por Deus, possuídos pelo diabo. Outras vezes, são idéias hipocondríacas que predominam no quadro: impossibilidade de recuperar a saúde, de fazer as necessidades, etc. Enfim, pode ainda ser o temor de se tornar pobre, de morrer de fome, de ir preso, de ser julgado, executado, etc.

Pouco a pouco, a ansiedade se torna tão grande, sob a influência das concepções delirantes, que os doentes querem morrer e, freqüentemente, eles de fato se suicidam. No caso anterior, o sujeito se limitou a uma tentativa insignificante, mas, no se-



guinte, veremos uma viúva de 54 anos que realizou sérios esforços para se destruir. Casada há 30 anos, teve quatro filhos, todos com boa saúde. Sem antecedentes mórbidos hereditários. Após a morte de seu marido, ocorrida há dois anos, ela não conseguiu mais dormir; depois, tornou-se severamente ansiosa quando foi necessário vender sua casa para executar a herança. Ela se imaginava, então, ter caído na miséria, reconhecendo muito bem, quando refletia com sangue frio, que seus medos estavam longe de ser fundamentados. Ela sentia também sopros de calor dentro da cabeça e uma angústia precordial; a vida era para ela insuportável, sobretudo pela manhã; à noite não conseguia ter um instante de descanso, mesmo com a ajuda de narcóticos. Bruscamente veio-lhe esta idéia: “Para que permanecer no mundo? Prepare-se para partir para que eles fiquem tranquilos. Não pode mais ser assim”. E ela se pendurou com seu cachecol, atrás da casa. Seu filho a encontrou sem consciência e, depois de acordada, ele a levou para a clínica.

Aqui ela se mostrou muito calma, em plena posse de seus sentidos, sem que nada de insólito se manifestasse em suas idéias e em sua conduta. Ela compreendeu o que seu estado tinha de patológico, mas o foi para manifestar seu temor de não mais melhorar: ela não podia encarar esta hipótese, nem ficar aqui, nem se impedir de cair em desespero. Sentia, além disso, uma enorme necessidade de falar de sua doença, gemia muito alto e pedia um padre para cassar o mal; depois foi tomada por um acesso de tremores. Todo descanso era para ela impossível: “Tinha dores de cabeça tão violentas que seu coração quase se rompia. A vida era para ela insuportável, mas queria morrer em sua casa”. Suas idéias de suicídio não paravam de torturá-la. Independentemente da perda quase que completa do apetite e do sono, não havia nenhum problema somático considerável. No curso dos primeiros meses, sua situação melhorou notavelmente, de maneira que, sob a influência dos desejos de seus próximos, autorizamos sua volta para a casa de sua filha. Porém, ali, a angústia e as idéias de suicídio não tardaram a aparecer de novo, com tamanha força que, quinze dias após sua saída, teve de retornar à clínica. Seu estado, a partir de então, modificava-se lentamente, com períodos melhores e piores. É verdade que supurações do parietal direito e do pulso esquerdo obrigaram a realização de intervenções freqüentes, retardando sua melhora.

Essa doente também se dá perfeitamente conta de sua situação, e suas colocações estão cheias de bom senso. Não há nela concepções delirantes propriamente ditas, exceção feita para o medo de não se restabelecer. O fundo do quadro clínico é constituído pela depressão ansiosa permanente, à qual se acrescenta todo o séquito de emoções que se encontram até nas pessoas saudáveis: problemas do sono, do apetite, de nutrição em geral. Esta semelhança com o emocional normal se torna mais assustadora pelo fato de a doença ter nascido depois de um choque moral doloroso. Todavia vemos facilmente que a intensidade e a duração dessa depressão ultrapassam muito as bordas do normal. O próprio doente sente que sua ansiedade não é justificada e que não tem, verdadeiramente, nenhuma razão para desejar a morte.

Nem sempre é necessário que, ao longo da melancolia, o doente tenha consciência da natureza mórbida de sua ansiedade e que ele se sinta sofrendo. É especialmente nos casos em que as concepções delirantes ocupam o primeiro plano que este importante sintoma, durante um longo tempo, pode não estar presente. Vejamos, por exemplo, uma viúva de 46 anos que, após ter cuidado de seu filho doente de febre tifóide, também ficou doente desse mal. Dois anos mais tarde, ela perdeu o marido. Logo depois, nunca mais agiu bem. Era o demônio que a comandava, suas preces não tinham nenhuma eficácia, ela é que nunca tinha percebido isso antes. O diabo se havia casado com seu marido, também ele não estava no céu; ela mesma, todos os seus filhos, todos estavam condenados, devido à vida pouco cristã que tinham levado até aqui. Ao mesmo tempo, essa mulher sofria de insônia absoluta com uma grande inquietude; gemia, gritava, chorava continuamente, recusava toda comida, a tal ponto que precisaram trazê-la à clínica.

Aqui ela tinha mais autocontrole, tinha a noção do que se passava ao seu redor; mas pouco a pouco, a agitação ansiosa surgiu novamente e nossa doente pôs-se a gritar insuportavelmente. Somente se podia interrompê-la, fazendo-lhe perguntas, que ela respondia sempre, é bem verdade, mas de uma maneira incoerente. Ela era a serpente tentadora no Paraíso. Ela seduziu seu marido que, além do mais, chamava-se Adão. Atraiu a maldição para seu marido, para ela mesma e para seus filhos. Deixou todos infelizes, por isso deveriam queimá-la. Ela já estava no inferno, via em um abismo seus horríveis pecados. O céu havia tombado, não havia mais água, nem dinheiro, nem alimento; ela havia destruído tudo, causou a ruína do mundo. “O mundo inteiro pesava em sua alma”. Acusou-se de todos os seus crimes em uma carta endereçada ao tribunal, na qual pedia o seu próprio encarceramento e assinava a carta: “o Diabo”.

Notem, todavia, que, apesar de seus gritos e de suas idéias delirantes, a doente sabia muito bem onde estava, respondia as perguntas que lhe faziam sobre seu país, sobre os médicos que cuidavam dela, etc., em palavras soltas, mas lógicas. Também, quando contava, não cometia erros. Voltava, entretanto, rapidamente a seus lamentos repetitivos. De uma hora para outra, tinha sensações confusas em sua doença. “Algumas vezes, penso assim, outras – dizia ela – parece-me que não é assim. Às vezes é como em um sonho, em outros momentos, como na realidade”. Ela não apresentava nenhum sintoma grave, exceto a má alimentação e a falta de sono, que tornavam sua saúde precária. Três de seus filhos são bem saudáveis, três outros morreram ainda pequenos⁶ O pai igualmente teve problemas mentais durante algum tempo.

⁶ Um tornou-se catatônico, depois louco.

⁷ O primeiro de nossos pacientes restabeleceu-se após nove anos e meio, o segundo, em cinco anos, quanto à terceira, permaneceu em tratamento durante quatro anos e meio e morreu de tuberculose.

Este quadro clínico parece, à primeira vista, distinguir-se de outros exemplos, que são mais simples. No entanto é fácil de ver que entre eles existe somente uma diferença de grau. Na gênese das idéias delirantes e na intensidade da ansiedade e das manifestações, encontramos todos os intermediários imagináveis, desde os tipos descritos mais acima, nomeados ordinariamente de “melancolia simples”, até essa última variedade clínica. O mesmo caso se apresenta, com freqüência, em diversas variações desses aspectos, sendo, então, muito difícil efetuar uma descrição unívoca dessa doença.

Nossos três pacientes tinham idades semelhantes – este não é um dado casual. A melancolia, da maneira como descrevemos, atinge em maior número, talvez mesmo exclusivamente, pessoas mais velhas e, sobretudo, as mulheres no período da menopausa. É por assim dizer, o exagero mórbido de um sentimento de infelicidade progressiva que sentem também as pessoas saudáveis. Naturalmente, trata-se de pessoas quase sempre predispostas, parecendo que as mulheres freqüentemente são mais afetadas. Em certos casos, um traumatismo psíquico, a morte brusca de um parente próximo, por exemplo, age como causa determinante. Em outras situações, pelo contrário, não se encontra nenhuma causa aparente.

O prognóstico é, em geral, favorável⁷, aproximadamente um terço dos doentes se restabelece. Os casos graves podem provocar um certo grau de enfraquecimento intelectual e alguns traços de depressão ansiosa. O caminho da doença é lento, e sua permanência, que oscila em limites muito amplos, ultrapassa sempre um ou dois anos, talvez mais.


Habitualmente o tratamento só pode ser bem conduzido em uma clínica; as idéias de suicídio, que raramente não estão presentes, exigem, de fato, uma vigilância minuciosa, dia e noite. O repouso contínuo, uma alimentação abundante – que a resistência dos doentes torna muito difícil – representam as indicações fundamentais. É também preciso esforçar-se para possibilitar ao paciente o sono necessário com a ajuda de banhos e narcóticos. Dentre os últimos, utilizamos, de preferência, o paraldeído, o álcool em alguns casos e o trional em pequena quantidade. Contra a ansiedade, recorre-se ao ópio, em doses progressivamente crescentes e decrescentes, 10 a 40 gotas três vezes ao dia. Nos dois primeiros pacientes, esse medicamento funcionou bem, o paraldeído funcionou melhor com a terceira paciente. A saída do asilo deve efetuar-se igualmente com a maior prudência: uma partida prematura pode ser seguida de graves recaídas, acompanhadas de tentativas de suicídio, como foi o caso do nosso segundo paciente. Finalmente, as visitas de parentes exercem uma influência nefasta até os últimos estágios da doença.

**A INTERVENÇÃO
PSICANALÍTICA EM
CRIANÇAS ADOTIVAS**

Sílvia Eugênia Molina*

Sabemos que tudo o que não é colocado em palavras exerce um efeito inibidor, obstáculo para a ampliação da função simbólica. Não é diferente com o silêncio em relação à origem de um filho ou à indisponibilidade parental em oferecer-lhe as condições para formular os seus questionamentos em relação à sua história: esse silenciamento pode ocasionar, na posição pessoal da criança, um certo sentimento de errância. Assim, é importante que a criança possa, em cada momento da sua progressão constitutiva, dispor do direito de conhecer as diversas versões da sua história, para que ela própria consiga ir tecendo sua narrativa pessoal. A disponibilidade parental funcionará como ordenador simbólico, permitindo à criança situar-se em relação ao seu passado para reconfigurar o seu presente e armar um lugar desde o qual lhe seja legítimo desejar. Aqui cabe, porém, a primeira pergunta: dentro de que marco subjetivo o conhecimento da sua história terá plena eficácia? Chegaremos a alguma resposta, a partir do caso de Ana, menina adotiva que iniciou o tratamento aos seis anos e sete meses de idade. De olhar pouco vivaz, com uma aparência descuidada, oscilava entre uma certa aproximação aos outros e sua posterior recusa. Frequentemente destruía quase tudo quanto produzia, pois, diante de qualquer traço ou fragmento de execução que ela interpretava como erro, riscava seu desenho e queria jogá-lo no lixo. Nessas oportunidades, eu me limitava

* Psicóloga, psicanalista. Especialista em Transtornos do Desenvolvimento e em Psicanálise e Clínicas Psicológicas. Docente do Centro de Estudos Paulo César D'Avila Brandão do Centro Lydia Coriat de Porto Alegre. Membro da equipe de direção e psicóloga-psicanalista da equipe de Estimulação Precoce da mesma instituição. Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.



a recolher os dejetos e a guardá-los no lugar reservado para a sua produção no consultório. Ela usava a denominação de “mãe verdadeira” para sua mãe biológica, o que indicava a inserção simbólica insuficiente do seu lugar de filha. Esta falta de lugar no outro, na época, era um obstáculo para aprender de forma contínua, pois assimilava alguns conteúdos do conhecimento e outros não, assim como, às vezes, desaprendia aquilo que parecia já ter assimilado. Este sentimento de errância motivou-a a planejar, junto com uma colega de aula, também filha adotiva, uma fuga de casa. “Plano” que foi interceptado, através da extensão telefônica, pela mãe dessa colega. No decorrer do tratamento, no momento em que a função simbólica começava a se instituir, disse-me: “sabes que tenho pensado que minha mãe é pobre, que mora na rua, que passa frio e fome?”. Ao que respondi: “Se falasse com a sua mãe desta sua necessidade de encontrar a sua mãe verdadeira, talvez fosse um caminho para começar a encontrá-la”. “Minha mãe não pode saber da minha mãe verdadeira”, foi sua resposta nesse momento, o que não a impediu de, ao chegar em casa, expor essas questões à mãe adotiva. Esta sofre um grande impacto afetivo, desencadeador de um processo que a leva a iniciar a consolidação afetiva e significativa do seu lugar de mãe. Nesta marcha, e junto com o pai adotivo, efetua averiguações que lhe permitem informar à filha acerca do lugar onde os pais biológicos moram e das suas condições de vida, bem como oferecer-lhe a possibilidade de ir visitá-los quando ela o desejasse. Este começo de instituição do laço materno-filial elimina a nomenclatura de “mãe verdadeira”, dando início a uma outra fase eminentemente simbólica e reflexiva no seu tratamento. Nessa fase, ocorrem modificações substanciais na sua fisionomia e no seu cuidado pessoal, e Ana adquire alguns traços da diferenciação sexual, até então ausentes. Considero importante mencionar que Ana tinha consciência da história da sua adoção, fato que circulava no seu ambiente familiar, social e escolar – o que tinha eficiência de conhecimento, mas não de saber, dada a sua ineficiência subjetiva. Disso é possível concluir que o mero conhecimento consciente da verdade da adoção não provoca inserção subjetiva no Outro; esse conhecimento somente possui uma eficácia suficiente quando ele é enunciado pelos pais adotivos no exercício das suas funções parentais.

Qualificamos de ordenador simbólico esta posição ética dos pais adotivos, porque ela reassegura o filho na dimensão simbólica, que pode encontrar-se já fraturada nos primeiros momentos da vida do lactente. Ocorre que as circunstâncias fantasmáticas pessoais que levaram à decisão da adoção, assim como a produção imaginária referida ao filho que se espera receber do corpo biológico de um outro casal, freqüentemente albergam sentimentos de culpa ou fantasias de seqüestro ou roubo do filho que não foi possível ter naturalmente. Trata-se, em geral, de um passe que não aconteceu: o da autorização para gerar, o da legitimação da capacidade procriativa. Neste sentido, podemos dizer que os filhos e as mães adotivos compartilham da orfandade simbólica. A este respeito, a mãe de Ana refere, nas entrevistas preliminares ao tratamento, que, quando

ambos os casais se encontraram na frente do juiz para realizar os trâmites legais da adoção, ela sentira culpa social por estar tirando dos pais biológicos, em função de ter condições financeiras para isso, a possibilidade de criar seus filhos. Ana foi o bebê feminino dos gêmeos gerados por este casal. Este sentido de roubo ou de seqüestro pode ser colocado em ato, como nos casos da adoção “à brasileira”, que o código penal avaliza e que Leda Bernardino (1994) já abordou.

Dissemos que um filho adotivo pode chegar a um casal que se encontra em posição simbólica e que o espera com o propósito de exercer com ele o ato da criação, para encaminhá-lo a se tornar um sujeito. No entanto, ele ingressa também em uma problemática complexa, que inclui, às vezes, reiterados fracassos gestacionais por parte do casal adotante; produções imaginárias ambivalentes, principalmente em relação à mãe biológica, menos freqüentemente em relação ao casal biológico; sentimentos paranóides com respeito ao risco de que as intenções dos pais biológicos, referidas ao ato da cedência do filho para adoção, possam vir a se modificar no futuro, ou seja, o temor de que estes se arrependam; outrossim, o receio de que o filho adotivo, quando crescer, opte por retornar à família de origem.

Pensamos que os tópicos expostos anteriormente explicam o fato de que somente os filhos adotivos clamem pela mãe que não chega. Fato este curioso, pois, afinal de contas, não somente eles, mas também muitas das crianças criadas pelos seus pais biológicos podem padecer as paupérrimas condições simbólico-imaginárias de uma mãe na tarefa de situar a sua função. Embora a mãe adotiva possa vir a produzir um processo semelhante ao que Winnicott (1978) descreveu como “preocupação materna primária”, a espontaneidade necessária no estabelecimento deste laço inaugural sofre a interferência destas ou de outras inquietudes imaginárias e sentimentos angustiantes.

Quando este imaginário é recalcado, a mãe adotiva pode, inconscientemente, convocar o bebê para que esta relação seja, de fato, “carnal”, armando simbioses às vezes de difícil penetração por parte da função paterna. Monta-se, assim, uma fusão na base de um acordo de reparação mútua: ele repara aquilo que no corpo da mãe não conseguiu ser gerado, e ela se torna uma mãe amorosa e presente para compensá-lo do abandono “infligido” pela mãe biológica. Estas tentativas de reparações narcísicas recíprocas prolongam modalidades da relação fusional, ocasionando sintomas psicopatológicos diversos nas crianças adotivas.

As configurações fantasmáticas que estamos expondo produzem auto-imagens expressas por representações que se referem a elementos como: morte, objeto de uso, lixo, animais domésticos, um cadáver que não cessa de voltar da morte ou um morto que sempre retorna da sua agonia. Um exemplo deste imaginário é ilustrado pelo caso de um menino de 8 anos, que chamaremos Bernardo, cuja mãe adotiva, na posição do outro pleno, deixava-o numa quase inexistência de lugar simbólico. Esse menino, na sua chegada ao tratamento, tinha como objetivo de vida tornar-se rico para poder viajar ao


■

Egito e conhecer as múmias. São marcas que funcionam como úlceras, estigmas, traços do infortúnio, feridas abertas que só poderão ser ressignificadas, caso a vida propicie um suporte simbólico para isso. Ou pela via de uma experiência psicanalítica.

Para Lacan, o sintoma é a resposta que a criança dá à sua pergunta em relação ao que ela é para o outro parental e, por seu intermédio, para o Outro. É, portanto, precisamente com os significantes do casal parental e da estrutura familiar que a criança, quando tiver recursos simbólicos para se interrogar, buscará responder a estas questões: para que me quer? Sou eu ou sou o outro?.. É por isso que as fantasias de roubo e seqüestro precisam ser retomadas e desenvolvidas pelos filhos adotivos para que possam situar-se num lugar narcísico, ou seja, num outro lugar que não o de dejetos dos pais biológicos e objeto apenas do fantasma dos pais adotivos. Pois sabemos que a significação fálica é a única via operante para que a vida psíquica da criança possa desenrolar-se, conferindo ao corpo mortificado um efeito “vivificante”. Assim, somente a “adoção” do Outro através dos pais adotivos garantirá as filiações possíveis de serem ocupadas na vida social.

Na intervenção psicanalítica com bebês, observamos que rapidamente eles se enlaçam à função materna quando a mãe consegue instituí-la. Notamos, inclusive, que existem bebês que “sabem” daquilo que lhes convém, isto é, que buscam nos outros o Outro – que neste momento diz respeito a funções parentais complementares –, quando a precariedade psíquica dos seus pais os incapacita para protagonizar essas funções perante o filho. Nesta prática clínica, constatamos que os bebês são bons leitores do fantasma parental e familiar e, confrontados a esse fato, perguntamo-nos no que consiste este saber, como é que um bebê pode saber dele? Pensamos tratar-se da especificidade do sistema nervoso central para desejar aquilo que a linguagem, a cultura jamais deixam de propor, potencializado pelo efeito de bem-estar proporcionado pela possibilidade de vir a ser representado pelo significante, fator assegurador da transmutação dos objetos da pulsão.

É por este motivo que se faz importante a ressignificação destes significantes que funcionam como primeiras amarras enclausurantes ao outro parental, para que os outros significantes parentais, aqueles que falam do desejo consistente destes pais em situar esta criança na linhagem familiar e na diferença sexual, tenham também eficácia. Pode-se exemplificá-lo através do caso clínico de um adolescente adotivo de doze anos, que chamaremos de Carlos, o qual, em uma sessão do seu tratamento, desenha numa folha o ar condicionado do consultório. A este propósito, comento: “ar condicionado, condicional, incondicional, amor condicional, amor incondicional. As pessoas pensam que o mais próximo que existiria do amor incondicional é o amor de mãe.” A seguir, ele apanha uma segunda folha e faz um desenho que intitula “Pintinhos quebrando os ovos”. Nesta oportunidade, digo: “Para nascer, eles têm de fazer força para quebrar a casca.... e tem também (neste desenho) a galinha choca”. Ao que ele responde: “No



campo já vi uma.....me escondi atrás da árvore.....achei lindos os pintinhos e quando ela me viu veio para cima de mim”.....Interrogo-o quanto às razões disso, e ele diz: “achou que eu era a raposa.....corri e ela me bicou os tênis...”. Trata-se de uma produção simbólica que fala da fantasia materna “do roubo” do filho e que, nesse momento do tratamento, é expressão do “roubo” que sua mãe adotiva lhe faz da força do seu desejo de emancipação. O sintoma materno é imediatamente atuado na transferência, pois a mãe sempre “esquece” os horários das sessões psicanalíticas do seu filho. Este, antes do fim do seu tratamento, faz um outro desenho: uma árvore outonal podada, que conserva um galho menor truncado, à direita, sem brotes, sendo que, nos galhos restantes, começam a surgir rebentos; são esses galhos que dão cobertura à calçada, pela qual vem caminhando um jovem vestindo a camiseta do Internacional, time pelo qual torcem todos os homens integrantes da família paterna. O pai fez questão de incluir seu filho nesta bandeira, que funciona como um autêntico brasão familiar. Esta produção é expressão de que a “poda” materna, marca que ficará como um resto (núcleo depressivo, talvez), não impede a brotação, a continuidade da vida psíquica. Ou seja, apesar da “luta” psíquica que Carlos tivera que travar com a sua mãe adotiva para ter de volta sua força desiderativa, ele pôde fazer uma forte aliança com a estirpe paterna e suas filiações culturais e, sob a proteção destes, coloca-se em condições de ir ao encontro do mundo.

Quanto ao fato de as crianças adotivas quererem saber da “mãe verdadeira”, “da mãe de verdade”, “da mãe da barriga” e de não somente perguntarem por ela, mas até chorarem “de saudades”, são as crianças mesmas que nos indicam os motivos: estes questionamentos e esta tristeza dizem de uma mãe que, ao não chegar na sua condição simbólica, envia a criança exclusivamente ao seu fantasma, onde encontra e reencontra a mãe que somente pode jogar o filho-lixo no cesto do lixo ou que o remete a uma condição de filho morto por não conseguir gerá-lo na vida simbólica. Tal fantasma reedita o personagem da mãe biológica que, como dissemos, também habita o fantasma materno. Vemos aqui em qual produção fantasmática da mãe adotiva a criança é capturada: trata-se da seqüela imaginária que a mãe da mãe deixou nesta, impossibilitando-a, não somente de produzir a vida, mas também de exercer a função de criação.

Num relato oral de uma irmã adotiva mais velha (quem às vezes compartilha a educação do seu irmão com a sua mãe, pessoa que sempre se caracterizou pela atitude vacilante diante de tudo o que diz respeito às demandas da vida e, entre elas, à sua função de mãe), foi-nos dado a conhecer o seguinte fragmento da vida deste menino: ele se encontrava teimando com a sua mãe, e a filha, percebendo que a mãe não sabia como proceder com ele, interveio, colocando os limites que se faziam necessários nessa circunstância. O menino começou a chorar desconsoladamente e sem parar. A irmã tolerou durante algum tempo esta manifestação e tornou a falar com ele, que disse estar chorando por sentir saudades da mãe da barriga. Diante disso, a irmã mostrou-se disposta a providenciar um encontro com aquela, contando a ele tudo quanto soubera


quando acompanhara o seu processo de adoção. Isto o tranqüilizou, tirando a premência por aquele encontro. Também neste caso, a criança não desconhecia sua condição de filho adotivo. E também aqui é possível constatar que o seu desconsolo era pela mãe simbólica que, na pessoa da sua mãe adotiva, continua a não encontrar. Trata-se de mais uma situação na qual as crianças nos mostram que a mãe por quem inicialmente os filhos adotivos clamam é a mãe que encontra obstáculos psíquicos para situar sua função.

Da mesma maneira, quando as crianças adotivas chamam pela “mãe da barriga” e a “mãe do coração” (expressões já consagradas socialmente), expressam um saber acerca da função materna, no sentido em que esta terá que inscrever a marca da estrutura simbólica na articulação sincrônica e diacrônica. Esta operação de recobrimento significativa do corpo biológico se institui a partir do nascimento, como um sistema no qual se encontram desenhadas as referências espaço-temporais que a criança virá a ocupar na progressão constitutiva.

Sabemos que uma mãe em posição simbólica inaugurará com seu filho “uma troca de bens” (Melman, 1991), aqueles que o tesouro do significante alberga. Entre esses bens, situa-se a transmissão da legitimidade do desejo da maternidade de mãe para filha. A maternidade oferece à mulher, através do real de seu corpo, a possibilidade de recolocar em ato a questão da sua feminilidade no exercício da função para a qual a lei a convoca: que na sua condição de mãe possa inscrever a lógica materna simbólico-imaginária no real do corpo daquele que será o seu bebê. O desejo do filho se inscreve como desejo também sexual, além de simbólico, de recebê-lo de um homem, aquele que conseguiu resgatá-la do desejo incestuoso mortífero para lançá-la na transcendência, a partir da experiência do amor. Observamos que aquele chamado à mãe verdadeira ou à mãe da barriga, por parte do filho adotivo, desaparece quando surge a dimensão da função materna e, portanto, a filiação simbólica por intermédio do pai.

O caso que agora passarei a relatar expõe, de maneira extremamente radical, estas questões com as quais nos temos ocupado. Trata-se de um menino adotivo que se encontrava em estado de morte subjetiva por ter padecido reiterados abandonos: além do abandono da mãe biológica, o da sua mãe adotiva, que o “queria” para que ele a obedecesse. Na época em que iniciou o tratamento, apresentava um quadro de disfasia de evolução, dispraxias e hipotonia, além de um funcionamento psicótico e uma deficiência intelectual que necessitavam de diagnóstico diferencial a ser estabelecido a partir do trabalho terapêutico, de modo a discriminar se tais traços psicóticos e a deficiência constituíam formações clínicas defensivas ou eram estruturais.

O menino, Diego, começou o seu tratamento psicanalítico com sete anos. O presente relato abrange onze meses de intervenção terapêutica de duas sessões semanais. Ele é o segundo filho adotivo de um casal que, apesar dos estudos ginecológicos e obstétricos realizados e de diversos tratamentos, não conseguiu produzir uma gravidez, embora a tivesse procurado. A mãe padece de uma neurose obsessiva grave, e o



pai é um histérico adicto ao álcool. O pai está mais preocupado em deixar a salvo sua responsabilidade do que nos efeitos concretos do exercício da sua função. Assim, suas intervenções acabam consumindo-se na fugacidade do imaginário, sem conseqüências simbólicas. A mãe exerce a função materna numa constante recusa da mesma, colocando-se numa declarada “preocupação pedagogizante”, através da qual tenta ocultar sua demanda peremptória de situar o filho, e todos, na sua lei. Quase sem trégua, sabota toda tentativa do filho de marcar qualquer diferença.

A história dessa criança estava, assim, vinculada à exclusiva arbitrariedade materna. Desde este lugar de falo depreciado, que palavra lhe restava para emitir? O seu quadro de disfasia de evolução tornou-se, em conseqüência, mais agudizado. Chega ao tratamento e encontra-se com um espaço para si. Para quem? Quem é ele? Por ora, um silêncio persistentemente ocupado por sua mãe. E é ela a quem convocará, na transferência, durante muitas sessões, encenando situações nas quais coloca-se a si mesmo, ou aos objetos e plantas, em perigo, vigiando a minha reação (as sessões ocorrem no pátio ou na calçada da clínica, por escolha dele). Essas encenações situam-se no limite entre a atuação e o brincar. Limito-me a acompanhá-lo, estando presente no olhar e na escuta, somente intervindo para ajudá-lo a se cuidar em situações de risco. Dessa maneira, busco possibilitar, na transferência, o apagamento do excesso da marca puramente imaginária da sua mãe adotiva, de que ele padecia. Um segundo momento nas sessões surge a partir da constatação de que aquele é um espaço garantido para si: porém, o que fazer com ele? Como viver sob uma dimensão ética desconhecida? E o que realmente lhe garantirá de que se trata de um lugar para si? Diego começa a correr, fazendo todos os percursos possíveis na calçada, no pátio e nos corredores da clínica. Eu vou atrás, tendo que, reiteradamente, defender para ele esse espaço, cujo valor a mãe não consegue compreender. Desde a primeira sessão, ela me designa “tarefas”: devo ocupar-me de sanar as falhas de seu filho. Como recusar acatá-la sem despertar sua fúria? Opto por ouvi-la, fazendo comentários que, surpreendendo-a, pudessem desfazer seu pedido.

Um dia, ela me recomenda que eu visse o que fazer para que Diego desistisse de colocar o calçado virado. Limito-me a responder: “Ah, as crianças gostam de criar e assim aprendem”. Depois de muito correr, chegando ao pátio, Diego manda-me sentar numa pedra. Começa a passear de bicicleta ao redor dali e, sempre que chega próximo de mim, pára e me cumprimenta sorridente. Eu apenas pergunto, a cada vez, quem estava chegando e o que tinha para dizer. Diego nada responde, tornando a circular. Em outra sessão, fala que é a vovó quem está chegando. E, em sucessivas sessões, é ela quem continua a chegar, porém nunca tem nada a dizer. Até que, um dia, diz “ovo” e imediatamente corre a se esconder. Dá início, assim, a este brinquedo de esconde-esconde, que somente se transforma quando ele sente que é eficaz, colocando-me em dificuldades para encontrá-lo. Sai do seu esconderijo visivelmente satisfeito. Menciono, então, o

■

significante “ovo”, iniciando, na transferência, o longo processo da necessária morte imaginária materna, que dará as bases para a construção sólida e consistente do ser. Retomo, portanto, o significante que ele já havia começado a construir: o da origem da vida, aquele que remete ao nascimento, que ele evoca ao me responder, neste momento, “natal”. A seguir, propõe que façamos fogo. Com fósforos que eu sempre trago a partir de então, começa a fazer pequenas fogueiras no pátio com os elementos que encontra: folhas de vegetação secas ou verdes, galhos, papéis e plásticos que passa a trazer da sua casa. Nessas ocasiões, a única palavra que menciona é “filho”. Observo que se interessa por ir acumulando dados que lhe permitam saber acerca de como manter o fogo aceso ou de como apagá-lo, o que coloca em evidência o fato de que ele começa a interrogar as diferenças que são introduzidas pela função paterna a partir do ordenamento dos fatos da vida. Desde então, pergunta-me sempre, depois de apagar o fogo: “começamos de novo?”. Um dia, comenta: “o pai acende fogo na lareira.”. Continua a fazer fogo, apesar das investidas furiosas da mãe no pátio, prometendo “deixá-lo com o bumbum vermelho se chegar a fazer fogo em casa” e chamando-o de “incendiário”. “Pondo fogo, aprende-se a lidar com incêndios”, respondo-lhe, numa interpretação que visa apontar a fúria invasiva da mãe. Quando a mãe se retira, interrogo-lhe acerca do fogo, e ele diz: “Santa Maria cheia de graças”. A seguir, pega uma formiga e a põe no fogo, dizendo: “para morrer”.

Eu articulo entre si os significantes surgidos até aqui: “ovo” e “nascimento” (natal), aos quais se acrescenta “filho” e “a graça é a morte”. Nesses significantes evidencia-se que Diego está começando a diferenciar as posições maternas que produzem os diferentes status de objeto.

É inverno, começa a chover. Ele aceita entrar no consultório. Pega um robô “transformer” (brinquedo de moda na época em que o tratamento se desenvolvia, no início dos anos oitenta) e, em seguida, propõe “ver” na tevê o filme “Tom e Jerry e o cachorro bravo”. Logo eu tenho que dramatizar bichos: gatinho, elefante, elefante pequeno, boi, boi bravo, cachorro pequeno, cachorro bravo. Assusta-se sempre com os animais bravos, fazendo, então, com que eu me torne um bicho bom para logo abater-me em traição. Mas surge uma novidade: passa a defender-se da fúria do bicho obrigando-o a ler, no quadro-negro, palavras que ali estavam escritas. A novidade, justamente, consiste nessa aparição, nele, da palavra como função de castração, a partir do momento em que começa a usá-la ativamente. Um dia quer levar um brinquedo porque diz que é dele. Respondo: “podes levá-lo se é teu”. Ele diz “não é meu” e o deixa.

Na sessão seguinte, pega aquarela e pinta. Ao interrogá-lo sobre sua produção, responde “marco”, esclarecendo que é o marco da porta de entrada de uma casa. Isto me dá a certeza de que ele continua a quebrar as amarras do imaginário materno.

Apesar de persistirem o frio e a chuva, ele vê que é possível continuar a fazer fogueira na sacada da sala. Agora, joga fósforos no fogo: eles são “bombas”.

Certa vez, comenta: “a mãe foi embora, eu quero ficar aqui”. Solicita algodão para pôr no fogo e, enquanto queima, diz: “a graça..., o que dão?”, “bicho morre, sangue”, “algodão, bicho morto, sangue, olha aqui Totó (com mímica, mostra que o cachorro leva coleira). Eu devolvo: “A coleira, a prisão”. Ao que ele responde: “Olha aqui, a orelha estragou”. Solicita-me para fechar a janela e deixá-lo de fora, na sacada. Na saída, interroga-me:

– “A mãe está?... Quem é a mãe?... É ela?... É tu?... É ela mesma?... Qual? A primeira mãe? Ela não é”.

Nas sessões que seguem, durante a fogueira faz buracos num plástico que havia trazido. A cada buraco que se forma, eu lhe pergunto como o chamaria. Ele os foi nomeando: “xixi, água, cocô, vovô, bala”. Após pronunciar esta última palavra, busca um revólver. Atira em mim, e eu devo queixar-me pela dor do corte e morrer. Repete-se a cena, e, a cada vez, sai gritando, com júbilo, contando para todos na clínica: “a matei!”, “a matei!”.

Em uma das sessões anteriores a essa, na saída havia pegado um revólver e, timidamente, brincou de “matar a mãe” com a pessoa mesma de sua mãe. Quando esta não consegue mais ignorar o brinquedo do filho, pois o meu olhar insiste em direcioná-la a ele, ela afirma: “não morro, eu sou imortal”.

Nesta época, numa ocasião, uma profissional da área instrumental passa pela fogueira, no pátio, e pergunta-lhe: “para que serve o fogo”? Ele responde “para a mãe deixar”. A esta altura do tratamento, é o que ele está tentando: abrir uma brecha para que a mãe o deixe viver. O fogo é o instrumento através do qual ele chama um pai no real, em substituição ao pai simbólico que não vem. Embora a mãe e o pai desta criança tivessem na época, e paralelamente, o seu próprio espaço psicanalítico, não lhes foi possível instituir as funções simbólico-imaginárias, e eles suspenderam o tratamento de seu filho neste momento.

Através do relato desses casos, vemos como, no que tange ao laço pais adotantes-filhos adotivos, a história de uns e outros, ainda que diversa em seu ponto de partida biológico, tem a possibilidade de constituir entrecruzamentos comuns quando aconteçam as condições capazes de conduzir a encontros significantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNARDINO, Leda M. F. Mãe é uma só? In: CALLIGARIS et al. *Educa-se uma criança?* Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1994, p.75-84.
- LERUDE-FLÉCHET, Martine. Adoção do ponto de vista da posição materna. *Revista Coisa de Criança*. Coleção Psicanálise da Criança. Salvador: Agalma, vol. I, 1:19-29, julho 1991.
- MELMAN, Charles. *Estrutura lacaniana das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- MOLINA, Silvia Eugénia. A representação da vida e da morte no laço mãe-bebê. Trabalho apresentado no Ciclo de Seminários em Estimulação Precoce, Seminário I: “O laço mãe-bebê”, Porto Alegre/RS, 20 de abril de 2001; e no Congresso Internacional de Psicanálise e Clínica de Bebês, Curitiba/PR, 06 a 08 de junho de 2001. Inédito.
- WINNICOTT, Donald W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

VARIAÇÕES

UM DOCUMENTÁRIO, POR UM TRIZ, UMA CRÔNICA


Miriam Chnaiderman*

Em meu primeiro documentário, estranhas paisagens se descortinaram a partir dos olhares daqueles que a cidade rotula como sendo os “loucos de rua”. Meu filme “Dizem que sou louco” mostra usos singulares da cidade, estranhas perambulações inusitadas. Seus personagens vão brotando de asfaltos arranhados e muros grafitados.

Flanar pelas ruas de uma cidade como São Paulo já é algo que soa estranho. São Paulo é cinzenta, os vidros fumés dos edifícios colocam o negrume como algo do dia-a-dia de todos nós – a poluição introduz tons multifacetados nisso tudo, fazendo com que o ar seja metálico. Roque pauleira, agudo zunido permanente em ritmos amalucados. Os caminhões e ônibus soltam fumaça fedida, e estranhos ruídos de entranhas apodrecidas arranham a cada farol vermelho. A não-brisa abafa corpos suarentos e carrancudos rostos enfeados pela tensão de um minuto-a-minuto imperdível, passos sempre apressados, tique-taques infernais.

Em meio a isso tudo, os cemitérios são oásis benfazejos – lugares arborizados, o burburinho fica do lado de fora, o tempo é outro. Há uma tranquilidade serena nos cemitérios – a terra, o verde, os trabalhadores com suas enxadas passando aqui e ali, o bate-papo na porta da Administração. Um certo clima de roça, de campo, dá pra se

* Psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, doutora em Artes pela Escola de Comunicações e Artes da USP, pós-doutorado na PUC-SP, autora dos livros “Ensaio de Psicanálise e Semiótica” (ed. Escuta) e “O hiato convexo: literatura e psicanálise” (ed. Brasiliense). Diretora do curta-metragem “Dizem que sou louco”. Roteirista e diretora do curta-metragem “Artesãos da morte”.



acocorar e fumar um cigarrinho. Depois, pegar a pá e limpar os túmulos das folhas que neles se amontoam, caídas das árvores. Cada funcionário é responsável por um setor do cemitério e tem que manter tudo bonito. Os jardineiros fazem verdadeiras obras de arte, com um esmero enorme, escolhendo as cores das plantas, as flores e folhas em lindos ramalhetes que poderiam enfeitar a roupa de uma princesa. Como se de cada túmulo fosse despontar uma Branca de Neve ou um príncipe encantado.

Quando comecei a trabalhar no documentário “Artesãos da Morte”, um pudor diante da questão me tomava – era difícil imaginar a filmagem no cemitério, as conversas com técnicos de necropsia. No projeto que encaminhei à Secretaria de Cultura do Estado, apontava quanto em nosso mundo não há espaço para a reflexão sobre a morte. Destacava então: “é uma sociedade que circula em torno da promoção do narcisismo, uma sociedade onde a violência atinge até mesmo a possibilidade de enterrar os mortos”. Depois, na elaboração do projeto de pesquisa que nortearia a produção do documentário, o historiador Philippe Ariès, em “Essais sur l’histoire de la mort en Occident” (1975), forneceu conceitos que me ajudaram na compreensão das sensações que eu e minha equipe de pesquisa sentíamos em relação à morte. Em vários de seus trabalhos, ele mostra como a morte acabou por ser banida, oculta, proibida das preocupações do homem ocidental de nosso século: ela chega a ser até algo obsceno, um verdadeiro tabu. Ariès fala de uma morte domesticada e de uma morte selvagem. Até meados da Idade Média, a morte era domesticada – lutava-se menos contra a natureza, a morte era um fato natural. O quarto do moribundo enchia-se de gente, inclusive crianças, e o ritual era conhecido de todos. Depois, Ariès vai mostrando como a morte se foi tornando selvagem, estranha.

Era bem este o sentimento que nos invadia – a estranheza, a sensação de estar entrando em um outro mundo, o pudor com os cheiros, com o podre, com aquilo que afronta a ordem da cultura.

Radmila Zygoris, como sensível psicanalista que é, soube falar bem dessa nossa sensação. Assim escreve no ensaio “No instante seguinte”, publicado em português como parte do livro “Ah! As belas lições!”:

“hoje em dia, não sabemos mais muito bem o que fazer dos mortos. O que fazer dos cadáveres. (...) Sinistras as cerimônias religiosas, quando não possuímos nenhuma crença. (...) Sinistra a ausência de cerimônia. Enterros leigos, enterros furtivos. Nós nos livramos dos mortos. (...) Faltam-nos festas funerárias capazes de se encarregar da vida deixada vaga, das libidos desorganizadas, das pulsões desconectadas pela perda, dos espíritos à procura de uma representação unificadora e portadora de sublimações aceitáveis. (...) Cada vez mais, em nossas inevitáveis decadências, se não reencontramos a festa que celebra o morto e a morte, que permite a uns chorar, a outros se repensar e se projetar a si próprio como morto, cada vez mais, por desespero, treparemos ao lados dos túmulos.

Esta é a crise de uma civilização: quando as palavras começam a faltar, quando os gestos se tornam insignificantes para representar a morte aos sobreviventes. (...)

Túmulos, latas-de-lixo do humano.” (Zygouris, 1995, p.55)

Entrevistar aqueles que, no seu cotidiano, manuseiam o cadáver – buscar entender como é a vida dessas pessoas, como lidam com um dia-a-dia em que a morte não pode ser ignorada –, quem sabe poder abrir um espaço para pensar sobre a morte, buscar a construção de rituais, poder ter instrumentos para lidar com o que nos constitui como humanos, a tragicidade de nossa condição que é a da consciência da morte.


Um coveiro de um imponente cemitério onde estão os jazigos das famílias mais tradicionais de São Paulo, o Cemitério da Consolação, afirmava: “Nós somos os abutres da sociedade”. Depois corrigia-se: “Os abutres ao contrário”. Em São Paulo, o uniforme dos coveiros é o mesmo que o dos lixeiros – o que está em questão são os detritos, os restos. Em um bairro mais longínquo, o Cemitério de Vila Formosa é rotativo – depois de três anos, se a família não transfere o cadáver para o muro, o túmulo é reaberto, os restos são enterrados mais fundo, e outro cadáver é colocado por cima. O Cemitério de Vila Formosa é cheio de eucaliptos, lindas árvores longilíneas em meio aos túmulos azuis e cor-de-rosa, as mesmas cores que são usadas para identificar os bebês meninos e meninas. Cinzentos são os túmulos dos indigentes, dos que não puderam ser nomeados.

Não teriam os psicanalistas, entre os quais me incluo, a partir da afirmação de Freud sobre o não-simbolizável que é a morte, se transformado em cúmplices do silêncio que nosso mundo contemporâneo traçou em torno dessa questão?

Foi a partir de uma supervisão que me veio a idéia de pesquisar como vivem aqueles que manuseiam o concreto da morte em seu dia-a-dia. Minha supervisionanda me trouxe um caso de um pedreiro de cemitério e fiquei tocada sobre o que é a vida e a morte em alguém que tem o minuto-a-minuto da vida permeado pela morte. Esse pedreiro tentara suicídio em uma árvore do cemitério.

Iniciamos o trabalho escutando técnicos de necropsia. Encontro com um casal em uma pizzaria: ele trabalhara anos no Instituto Médico Legal, e ela é papiloscopista, tira impressões digitais de cadáveres. Haviam-se conhecido no trabalho e, rindo, contam que adoram ver filmes de terror. Depois, outro encontro, agora já com equipamento de som montado, na mesma pizzaria, um outro técnico de necropsia batalhando pela regulamentação da sua profissão. Comeu pizza calabresa com um prazer enorme enquanto dava detalhes de seu trabalho. Fomos à casa da maquiadora de cadáveres, uma linda e exuberante mulher que adora dançar.

Então, com Hugo Kovensky, premiado diretor de fotografia (trabalha com Tata Amaral, Eliane Caffé, ganhou prêmio de direção de fotografia com o filme “Bicho de Sete Cabeças” de Laís Bodanski), partimos para nossas visitas aos cemitérios e nossas conversas com coveiros, jardineiros, administradores.



Foi mudando nossa relação com os locais da morte. As falas passaram a ser escutadas de um outro modo. Nosso olhar sobre os cemitérios se transformou – um jardineiro afirmou que era muito mais fácil trabalhar com eles (os mortos). Estranhamente, passou a existir um “estar à vontade” nos cemitérios. Esta possibilidade de misturar a morte com a vida, esta afirmação da vida, não seria o único jeito de poder lidar com a morte? Algo que passasse por uma ritualização diária, o cuidado cotidiano com a vida – os coveiros tomam banho quando saem do trabalho, trocam de roupa. No cemitério judaico, quando o ritual do enterro termina, as pessoas lavam a mão. Como são as passagens entre a vida e a morte?

Indo de um canto a outro em meio aos meus afazeres semanais, encontro um senhor uniformizado de motorista que me chama pelo meu nome, quer que eu me lembre, eu não me lembro. Conta que trabalhava com o João, o pintor, que morreu. Haviam pintado não sabia se a minha casa ou o meu consultório. Agora é motorista de uma sinagoga, leva o rabino pra lá e pra cá. Lembro-me então que, quando quis ir filmar no cemitério judaico, pediram-me que lesse um livro que foi escrito pelo rabino com quem ele trabalha. Estranhos acasos. Conteí-lhe que precisava do livro para um trabalho meu. Ele me diz que iria conseguir. Depois de quinze dias, passa no meu consultório, que ele pintara há quinze anos, e orgulhosamente me entrega o livro. O rabino queria saber meu sobrenome. Eu me comovo – encontros de vida propiciados pelo mergulho na questão da morte.

Assim é que, no domingo de carnaval, caminhava gostosamente pelas ruas de São Paulo, com minha família e com meu cachorrinho. Escolhemos fugir do movimento das avenidas, andar por ruas mais sossegadas, buscar algo de verde, de campo, quem sabe uma oculta cidade do interior nesta cidade metálica. Na busca da tranqüilidade, chegamos nos fundos do Cemitério da Consolação. Meu cachorrinho me puxa para dentro do cemitério atrás de um majestoso gato branco. Sugiro então ir visitar um túmulo onde havia uma linda escultura – o primeiro nu dentro de um cemitério. Achava que ficava próximo daquela entrada. Entrei no cemitério com a maior desenvoltura, como se conhecesse todas as alamedas, como se conhecesse cada túmulo. De repente, um homem com uma enorme arma – quer o relógio de Reinaldo, quer o relógio, está branco, cadavérico, “não me segue senão eu te apago”, o homem entre os túmulos e meu cachorrinho me puxando atrás do gato e eu querendo encontrar os meus conhecidos que havia entrevistado, e ninguém, ninguém, a arma cintilando ao sol de um domingo de carnaval, ele não quer o dinheiro, não pede a bolsa, quer o relógio, o relógio. Não morrer por um triz em um passeio por um cemitério deserto. A morte tão rente ali e o cemitério. Como se aquele homem cadavérico viesse me lembrar do aterrador da morte. E me mostrar do sagrado, e me mostrar da necessidade da veneração e do ritual. Esse tênue fio em que a familiaridade elimina o sagrado. E, ao mesmo tempo, torna-se necessária em um projeto que implica este contato com a morte. Que o meu cachorrinho



corresse atrás de um gato que vive no cemitério, que se alimenta de insetos que brotam da terra, que aconchega restos humanos, que meu cachorrinho sentisse cheiros de ossaturas mil.... Tudo isso passou a fazer parte de uma normalidade. Lembrei como até o século XIV os cemitérios eram lugares de feiras, onde se dançava e se vendia de tudo. A mistura da vida e da morte, a morte como parte da vida, o curvar-se à natureza. A morte domesticada – como meu cachorrinho. No assalto, ressurgiu a selvageria da morte em nosso mundo. Morrer assim, sem mais. Por nada.

Tudo isso me fez refletir sobre o que é fazer um documentário, a importância de manter a estranheza, o medo, o cuidado para não pasteurizar a morte. Não esvaziar a imagem do seu sentido. Não entrar no inebriamento onipotente que realizar um filme traz. Devo essa reflexão a um assaltante que poderia ter sido um assassino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, Phillipe. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*, Paris: Éditions du Seuil, 1975.
ZYGOURIS, Radmila. *Ah! As belas lições!* São Paulo: Escuta, 1995.

TEMA DO PRÓXIMO Nº DA *REVISTA DA APPOA*

O ESPAÇO DA FOBIA

O que a clínica da fobia teria a nos ensinar sobre a construção do espaço e de lugares, o estabelecimento de descontinuidades – dentro/fora, corpo/objeto, eu/outro, etc. – e até mesmo a instituição/dissolução de limites entre o individual e o coletivo?

Afinal, aprendemos com Freud que a fobia coloca em causa a questão crucial do sujeito: como incluir-se na relação ao desejo do Outro sem aí se perder?

Essas são apenas algumas interrogações para mais um debate que se inicia.

Os textos devem ser enviados até 30 de março de 2002 à Comissão da Revista através do e-mail apoa@apoa.com.br conforme normas abaixo.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

I APRECIACÃO PELO CONSELHO EDITORIAL

Os textos enviados para publicação serão apreciados pela comissão editorial da Revista e consultores *ad hoc*, quando se fizer necessário.

Os autores serão notificados da aceitação ou não dos textos. Caso sejam necessárias modificações, o autor será comunicado e encarregado de providenciá-las, devolvendo o texto no prazo estipulado na ocasião.

Aprovado o artigo, o mesmo deverá ser enviado para a APPOA, aos cuidados da Revista, em disquete, acompanhado por uma cópia impressa e assinada pelo autor, ou por e-mail.

II DIREITOS AUTORAIS

A aprovação dos textos implica a permissão de publicação, sem ônus, nesta Revista. O autor continuará a deter os direitos autorais para futuras publicações.

III APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os textos devem ser apresentados em três vias, contendo:

– Folha de rosto: título, nome e créditos do autor (em nota de rodapé), contendo títulos acadêmicos, publicações de livros, formação profissional, inserção institucional, endereço postal, e-mail, fone/fax; resumo (até 90 palavras); palavras-chaves (de 3 a 5 substantivos separados por ;); abstract (versão em inglês do resumo); Keywords (versão em inglês das palavras-chaves).

– Corpo do texto: deverá conter título e ter no máximo 15 laudas (70 toques/ 25 linhas); usar itálico para as palavras e/ou expressões em destaque; para os títulos de obras referidas, aspas duplas.

– Notas de rodapé: as notas referentes ao título e créditos do autor serão indicadas por * e **, respectivamente; as demais, por algarismos arábicos ao longo do texto.

IV REFERÊNCIAS E CITAÇÕES

A referência a autores deverá ser feita no corpo do texto somente mencionando o sobrenome (em caixa baixa), acrescido do ano da obra. No caso de autores cujo ano do texto é relevante, colocá-lo antes do ano da edição utilizada.

Ex: Freud [(1914) 1981].

As citações textuais serão indicadas pelo uso de aspas duplas. As que possuírem menos de 5 linhas, deverão ser mantidas no corpo do texto. A partir de 5 linhas, deverão aparecer em parágrafo recuado e separado, acrescidas do (autor, ano da edição, página).

V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lista das obras referidas ou citadas no texto. Deve vir no final, em ordem alfabética pelo último nome do autor, conforme os modelos abaixo:

OBRA NA TOTALIDADE

BLEICHMAR, Hugo. *O narcisismo*; estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987.

LACAN, Jacques. *O seminário. Livro 20. Mais ainda*. Rio de Janeiro : J. Zahar, [s. d.].

PARTE DE OBRA

CALLIGARIS, Contardo. O grande casamenteiro. In: CALLIGARIS, C. et al. *O laço conjugal*. Porto Alegre : Artes e Ofícios, 1994. p. 11-24.

CHAUI, Marilena. Laços do desejo. In: NOVAES, Adauto (Org). *O desejo*. São Paulo : Comp. das Letras, 1993. p. 21-9.

FREUD, S. Teorias sexuais infantis (1908) In: _____. *Obras completas*. 4. ed. Madri : Biblioteca Nueva, 1981. v. 2.

ARTIGO DE PERIÓDICO

CHEMAMA, Roland. Onde se inventa o Brasil? *C. da APPOA*, Porto Alegre, n. 71, p. 12-20, ago. 1999.

HASSOUN, J. Os três tempos da constituição do inconsciente. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, Artes e Ofícios, n. 14, p. 43-53, mar. 1998.

ARTIGO DE JORNAL

CARLE, Ricardo. O homem inventou a identidade feminina. Entrevista com Maria Rita Kehl. *Jornal Zero Hora*, Porto Alegre, 05 dez. 1998. Caderno Cultura, p. 4-5.

NESTROVSKI, Authur. Uma vida copiada: prensa internacional reavalia memórias fictícias de Bejamin Wilkomirski. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11 jul. 1999. Caderno Mais, p. 9.

OS ANTIDEPRESSIVOS CURAM DA TRANSFERÊNCIA? *

Louis Sciarra **

RESUMO

O autor faz constatar o uso abusivo do termo depressão, sob o critério único de resposta eficaz a um antidepressivo, na ótica unicista de causalidade orgânica que põe em causa o lugar mesmo do clínico no quadro do dispositivo transferencial. Ilustra esse uso através de duas vinhetas clínicas, nas quais se revelam momentos que, por mais dolorosos que sejam eles no real disso que está para ser atravessado, podem ser estruturantes, à condição de deixá-los desenvolver-se na transferência, sem se precipitar no imediatismo de uma resposta ao vivido depressivo.

PALAVRAS-CHAVE: *depressão; quimioterapia; diagnóstico; transferência*

ABSTRACT

The author highlights the abusive use of the term "depression", under the exclusive criterion of effective response to an antidepressant, according to the unicist perspective of organic causality, which brings into play the clinician's very place in the framework of the transferential device. He illustrates such a use with two clinical vignettes, where moments are disclosed that, no matter how painful in the reality of what is about to be lived through, can be structurizing, provided one lets them develop in the transference, not rushing in the immediatism of a response to the depressive experience.

KEYWORDS: *depression; chemotherapy; diagnosis; transference*

* Publicado originalmente no *Journal Français de Psychiatrie*, n.7, "Les depressions", Paris: Érès, 1º trimestre 1999. Tradução de Analice Palombini. Revisão da tradução por Ester Trevisan.

** Psicanalista, psiquiatra, membro da Associação Freudiana Internacional.