

AS PATOLOGIAS DO NARCISISMO E A CLÍNICA PSICANALÍTICA: NOVAS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS NA CONTEMPORANEIDADE

Autor: Paula Kegler

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO

Professor Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Furtado Kahl

Banca de Defesa:

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Furtado Kahl – Presidente/Orientadora
(marilufk@terra.com.br)

Prof^a. Dr^a. Claudia Maria Perrone – UFSM
(cmperrone@ig.com.br)

Prof. Ms. Jefferson Silva Krug – FACCAT e URI/Santiago
(jeffsilkrug@yahoo.com.br)

AS PATOLOGIAS DO NARCISISMO E A CLÍNICA PSICANALÍTICA: NOVAS CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS NA CONTEMPORANEIDADE

Resumo: Partindo do pressuposto de que a subjetividade humana é construída a partir de articulações das relações culturais com a história individual, nota-se que a passagem do moderno para o contemporâneo, procedente de uma nova ordem social vigente, resultou no aparecimento abundante de novas manifestações subjetivas. A cultura contemporânea fluida está essencialmente marcada pela instabilidade das relações, pelo empobrecimento de laços afetivos e pela ausência de referenciais, visto que os valores são constantemente consumidos e substituídos. O homem contemporâneo está sozinho, não há regras nem modelos a seguir. O imperativo é o princípio da autonomia e a doença do sujeito pós-moderno é a incerteza. Veremos que as marcas da contemporaneidade estão envolvidas por uma crença de que tudo é possível, pois estamos diante de um esvaziamento da figura paterna como instância interditora indispensável à qualidade da vida subjetiva. O impacto desta evolução produz configurações subjetivas fundamentalmente frágeis, seguindo uma lógica narcísica de onipotência e de não referência ao outro. As patologias do narcisismo estão relacionadas ao temor da desestruturação psíquica, ao traumático, ao excesso não representado, ao potencial mortífero das pulsões. A partir de uma metodologia qualitativa de abordagem psicanalítica, as considerações teóricas foram ilustradas através de um caso clínico que se apresenta como uma forma fragilizada de configuração subjetiva caracterizada principalmente pela ausência de um ego solidamente constituído e pelo vazio representacional.

Palavras-chave: patologias do narcisismo, contemporaneidade, psicanálise.

PARECER DO PROFESSOR ORIENTADOR

O presente trabalho de monografia, requisito parcial para obtenção do título de graduação em Psicologia, Formação do Psicólogo, é por mim recomendado para concorrer ao prêmio ABEP em virtude de se tratar de tema relevante e atual que pode vir a contribuir para o incremento da reflexão acerca da relação entre sintomatologias predominantes nos dias de hoje e características da cultura contemporânea, tendo como base o dispositivo teórico-clínico da psicanálise. Além disso, o trabalho está bem estruturado e a metodologia é condizente com os objetivos propostos. A inclusão de um caso clínico como ilustração das considerações teóricas faz com que o trabalho ganhe em clareza.

1) INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a subjetividade humana é construída a partir de articulações das relações culturais com a história individual. A cultura configura-se, então, como elemento coadjuvante na constituição do psiquismo humano. Neste contexto, é inegável a relação da psicopatologia com a cultura de cada época. No final do século XIX, Freud deparava-se com as histéricas e seus conflitos de ordem sexual. Neste início de século XXI, a sexualidade deixa de estar em primeiro plano na compreensão do sofrimento humano, pois os sujeitos têm demonstrado uma preocupação infinitamente maior com modos de assegurar sua própria existência. O que está em jogo no mal-estar contemporâneo é a perda de sentido da vida, a sensação de irrealidade, a futilidade da existência, a crise de identidade, o medo do aniquilamento.

Atualmente nota-se o aparecimento de novas patologias e os impasses da clínica do método associativo para dar conta destes novos sintomas que não estão centrados no modelo do recalçamento. Com isso, a clínica psicanalítica precisa expandir-se a fim de abarcar uma ação terapêutica mais ampliada nas patologias contemporâneas, visto que estas patologias não se reduzem às estruturas propostas pelo modelo psicanalítico ortodoxo. O protótipo de uma clínica que se atém às interpretações do inconsciente através da atenção flutuante do analista não tem dado conta das sintomatologias que não primam pela via representacional e que acabam se manifestando principalmente no corpo e na ação.

É importante esclarecer que não estou defendendo aqui a concepção de que estas patologias surgiram com a contemporaneidade. Pelo contrário: elas já existiam. Tanto que Freud, na última virada da sua teoria pulsional (em 1920) propôs a idéia de uma parcela irrepresentável do aparelho psíquico (que preconiza a não dominância do princípio do prazer), embora ele tenha voltado sua atenção essencialmente ao estudo das neuroses. O que proponho é uma investigação da forma como a cultura contemporânea favorece o aparecimento destas novas sintomatologias e como a clínica psicanalítica tem procurado se adequar às patologias, nas quais a elaboração psíquica cede lugar à ação, abarcando sujeitos com uma intensa fragilidade narcísica. Vale lembrar também que este modo de

compreender o impacto da cultura nas novas configurações subjetivas não exclui a riqueza e as singularidades de cada caso.

O presente estudo justifica-se pela abundância de novas configurações psicopatológicas na clínica contemporânea e por uma necessidade de dar conta do sofrimento psíquico que envolve o homem contemporâneo.

2) PROBLEMA E OBJETIVOS

A proposta deste estudo configura-se numa tentativa de reflexão a respeito do sujeito contemporâneo e a psicopatologia específica de seu tempo. Isto se dará através da problematização da inter-relação entre cultura e construção da subjetividade e da busca de novos modos de compreensão psicanalítica para os quadros clínicos da contemporaneidade.

Diante disso, construiu-se os seguintes objetivos:

- Investigar a inter-relação entre cultura e modos de subjetivação, buscando uma compreensão psicanalítica dos quadros clínicos da contemporaneidade.
- Estudar as novas configurações subjetivas da contemporaneidade;
- Identificar a influência da cultura contemporânea nas patologias do narcisismo;
- Fazer uma reflexão a respeito da clínica psicanalítica frente às novas configurações subjetivas;
- Propor uma elucidação das questões acima com a utilização de um caso clínico de um paciente.

Estes são pontos considerados cruciais para apreender a multiplicidade das formas de sofrimento do homem contemporâneo. Estou ciente, no entanto, que este trabalho propõe lançar luz às problemáticas atuais e não necessariamente encontrar uma resposta ou uma solução para o *pathos* que vem aparecendo de maneira mais farta no cotidiano clínico.

3) PROCEDIMENTOS

A metodologia deste estudo se divide em dois momentos. O primeiro refere-se à pesquisa bibliográfica mediante a exploração de textos. Esses textos foram selecionados de acordo com as questões relevantes à pesquisa. Desde o princípio da psicanálise até autores mais contemporâneos, procurei embasar teoricamente este trabalho com os conceitos-chave da teoria psicanalítica bem como com novas concepções a respeito do tema. Também procurei alguns autores de cunho mais sociológico, já que o trabalho pondera questões sócio-culturais da contemporaneidade.

Nesta primeira parte eu discuto o tema das MARCAS DA CONTEMPORANEIDADE, através de uma descrição detalhada dos modos de relação contemporâneos, com uma compreensão sociológica e psicanalítica partindo, principalmente, de teóricos como Bauman, Ehrenberg, Lebrun, e Roudinesco, entre outros. Esta descrição baseia-se principalmente em uma comparação entre os modos de vida moderno e contemporâneo, a fim de podermos averiguar a evolução das relações sócio-culturais a que as subjetividades atuais estão sendo submetidas. Desta forma, apresento a contemporaneidade marcada pela fluidez e pela incerteza, pelo princípio da autonomia, pela crença de que tudo é possível e pela presença notável da depressão.

Outro tópico discutido nesta primeira parte refere-se às CONFIGURAÇÕES DO NARCISISMO. Este foi criado com o propósito de sugerir uma compreensão metapsicológica das novas configurações subjetivas. Noutras palavras, vou buscar descrever a forma como a psicanálise entende o sofrimento do homem contemporâneo. Para trabalhar a fragilidade constitucional preponderante nas patologias do narcisismo, serão articulados conceitos psicanalíticos de base como narcisismo, desejo, castração, ego ideal, ideal de ego, pulsão de morte, trauma e clivagem seguindo uma abordagem freudiana acrescida de contribuições de autores mais atuais como Birman, Delouya, Figueiredo, Hegenberg, Kehl e Maia, entre outros.

O segundo momento deste trabalho faz alusão à pesquisa empírica com o intuito de elucidar as questões teóricas relevantes na proposta deste estudo. Por

isso utilizo uma abordagem qualitativa de orientação psicanalítica com o estudo de um caso clínico de um paciente atendido por mim no estágio curricular realizado no Serviço de Atendimento Clínico Institucional (SACI) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A problemática do paciente escolhido, como veremos, enquadra-se na proposta deste estudo.

Este estudo de caso caracteriza-se como UM CASO DE FRAGILIDADE NARCÍSICA e constitui-se numa tentativa de elucidar os apontamentos teóricos com notas do estudo de caso de um paciente atendido por mim na clínica-escola desta universidade. A hipótese é a de que os quadros clínicos da contemporaneidade englobam vários sintomas e não se enquadram de modo preciso e rigoroso em nenhum quadro estrutural específico. O caso clínico escolhido justifica-se por ser, justamente, a ilustração desta dificuldade de classificação nosológica das psicopatologias contemporâneas, além de apresentar características evidentes de uma problemática essencialmente narcísica. Foram consideradas as questões éticas características do tipo de metodologia escolhido.

4) RESULTADOS E DISCUSSÃO

MARCAS DA CONTEMPORANEIDADE

Imaginar uma vida de impulsos momentâneos, de ações de curto prazo, destituída de rotinas sustentáveis, uma vida sem hábitos, é imaginar, de fato, uma existência sem sentido.
(Sennett, 1998, p.44 *apud* Bauman, 2001, p. 29)

É incontestável a compreensão de que cultura e subjetividade andam de mãos dadas. Se o intuito é investigar as novas formas de sofrimento que se apresentam na clínica hoje, tem-se que abordar primeiro em que mundo vivem estes sujeitos que sofrem – não que isto seja determinante, mas certamente é fator contribuinte na compreensão destes. E se as dores do homem de hoje são diferentes das dores do homem de séculos passados, tem-se que investigar o que mudou neste sujeito e no mundo ao seu redor, a fim de alcançar um entendimento mais amplo e completo do que, de fato, contribui para que hoje se fale em novas configurações subjetivas.

Esta parte vai tratar de entender que contemporaneidade é esta de que tanto se fala, o que ela traz de novo e quais as conseqüências que estas novas relações inerentemente acarretam. Alguns autores preferem chamá-la de “pós-modernidade”, outros a intitulam “segunda modernidade”, “hipermodernidade” ou ainda “sobremodernidade”. O que há de comum nisso é que ela surge em contraposição a um primeiro modelo de modernidade e resulta de uma mudança política, econômica, cultural, social e individual. A passagem de uma a outra e os (re)arranjos da convivência humana e das circunstâncias sociais vão ser ora em diante apresentados.

A marca da fluidez

Acompanhando a compreensão de Bauman (2001) sobre a evolução da sociedade, tem-se a passagem de uma modernidade sólida para uma modernidade líquida. Os sólidos são mais estáveis, mais resistentes, suscitam a idéia de durabilidade e confiabilidade. Os líquidos, por sua vez, possuem mais mobilidade,

são mais leves, flexíveis e adaptáveis a qualquer espaço. Os fluidos, ao contrário dos sólidos, não mantêm a forma por um longo tempo, são claramente mais escorregadios e conseqüentemente mais evasivos. Desta forma, o autor utiliza a “fluidez como a principal metáfora para o estágio presente da era moderna” (p. 08).

Mas o que esta modernidade possui de efetivamente mais líquido do que aquela? Bauman (2001) caracteriza a modernidade sólida como

um Estado de perfeição a ser atingido amanhã, no próximo ano ou no próximo milênio, algum tipo de sociedade boa, de sociedade justa e sem conflitos em todos ou alguns de seus aspectos postulados: do firme equilíbrio entre oferta e procura e a satisfação de todas as necessidades; da ordem perfeita, em que tudo é colocado no lugar certo, nada que esteja deslocado persiste e nenhum lugar é posto em dúvida; das coisas humanas que se tornam totalmente transparentes porque se sabe tudo o que deve ser sabido; do completo domínio sobre o futuro – tão completo que põe fim a toda contingência, disputa, ambivalência e conseqüências imprevistas das iniciativas humanas (p. 37).

A primeira modernidade era, portanto, controlada, segura e confiável, pois as pessoas contentavam-se em viver de acordo, conformar-se, seguir o padrão, imitar e não desviar-se da norma. Tudo era projetado, controlado, regrado de forma rígida e adequado aos princípios da razão e do bom senso. Não se deve esquecer, porém, que tais características faziam parte do projeto da modernidade como ideais, não necessariamente alcançados em sua totalidade. Este, aliás, não parou de gerar híbridos, produtos estranhos a essa idéia de norma e contrários à tarefa de purificação (Latour, 1997).

A modernidade atual, em contrapartida, configura-se num apelo à velocidade, à constante produção, ao contínuo consumismo. Os objetivos a serem perseguidos são frágeis e mudam com muita freqüência. O mundo contemporâneo é recheado de interrupção, instantaneidade, incoerência, surpresa e permeado de estímulos que são constantemente renovados. Desta forma, “nossas instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam antes que tenham tempo de se solidificar em costumes, hábitos e verdades ‘auto-evidentes’” (Bauman, 2003, p. 06).

Parece que nas condições comuns de nossa vida atual se fazem presentes laços de afeto frágeis e transitórios, atravessados por sentimentos hedonistas. Saltamos de um apego a outro de maneira rápida e fugidia, na busca (nunca encontrada) de um porto seguro. O sujeito contemporâneo não pode mais tolerar o

que dura, o que é estável, o que é previsível, o que é, portanto, sólido. Os produtos a serem consumidos são perecíveis e descartáveis, projetados para a obsolescência imediata. No modelo de vida contemporâneo, tudo é temporário e há uma incapacidade de manter a forma, assim como os líquidos.

Bauman (2001) apresenta-nos o que distingue a modernidade fluida de todas as outras formas de convívio humano:

A compulsiva e obsessiva, contínua, irrefreável e sempre incompleta *modernização*; a opressiva e inerradicável, insaciável sede de destruição criativa (ou de criatividade destrutiva, se for o caso: de “limpar o lugar” em nome de um “novo e aperfeiçoado” projeto; de “desmantelar”, “cortar”, “defasar”, “reunir” ou “reduzir”, tudo isso em nome da maior capacidade de fazer o mesmo no futuro – em nome da produtividade ou da competitividade) (p. 36).

Acredito que seria leviano recusar, ou mesmo subestimar, a intensa mudança que a chegada do modelo liquefeito de modernidade produziu na condição humana. No entanto, também seria imprudente caracterizá-lo como única influência na constituição das subjetividades. Certamente ele é auxiliar e causa impactos em todos nós, humanos, que estamos submetidos a ele. Neste sentido, Maia (2005) aponta o paradoxo em que vivemos: “o processo de constituição da subjetividade pede tempo, e a cultura (pelo menos a contemporânea) pede instantaneidade” (p. 72).

Hegenberg (2000, p. 14) sugere que mesmo os que não são classificados em nenhuma categoria psicopatológica psiquiátrica sofrem os efeitos deste mundo desordenado, ambivalente e com parâmetros cada vez mais imprecisos. O autor afirma que o paciente da clínica contemporânea coloca uma “lente de aumento” nas questões contemporâneas que todos nós estamos enfrentando (idem, p. 15).

A marca da autonomia e da incerteza

A passagem de uma configuração moderna a outra produziu mudanças no campo político e econômico. Enquanto na modernidade sólida a ordem política dominava a totalidade da vida humana, na modernidade fluida o cotidiano dos indivíduos é dominado pela ordem econômica.

Bauman (2001) aponta que a modernidade sólida era tributária do sistema de política totalitarista, que se caracterizava pela perseguição às manifestações de

liberdade individual e autonomia. O autor afirma que “a sociedade totalitária da homogeneidade compulsória, imposta e onipresente, estava constantemente e ameaçadoramente no horizonte” (p. 33). Isto significa que o totalitarismo era uma forma de governo que pretendia exercer total controle sobre as atitudes dos seus membros, a fim de construir uma sociedade estável, previsível, segura e, portanto, sólida.

Na mesma abordagem temos Lebrun (2004), trazendo a concepção do sistema totalitário como característico do modo de vida do homem moderno. Segundo este autor, o totalitarismo tentava empreender um princípio de poder absoluto e sem limites. Isto significa que o homem moderno tendia a demitir-se da sua posição de sujeito desejante em prol de uma submissão total ao Estado em todas as esferas da sua vida.

O modelo totalitário de construção política alivia, de certa forma, o mal-estar da incerteza inerente ao fato de sustentar um desejo. O homem pós-moderno imerso numa cultura da autonomia, em que a responsabilidade de qualquer ato ou decisão recai sobre seus próprios ombros sente-se inseguro, uma vez que o Estado que anteriormente estava tomando conta da totalidade da vida dos sujeitos está agora destituído deste papel.

Bauman (2001) afirma que não há mais “grandes líderes” para apontar caminhos ao indivíduo, dizendo-lhe o que deve ser feito “e para aliviá-lo da responsabilidade pela consequência de seus atos; no mundo dos indivíduos há apenas outros indivíduos” ávidos por “um exemplo a imitar ou uma palavra de conselho sobre como lidar com seus problemas, que, (...), devem ser enfrentados individualmente e só podem ser enfrentados individualmente” (p. 38). Desta forma, cada um responsabiliza-se particularmente pelas consequências de ter investido a confiança em um exemplo que resultou de sua própria escolha.

Na mesma perspectiva, temos Ehrenberg (2004) propondo uma evolução marcada pela passagem de uma sociedade da disciplina que envolve obediência, interdição e autoridade para uma sociedade da autonomia, cuja característica principal é a liberdade de decisão e ação pessoais. Em seguida ele aponta a principal consequência, em sua opinião, desta passagem: “procurei mostrar que na passagem da neurose para a depressão, se passa de uma patologia do conflito — que coloca em cena o desejo — para uma patologia da insuficiência — que coloca em jogo a questão da ação” (p. 147).

Este ponto, no entanto, será melhor trabalhado na próxima parte deste trabalho. Detemo-nos agora, portanto, nas características desta contemporaneidade autônoma seguindo na abordagem de Ehrenberg. Ele enfatiza o contraponto entre disciplina e autonomia, ao afirmar que “a palavra ‘disciplina’, por um lado, e ‘autonomia’, por outro, são as palavras-chave desta evolução social. (...) De certo modo, exploro meus mundos da autonomia (e do ‘mal-estar’) como Foucault explorava os mundos da disciplina (e da loucura)” (Ehrenberg, 2004, p. 147). Desta forma o autor toma o princípio da autonomia como norma social do mundo contemporâneo. Nesta sociedade autônoma, não há mais regras claras a seguir ou modelos padrões de comportamento, pois cada indivíduo decide tudo sozinho, segundo seus próprios valores e não mais de acordo com um valor socialmente compartilhado.

Com esta autonomia cria-se, paradoxalmente, uma fantasia de que os sujeitos devem ser auto-suficientes, que devem enfrentar de maneira individual qualquer contratempo que a vida apresente:

Se ficam doentes, supõe-se que foi porque não foram suficientemente decididos e industriais para seguirem seus tratamentos; se ficam desempregados, foi porque não aprenderam a passar por uma entrevista, ou porque não se esforçaram o suficiente para encontrar trabalho ou porque são, pura e simplesmente, avessos ao trabalho; se não estão seguros sobre as perspectivas de carreira e se agoniam sobre o futuro, é porque não são suficientemente bons em fazer amigos e influenciar pessoas e deixaram de aprender e dominar, como deveriam, as artes da auto-expressão e da impressão que causam. Isto é, em todo caso, o que lhes é dito hoje, e aquilo em que passaram a acreditar, de modo que agora se comportam como se essa fosse a verdade (Bauman, 2001, p. 43).

A consequência disso é que o homem contemporâneo tornou-se mais frágil e sente-se mais impotente diante de tanta solidão. Toda e qualquer culpa, todo e qualquer fracasso recai sobre ele próprio e ele “tem que” dar conta de enfrentar as consequências imprevisíveis de tamanha liberdade sozinho, absolutamente sozinho. E é também só que ele vai sentir o peso da auto-crítica e da auto-reprovação. Sendo assim, o sujeito de hoje é deficitário e impotente diante da exigência da sociedade de que ele pode tudo.

Na segunda modernidade, observamos uma quebra bastante significativa de valores que até então eram tradicionais. Isto, de certa forma, promove a contínua transformação de referenciais e uma perda significativa da estabilidade. Nesta perspectiva, Hegenberg (2000) menciona que

quando a estabilidade dos relacionamentos estava garantida por valores morais reconhecidos, podia-se observar que a solidão, o vazio e o tédio, próprios da existência humana, estavam escamoteados por um caminho a seguir, definido por convenções sociais marcadas pela tradição e pelo respeito a normas consagradas. Na sociedade atual, onde tudo se transforma e novos valores são rapidamente consumidos e substituídos por outros que serão também logo desmanchados, o nível de angústia tende a aumentar por causa da insegurança gerada pelas contínuas mudanças (p. 14).

Esta é a principal característica do capitalismo neoliberal que surgiu em contraposição ao modelo de política totalitarista. Capitalismo este, que teima em mostrar aos sujeitos o quanto eles são incompletos e o quanto eles devem render-se ao consumo a fim de comprar aquilo que está faltando ao seu desejo de completude, o que seria sinônimo de felicidade. Esta questão da felicidade tão idealizada pelo homem pós-moderno é mais detalhadamente discutida no próximo tópico.

Na sociedade contemporânea o sujeito sente-se cobrado e obrigado pela cultura do excesso a adaptar-se a uma vida frenética, com um ritmo alucinado, fazendo da não-adaptação uma patologia da atualidade. Rauter (2005) descreve que as pessoas que não conseguem corresponder às expectativas capitalistas vivem “como se” a culpa fosse delas. Culpa esta pela não adaptação aos quesitos capitalistas competitivos que acabam por desvirtuar os afetos, promovendo uma freqüente flexibilização e desvalorização dos laços afetivos. É a constante (des)territorialização que insere o indivíduo na incerteza; e, por outro lado, a cultura do capitalismo exige que ele dê conta de todos os estímulos que inundam o cotidiano, além de esforçar-se continuamente para ficar sempre “numa boa”.

A cultura do capitalismo dá ao indivíduo uma ilusão de liberdade, uma falsa sensação de que se pode ser e ter tudo. Isso causa uma sensação de desenquadre, de despersonalização, pois a sociedade impele o sujeito a agir, mas fornece a ele meios fluidos para realizar sua ação, exigindo dele uma adaptação contínua e constante. Esta incerteza, segundo Bauman (2001), caracteriza-se como uma conseqüência da autonomia, no sentido em que quando há modelos de conduta os homens geralmente sabem quando e como devem realizar determinada tarefa. Com esta indicação delineada, a presença da incerteza é abrandada. Caso contrário, em circunstâncias nas quais as decisões são responsabilidade puramente de quem as toma, não há “o conhecimento tranquilizante de suas conseqüências, fazendo com que cada movimento seja impregnado de riscos difíceis de calcular” (p. 28). O resultado disso é que quando

“cada indivíduo deve ir em frente e tentar sua sorte”, quando “ele tem que nadar ou afundar” – “a busca compulsiva da certeza” se instala, começa a desesperada busca por “soluções” capazes de “eliminar a *consciência* da dúvida” – o que quer que prometa “assumir a responsabilidade pela ‘certeza’” é bem-vindo (Fromm, 1960, p. 51, 67 *apud* Bauman, 2001, p. 28).

A marca da “satisfação já”

Lebrun (2004) estudou a evolução da sociedade pelo viés do discurso tecnocientífico. O autor menciona que com o advento e evolução da ciência ocorreu um desequilíbrio circunstancial na conjuntura familiar, que é a cena da elaboração da realidade psíquica do sujeito. Mas de que forma estes dois aspectos (ciência e família), aparentemente distintos, podem estar intimamente relacionados?

“Ora, o meio social parece hoje marcado por um conjunto de determinantes conseqüentes à desinscrição do impossível no coração do método científico, em outras palavras, a um ‘deixar crer que tudo é possível’, ou que ‘nada é impossível’” (Lebrun, 2004, p. 117). Costa (2004) compartilha desta mesma concepção quando afirma que o lugar do universal, do incontestável (antes lugar da religião, do trabalho, da família), passou a ser ocupado pelo mito cientificista.

Mas e quem é o responsável por expulsar os limites do impossível, interditando esta fantasia resultante do discurso da ciência pós-moderna? Ora, o que nos faz tomar consciência de que nem tudo é permitido é a nossa capacidade de simbolizar a falha, a falta. Isto se dá através da internalização dos interditos paternos. A ordem simbólica é adquirida pelo representante paterno que vem pôr fim à onipotência narcísica, que vem mostrar que a plena satisfação não é possível e que insere o sujeito na ordem desejante. O pai entra na relação mãe-bebê, tornando-se o terceiro a fim de indisponibilizar a mãe como objeto de gozo absoluto.

Roudinesco (2003) apresenta-nos uma desordem na família ocidental do século XXI. Esta nova forma de representar a família manifesta-se pela invasão impetuosa do feminino e pela posição fundamental e onipotente conferida à maternidade, o que acabou causando a derrocada do paterno, culminando na queda da autoridade do pai. Aqui a autora fala de uma restauração do matriarcado, em que as novas configurações conjugais e familiares da pós-modernidade referem-se necessariamente à independência da mãe da instância simbólica interditora, até então remetida ao pai.

Nesta perspectiva, Lebrun (2004) aponta que a contemporaneidade configura-se por uma queda do pai simbólico, uma queda das instâncias interditoras que vêm assegurar a permanência do desejo e, conseqüentemente, da simbolização tão necessária à inscrição psíquica do “não-possível”. O autor assinala que

o que essa marcação do social inaugura é, pois, uma sociedade que não somente não ratifica mais a função dos interditos habitualmente destinada ao pai, mas que, em contrapartida, implicitamente não a reconhece, porque o tipo de laço social por ela produzido se situa às avessas do trabalho de simbolização (p. 122).

A contemporaneidade é então marcada pela falta de limites. Os sujeitos sentem-se livres das limitações, livres para agir conforme os seus próprios desejos (é o princípio da autonomia que foi detalhadamente especificado acima). Não há mais limites à satisfação. Estamos na cultura do *carpe diem*, do momento, do imediatismo, numa intensa despreocupação com a duração das coisas. O que vale é o prazer imediato. Esta supervalorização do presente e produz a permanente busca por prazeres evasivos e fugazes que, assim que forem apreendidos, já escapam. O prazer é, então, assim como a contemporaneidade, fluido.

Estamos observando um declínio do que Freud (1911), no artigo *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, chamou de “princípio da realidade” que surge como forma de barrar o que o “princípio do prazer” busca. O primeiro indica a percepção de que o mundo reluta em se submeter à vontade do sujeito. É a apreensão do mundo como “real”, intimidante e limitante. Já o segundo é o movimento de busca humana do que é agradável, do prazer e da felicidade através da diminuição da tensão pulsional causada pela intensa estimulação do aparelho psíquico. Com o advento do princípio da realidade já não se representa apenas o que é agradável, mas o que é real, mesmo que o real seja desagradável. O princípio da realidade se instala para adiar o prazer, ou seja, “um prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, é abandonado, mas apenas a fim de ganhar mais tarde, ao longo do novo caminho, um prazer seguro” (Freud, 1911, p. 283). Este princípio surge para modificar o princípio do prazer na medida em consegue impor-se como princípio regulador.

Com o abrandamento do princípio da realidade na cultura contemporânea, a satisfação não é mais adiada. A modernidade fluida, pautada no princípio do prazer, promove a abolição do adiamento da satisfação, sendo que a recompensa deve ser

instantânea. No entanto, esta satisfação é breve, um momento de êxtase, pois a satisfação completa não é assegurada, visto que não é constante por ser demasiadamente rápida. As pequenas experiências agradáveis de gozo não conseguem mais ser aproveitadas, porque o que se espera é que cada uma destas satisfações parciais transforme-se em gozo absoluto que deve ser realizado já.

A impossibilidade de uma experiência de gozo absoluto é o que assegura a durabilidade do desejo e o mantém vivo. Mas como o imperativo contemporâneo é o da “satisfação já”, o sofrimento e a dor inerentes ao humano não são mais suportáveis:

A renúncia ao gozo do objeto primordial do desejo garante a salvaguarda da possibilidade do desejo, mas quando a conjuntura social deixa crer na realização plenamente satisfatória do desejo, torna-se muito difícil, para o sujeito, ter uma referência no que constitui os paradigmas do que pode levá-lo no caminho do seu desejo. Sem nem mesmo perceber, o sujeito abandona, assim, uma economia psíquica por uma outra. Ele se encontra num mundo em que o sofrimento é intolerável, já que o que lhe é abusivamente prometido (...) é o acesso simples e imediato ao verdadeiro objeto (Lebrun, 2004, p. 126).

A ausência instaurada pelo significante da lei paterna é o que não é mais tolerado. Mas Lebrun (2004) nos chama a atenção de que

ao introduzir nesse dispositivo o artefato ligado à possibilidade de alcançar o objeto, ou antes, ao “deixar crer” que ele é passível de ser alcançado, a sociedade impregnada da ciência pós-moderna abre as portas para a efetividade da pulsão de morte (p. 125).

A pulsão de morte, aqui tratada no sentido de abolição de uma tensão, de viver ao abrigo do sofrimento, caracteriza o que Freud (1920) propôs que vai *além do princípio do prazer*. Isto significa que o sujeito busca o prazer sem levar em conta os limites do simbólico paterno e do princípio da realidade. A tentativa de apaziguar o desprazer de uma maneira a gozar absolutamente leva o sujeito à morte. Trata-se de uma cultura da pulsão de morte em que o prazer não é mais controlado e a busca por ele torna-se o propósito máximo da vida.

Na sociedade capitalista o ideal é que se conquiste vários objetos de gozo e “o objeto de consumo nos é apresentado como tendo a virtude de poder apagar essa irreduzível indisponibilidade e nos deixa crer numa possível plena satisfação” (Lebrun, 2004, p. 117). O autor conceitua a idéia de um simbólico virtual que

“autoriza que se desenvolva um mundo no qual a assunção da castração poderia ser evitada” (idem, p. 126). Isto significa que, com o declínio da função paterna, a castração, ou seja, a limitação do gozo absoluto, é sempre levada para mais tarde. Neste sentido, Edler (2005) observa que a evolução da ciência e da tecnologia juntamente com o discurso capitalista promove um efeito conjunto que se configura pela

superação da dimensão do impossível veiculando a idéia de que o impossível hoje, será possível amanhã, o que altera a noção de castração e interfere diretamente na organização subjetiva construída, como sabemos, em torno de uma falta (Edler, 2005)¹.

Percebe-se, desta forma, que na cultura de hoje não se tolera o sofrimento. Há uma tentativa de pacificação que é própria do nosso modo de vida contemporâneo. Promove-se um apagamento da conflitualidade em proveito da procura quase que desesperada pelo consenso. A busca de um encontro com a simetria, numa tentativa de apagar as diferenças, parece negar a natureza humana conflitiva garantida pelo sujeito do inconsciente². Este é o sujeito que se configura pela falta e é somente por esta ausência que ele se torna um sujeito desejante e por isso dividido.

Em oposição ao sofrimento, tem-se a concepção de felicidade, que é entendida como a ausência de sentimentos ruins e está ligada a emoções de curto prazo. E, como já foi acima discutido, essa correlação nunca foi verdadeira. Maia (2005) propõe que

na contemporaneidade, os laços afetivos precisam gerar prazer imediato e, quando por ventura aparece qualquer ameaça de sofrimento, o outro é descartado rapidamente, para preservar a ilusória sensação de felicidade – atributo fundamental e irrevogável das individualidades contemporâneas. É necessário enfatizar que, na pós-modernidade, atendendo a essa lógica, felicidade se configura como sinônimo de euforia. Nessa imagem social construída para o sujeito, não existe lugar para afetos humanos básicos: a angústia e a tristeza são banidas do ideário pós-moderno e, a qualquer sinal de sua proximidade, o indivíduo deve acessar dispositivos para sedá-las – anti-depressivos e drogas as mais diversas (p. 78).

¹ As citações literais que não possuem referências de paginação foram retiradas de textos em versão eletrônica.

² O sujeito do inconsciente é definido por Nasio (1989, p. 115) como “um sujeito a menos na vida de alguém, o traço ausente, exterior a essa vida, e que no entanto a marca para sempre. Por isso a singularidade de uma vida significativa é dada por uma marca que nos permanece exterior. Aí está o modo que dispomos para existir no inconsciente: existimos como uma marca que nos singulariza e da qual, no entanto, estamos despojados”.

Sendo assim, a ideação da “satisfação já” foi corroborada pela tecnologia que propõe um “fazer tudo mais fácil”. Sendo pressionados a acertar sempre e a conseguir tudo o que queremos, temos dificuldade em lidar com nossos limites e com os percalços do cotidiano. Dor e sofrimento fazem parte da vida. Evitá-los, portanto, significa rejeitar a própria vida. Numa entrevista à Revista Veja o psicólogo americano Steven Hayes afirma que:

O problema é que estamos vivendo uma espécie de ditadura da felicidade. Aceitar a dor sempre fez parte dos costumes e tradições humanas. Hoje, pela primeira vez na história da humanidade, existem tecnologia, remédios e terapias para acabar com a dor. Isso não é lá muito sábio. Ao buscar um desses recursos, corre-se o risco de cometer um erro que tornará aquela dor inevitável, transformando a vida em uma espiral infinita de sofrimento. De nada adianta querer se sentir feliz o tempo todo (Hayes, 2006, p. 14).

Esta dificuldade em lidar com a dor e a tentativa de aplacar qualquer manifestação conflitiva pode ser resultado da cultura do espetáculo. A moral do espetáculo, segundo Costa (2004), manifesta-se no ideal da felicidade e das sensações, bem como na concepção da vida como entretenimento. Ele aponta que o sujeito é habituado a se eximir de pensar eticamente sobre o que acontece e, conseqüentemente, levado a perder a confiança em seu discernimento e a crer no que é veiculado pela mídia. Para este autor, a moral do entretenimento é uma extensão imaginária da realidade-espetáculo e

consiste em tratar os eventos não apenas como algo descartável, mas como algo que ocorre em um mundo anônimo, estranho aos interesses de qualquer cidadão concreto (...), uma cena-fantasma que o indivíduo protagoniza como se fosse um turista em férias por lugares exóticos (Costa, 2004, p. 232).

Essa relação sujeito-mundo é que vem sendo marcada pelas novas crenças coletivas a respeito do ideal de felicidade a ser perseguido, ditado pelas novas autoridades que hoje ocupam o lugar das antigas instituições de poder, como a igreja, a família, a escola. Essas novas autoridades podem ser identificadas como a ciência, que nos diz como ser saudáveis, como adquirir ‘qualidade de vida’ e a mídia, principalmente, que é o veículo dessas informações e dos modelos corporais identificados com o sucesso social. Diante disso, o autor não quer dizer que somos autômatos teleguiados pela mídia ou o que quer que seja, mas que a saída para não

se deixar apanhar por essa engrenagem é revisarmos nossas crenças a respeito da felicidade, hoje atrelada à compra de objetos e de corpos da moda.

A marca da depressão

Paradoxalmente a esse mundo em que se busca de forma incessante alcançar a promessa fugidia e sempre distante de uma vida sem problemas (Bauman, 2001, p. 86), temos o que Roudinesco (2000) chamou de “Sociedade Depressiva”. Ela aponta que, atualmente, o sofrimento psíquico se expressa através da depressão. O que se exige dos sujeitos hoje é não passar por esse estado, não se deprimir. E isto está intimamente relacionado ao capitalismo, cujo imperativo é: *“Mantenha-se produtivo acima de tudo! Não perca tempo com o seu desejo, muito menos se ele lhe parece tão distante”*.

Nesta perspectiva, temos Berlinck & Fedida (1999) sugerindo que

a depressão só adquire importância crescente à medida que as exigências do mundo de hoje são a atividade, a eficiência prática e pragmática, a produção material e o consumo, a ausência de constante retorno da tradição naquilo que se manifesta no presente. Em outras palavras, o que se ensaia na atualidade é um mundo sem catástrofe e, por isso, sem depressão (p. 21).

As pessoas hoje se defendem de maneira intensa de se reconhecerem como deprimidos, tristes com algo, como se isso fosse feio ou reprovável em nossa sociedade. A estas mesmas pessoas, a sociedade contemporânea, embora depressiva, não lhes oferece um “tempo para sofrer”. Decorre daí sua incapacidade de ser feliz. Na verdade, não há experimentação da dor nem da felicidade real, apenas da ilusão momentânea de satisfação total. Sendo assim,

nesse ponto em que, em nossa cultura, situamos os ideais em torno do lucro, da competitividade, da conquista individual, da supremacia, do dinheiro e da fama, não há lugar para os perdedores. Hoje os deprimidos são os perdedores, *à sombra do espetáculo* (Edler, 2005).

Nesta configuração há uma contradição na relação da felicidade com o prazer, sendo que quanto mais se fala em minimizar o sofrimento e otimizar o prazer, mais nos privamos de prazer e mais nos atormentamos com os sofrimentos que não podemos evitar. É justamente este ideal de uma felicidade impossível que

faz com que a sociedade se torne depressiva, pois quem tenta a todo custo evitar a dor passa a não sentir nada, apenas um vazio profundo, ficando anestesiado. E isso está intimamente relacionado com o apaziguamento do sujeito do inconsciente e o vazio do desejo que a sociedade contemporânea está promovendo. Nesse sentido, Roudinesco (2000) aponta que

o crescente sucesso dessa designação [a depressão] deixa bem claro que as sociedades democráticas do fim do século XX deixam de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva. Em outras palavras, a concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge de seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo conflito (p. 19).

A hipótese da autora é que conflito e depressão estabelecem uma relação de proporcionalidade inversa. Ou seja, quando a natureza conflitiva diminui, o sentimento de depressão e vazio aumenta. Ela traça o aumento da presença dos medicamentos psicotrópicos na vida cotidiana do homem contemporâneo, apontando que eles promovem justamente esta pacificação do humano, “fabricando um novo homem, polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto” (p. 21). Eles possuem o efeito de “eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação” (p. 21). Este aumento do uso de medicações explica-se pelo fato de que a psicofarmacologia “encerrou o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana” (p. 22). Assim, estas pessoas deprimidas acabam procurando caminhos “para abdicar da (dura) afirmação da própria subjetividade e se tornar mero objeto”, para se tornarem “imunes ao sofrimento, às escolhas, aos riscos de viver, às depressões da vida” (Pessotti, 2003, p. 07).

Este rompimento com a essência da vida humana que Roudinesco (2000) propõe ocorre, segundo ela, porque o sujeito contemporâneo opta por “entregar-se voluntariamente a substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos” (p. 30) em prol da manutenção de uma competitividade contemporânea, na qual o êxito material é o fundamento exclusivo. Neste sentido, a autora aponta a medicalização dos sofrimentos da alma como um sintoma desta sociedade depressiva, pois

quer se trate de angústia, agitação, melancolia ou simples ansiedade, é preciso, inicialmente, tratar o traço visível da doença, depois suprimi-lo e, por fim, evitar a investigação de sua causa de maneira a orientar o paciente para uma posição cada vez menos conflituosa e, portanto, cada vez mais depressiva. Em lugar das paixões, a calma, em lugar do desejo, a ausência de desejo, em lugar do sujeito, o nada, e em lugar da história, o fim da história (Roudinesco, 2000, p. 41).

A depressão torna-se, então, a forma dominante de manifestação da subjetividade contemporânea. Roudinesco (2000) faz uma certa crítica desta subjetividade atual, apontando que a era da autonomia, acima detalhada, entra em cena para substituir a era da subjetividade, já que “a ilusão de uma liberdade irrestrita, de uma independência sem desejo e de uma historicidade sem história” proporcionou que o humano característico da contemporaneidade tenha se transformado no “contrário de um sujeito” (p. 14). E ela continua registrando que

é essa idéia de subjetividade, tão característica do advento das sociedades democráticas, elas próprias baseadas no confronto permanente entre o mesmo e o outro, que tende a se apagar da organização mental contemporânea, em prol da noção psicológica de personalidade depressiva (Roudinesco, 2000, p. 19).

Para finalizar esta parte, vou mostrar ainda que Roudinesco (2000) indica uma outra evolução da modernidade. Quando explicita que hoje o conflito neurótico é tratado como depressão e que a causalidade psíquica inconsciente não é mais levada em consideração, a autora mostra que há uma lógica narcísica presente na sociedade depressiva que “não quer mais ouvir falar de culpa nem de sentido íntimo, nem de consciência nem de desejo nem de inconsciente” (p. 42). No mesmo sentido Ehrenberg (2004) menciona que

a neurose no sentido de Freud foi, se olharmos as coisas do ponto de vista da sociologia, um modo de nomear a dimensão mental dos problemas gerados pelo tipo de regras sociais da época. Da mesma forma, a depressão, sociologicamente falando, é um modo de nomear certo número de problemas gerados pela regra da autonomia que prevalece hoje (p. 147-148).

Esta lógica narcísica, entre outras questões, é que será tratada a partir de agora.

CONFIGURAÇÕES DO NARCISISMO

A escuta da Psicanálise, na atualidade, se desvia da *Angústia de Castração* e do *Complexo de Édipo* para a *Angústia de Separação* e para o *Ideal de Ego* como organizadores da personalidade.
(Hegenberg, 2000, p. 13)

Já foi discutido que as transformações sofridas pela cultura contemporânea causam impacto na constituição das subjetividades. Atualmente a clínica psicanalítica vem se deparando com sintomatologias que não seguem a lógica do conflito psíquico, do recalque e da representação. Neste sentido, novos modelos de abordagem do mal-estar humano estão sendo pensados para dar conta de um sofrimento que escapa à referência da sexualidade e das interdições morais e que, portanto, não segue a lógica da castração e do desejo como arcabouço da subjetividade.

Estas “novas patologias” se configuram pela presença de quadros narcisistas, que incluem o não-representativo. São da ordem da ação; enquanto as psicopatologias freudianas eram da ordem do pensamento. Diversos autores (Hegenberg, 2000; Kehl, 2003; Lebrun, 2004; Maia, 2005) salientam que o novo destas patologias não é sua emergência, e sim sua abundância no contemporâneo. E isto equivale dizer que elas já existiam, que não surgiram agora, mas que estão, de forma bastante evidente, presentes no cotidiano clínico.

Esta segunda parte vai buscar compreender a forma adotada pela psicanálise para abordar as novas configurações subjetivas. Vou buscar uma compreensão metapsicológica destas patologias, partindo de pressupostos-base da teoria freudiana, acrescidos de modelos de entendimento de autores mais contemporâneos.

Por que patologias do narcisismo?

Há muitas formas de denominar as novas patologias. Elas caracterizam-se, principalmente, pela impossibilidade de construção representativa por parte do aparelho psíquico, sendo que a pulsão é descarregada diretamente no ato ou no corpo. O paciente não mais recorda, ele age sua dor. Tal configuração pode se dar

na ausência de ação, num estado de total letargia – as depressões – ou na ação total – compulsões, adicções, impulsividades, bulimias, anorexias, autotomias, manifestações psicossomáticas, estresse, pânico. Conservando as particularidades de cada um destes modos de expressão do sofrimento contemporâneo, percebe-se que o que eles apresentam em comum é que as suas manifestações privilegiam o corpo e a ação e sua característica principal é uma carência narcísica constitutiva. Sugere-se assim que, fugindo da lógica do recalçamento, estes pacientes são pouco tolerantes ao método clássico da psicanálise, podendo quase não beneficiar-se de associações e interpretações.

Gobbi (2005), discursando sobre este mesmo tema, apresenta diversas denominações que se encaixam no padecimento do homem contemporâneo: patologias atuais (Mayer), estados fronteiricos³ (Green), estruturas não-neuróticas (Bleichmar, 1994), patologias narcisistas (Kernberg, 1995), *falso-self* (Winnicott), personalidade *como se* (Deutsch), *si-mesmo-branco* ou *vazio* (*blank-self* de Giovachini), falha básica (Balint), antianalisando (McDougall). Há ainda outras nomenclaturas que se referem a estes sofrimentos caracterizados por falhas na capacidade de representação de um psiquismo que pouco elabora, o que acarreta o triunfo do ato sobre a palavra, como por exemplo: patologias da ação⁴, casos difíceis⁵ e patologias do vazio – como a própria autora prefere denominar, a fim de ressaltar a concepção de vazio representacional.

Gobbi (2005) segue afirmando que esta vasta classificação aponta a “necessidade de marcar um lugar diferente do da neurose, da psicose e da perversão” (p. 141), bem como enfatiza a importância da procura de conceitos que “tentam dar conta do sujeito desamparado e aprisionado no vazio de sua existência” (p. 142).

Então por que eu escolhi denominá-las patologias do narcisismo? Alguns estudos demonstram a importância das questões narcísicas nestes quadros. Concordo com a hipótese de Quintella, Pinheiro & Vertzman (2005) quando propõem

³ Usa-se como sinônimo de estados fronteiricos os seguintes termos: estados-limite, casos-limite, ou ainda, *borderlines*.

⁴ A origem deste termo é a tradução da expressão em francês “*pathologie de l’action*” de Alain Ehrenberg (1998, p. 185). Uma referência às patologias que se manifestam no corpo e na ação pode ser encontrada também em Birman (2003).

⁵ Maia (2005) e Kahl (2006) registram que Ferenczi ficou conhecido na história da psicanálise como “o analista dos casos-difíceis”.

um modelo de compreensão das novas patologias diferente do modelo da histeria e dos quadros psicóticos. Eles descrevem que as psicopatologias contemporâneas podem ser mais bem compreendidas pelo viés da melancolia ao mesmo tempo em que advertem o afastamento das patologias do narcisismo de um quadro mais grave de melancolia – conhecida também como neurose narcísica – caso contrário, todas elas poderiam ser assim denominadas. Neste sentido, Saceanu et al. (2005) retomam importantes concepções freudianas ao afirmarem que

na histeria a *sexualidade* é a chave mestra capaz de articular discurso e sintoma corporal. Porém, no modelo narcísico notamos que a sexualidade não opera como articuladora do sintoma, sendo necessário o recurso a outros parâmetros. (...) Estas [as patologias narcísicas] só podem ser compreendidas e tratadas se operarmos uma inversão teórica no sentido de fornecer à noção de narcisismo toda sua potência (Saceanu, Viana, Pinheiro & Vertzman, 2005).

Birman (2003) também assinala que a subjetividade contemporânea manifesta-se como essencialmente narcísica. Para confirmar, temos Maia (2005) evidenciando que nas patologias contemporâneas “é a imagem de si, o narcisismo, tal como descrito por Freud como processo básico e estruturante da subjetividade, que adoece e padece” (p. 65). Ela continua mencionando que as apresentações do sofrimento na atualidade “poderiam ser nomeadas como patologias do narcisismo, porque tomam forma naquele lugar onde o eu se viu violentado e ameaçado com a possibilidade de interrupção do fluxo da vida que constitui sua base narcísica” (p. 68-69).

Se tomarmos o entendimento de Hegenberg (2000) sobre os quadros *borderline*, nota-se que este tipo de paciente se aproxima muito da sintomatologia das patologias do narcisismo pela sua característica de uma existência consideravelmente frágil. A psicopatologia destes pacientes contemporâneos envolve problemas de identidade (“não sei se sou eu ou se sou outro”) e não mais de identificação (“ser como o pai ou a mãe”). Neste sentido, o autor apresenta a compreensão de Winnicott, o qual aponta, como aspecto principal, as problemáticas do *self* – sensação de unidade, de ser si mesmo – e não de ego – que se traduz por um conjunto de identificações. Segundo a teoria winnicottiana, o *self* é anterior ao ego e, podemos sugerir, portanto, que um *self* não constituído “por não ter tido uma experiência intersubjetiva satisfatória com o ambiente” (Hegenberg, 2000, p.49),

poderia ser irrompido por vivências de vazio e falta de sentido características das patologias atuais.

Gobbi (2005), expondo sobre o vazio indica questões narcísicas de alta relevância. A autora descreve o excesso de sofrimento como causador da não constituição ou da perda das funções egóicas, apontando “falhas na *consistência do si-mesmo*”, o que faz com que os sujeitos necessitem, continuamente, de “objetos narcisistas para manter a coesão egóica” e evitar a ruptura do eu. (p. 144). Desta forma, a insuficiência do narcisismo é determinante de um ego intimidado pela angústia de desintegração e pela sensação de vazio interno.

Acredito, então, que a expressão patologias do narcisismo, utilizada também por Maia (2005), como foi acima descrito, é a que melhor expressa o mal-estar da atualidade, pois as psicopatologias atuais estão sendo pensadas sob o modelo da melancolia e não mais sob o modelo da neurose histérica (Saceanu et al, 2005).

O modelo da melancolia

Recorreremos a Freud para descrever o modelo da melancolia. Em *Luto e Melancolia*, Freud (1915) apresenta a melancolia como uma lacuna na estrutura representativa do eu, na qual há uma perda (mais ideal do que real) de um estado de onipotência infantil. Esta perda produz um retorno da libido ao eu, posto que o direcionamento da libido ao objeto fracassa, resultando em uma redução considerável da auto-estima, acompanhada de um “empobrecimento do ego em alta escala” (p. 278).

Neste artigo metapsicológico, Freud (1915) cita alguns traços presentes na melancolia que se assemelham intensamente com as sintomatologias atuais:

(a)⁶ um desânimo profundamente penoso, (b) a cessação de interesse pelo mundo externo, (c) a perda da capacidade de amar, (d) a inibição de toda e qualquer atividade, e (e) uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (p. 276).

Paradoxalmente a um ego “pobre e vazio” (idem, p. 278), tem-se, na melancolia, um vasto investimento narcísico da libido caracterizado pelos traços

⁶ Esta enumeração foi usada por mim para facilitar a explanação da idéia seqüente.

narcisistas referidos acima pela marcas (b) e (c). Isto ocorre por meio de um processo de identificação narcísica primária, em que o próprio ego tornou-se o objeto perdido, numa tentativa de recuperá-lo.

Considero, aqui, imprescindível uma explanação da evolução da teoria pulsional freudiana para uma compreensão mais detalhada do que Freud designou de narcisismo⁷. A primeira teoria pulsional preconizava um conflito entre as pulsões de auto-conservação e as pulsões sexuais. As primeiras referem-se a funções corporais que tendem a conservar a vida do indivíduo, enquanto as segundas estão essencialmente submetidas ao princípio do prazer, caso em que a libido é investida em zonas corporais que acabam se tornando erógenas.

Com o texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914) inaugura o segundo dualismo pulsional, no qual todas as pulsões são compreendidas pelo viés da sexualidade, ou seja, o próprio ego se constitui como objeto da pulsão sexual. A diferença é que algumas se dirigem ao ego (libido do eu ou libido narcísica) enquanto as outras se dirigem ao mundo externo (libido do objeto). É aqui que entra a importância do conceito de narcisismo para o presente estudo.

O desenvolvimento da libido inicia-se com o auto-erotismo que ocorre quando a libido está dirigida para si próprio, mas o eu ainda não está presente. A sexualidade, nesta posição auto-erótica configura-se de forma caótica e polimorfa, pois não há uma unidade de ego. Depois do auto-erotismo temos o narcisismo, como segunda postura libidinal, na qual ocorre um investimento da libido na imagem unificada de si em que o bebê toma a si mesmo como objeto de amor. Entre estes dois arranjos, temos a construção do eu que, como veremos mais adiante, é sempre proporcionada pela presença do outro. Freud (1914) supõe que

uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo (p. 93).

Desta forma, “ao introduzir o narcisismo, Freud o situa como uma etapa na constituição do eu do sujeito. Antes do narcisismo não havia propriamente um eu, apenas um corpo fragmentado, atravessado por pulsões parciais sem qualquer

⁷ Compreendido aqui no sentido de posição da libido no desenvolvimento sexual do humano (conforme Freud, 1914).

unidade” (Edler, 2005). Em seguida, a libido deve ser investida no mundo externo para que se torne uma libido objetal, pois quando a catexia libidinal investida no ego excede uma certa quantidade, há uma necessidade de ultrapassar os limites do narcisismo. Neste sentido, Freud (1914) sugere que “devemos começar a amar a fim de não adoecermos” (p. 101).

Retornando ao texto *Luto e melancolia*, vemos que quando a libido objetal configura-se de forma frágil, a passagem da libido para um regime de objeto fracassa e acarreta uma fixação no regime narcísico, no qual a ausência de representação de objeto não permite que o ego consiga empreender uma representação de si. Em outras palavras, seguindo uma linha teórica mais winnicottiana, “esses indivíduos necessitam de uma experiência com alguém capaz de acompanhá-los na constituição de seu *self*, o qual não pode ser constituído a contento em razão de um ambiente não suficientemente bom na infância” (Hegenberg, 2000, p. 42). Desta forma é importante observar que

“o ato psíquico do investimento de objeto” é decisivo para a formação da unidade narcísica do sujeito, sem esquecer que, nesse nível investimento de objeto e investimento de si são convergentes e dificilmente discerníveis; ainda mais difícil porque, no sujeito, esse investimento de objeto é precipitado dos cuidados maternos, do olhar da mãe que reflete toda satisfação através do espelho de sua própria unidade narcísica com seu filho (Botella, 2002, p. 212).

Nota-se que o narcisismo, em certa medida, faz parte das pulsões de auto-conservação e torna-se absolutamente normal, saudável e até desejável. O que se torna característico nas patologias do narcisismo, não é a presença de um narcisismo muito elevado (embora isso possa acontecer com a presença da megalomania). Mas o ponto fundamental para compreender essas patologias é que o retorno da libido ao eu ocorre devido a uma desarticulação na unidade narcísica. Isto significa dizer que quando o ego sente-se intimidado pela possibilidade de uma interrupção no sentimento de “continuar a ser” e pela ameaça de aniquilação, o investimento libidinal desvia-se do mundo externo e fixa-se no eu numa tentativa de preservar a coesão egóica. Quando, por uma medida de proteção, a conduta torna-se narcísica, estamos falando do modelo da melancolia.

Nesta mesma direção, Maia (2005) menciona sua cautela no uso do termo narcisismo diante de uma cultura que apregoa a difusão de uma imagem de

indivíduos narcisistas, egoístas e envaidecidos na busca de um conceito de perfeição. Concordo com a autora quando afirma que

mesmo que se aceite parcialmente a visão de que o narcisismo contemporâneo se apresente como um individualismo, entendo, no entanto, que o narcisismo na atualidade adquire feições mais macabras: apresenta-se como um narcisismo que comporta fissuras de difícil reparo (p. 66).

É fundamental ressaltar que essas perturbações que incidem sobre o narcisismo originário da criança são vicissitudes do narcisismo enquanto dimensão constitutiva e são chamadas de feridas narcísicas, das quais o sujeito se defende. Nestas feridas narcísicas, é como se o ser humano hipotetizasse que em algum momento do seu desenvolvimento houve um gozo absoluto. Mais tarde ele percebe que esse gozo nunca existiu e percebe perturbações em seu narcisismo. Ele defende-se destas feridas porque nega que esse gozo absoluto nunca existiu e diante desta perda irreparável do gozo narcísico, ele nega suas feridas. É o não querer abandonar o narcisismo perdido na infância e um retorno a ele que gera as patologias do narcisismo.

Desta forma, “se pensarmos o desenvolvimento da criança vamos encontrar, em muitos momentos, esse gozo narcísico, no qual o *pequeno sujeito*, alheio à sua fragilidade, mostra-se onipotente, triunfante” (Edler, 2005). Esta modalidade de gozo que promove uma crença na onipotência está intimamente relacionada às formações substitutivas da libido narcísica, a saber, o ego ideal e o ideal de ego.

Freud (1914) indica que

o desenvolvimento do ego consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal (p. 117).

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), o ego ideal é o “ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil” (p. 139), é o eu narcísico perfeito da infância baseado no princípio do prazer comparado por Freud (1914) a um verdadeiro “delírio de grandeza”.

No decorrer do desenvolvimento o sujeito deverá abandonar este ideal narcísico devido aos limites impostos pelo encontro com o outro que põe fim a este imaginário de perfeição e completude. São as experiências de castração que vêm

perturbar o narcisismo, no qual o indivíduo era objeto de desejo absoluto da mãe. Este indivíduo deve evoluir de uma posição de objeto para uma posição de sujeito diante do outro materno. É a fragilização do ideal de onipotência narcísica que vai possibilitar a passagem de um ego ideal para um ideal de ego.

O que seria então o ideal de ego? É o que o ego deseja ser, um ideal a ser alcançado pelo ego seguindo a lógica do princípio da realidade. Em Freud, os conceitos de ideal de ego e superego tornam-se semelhantes, posto que ambos são o resultado da internalização da lei paterna no final do Édipo, tornando-se representantes das influências do mundo externo. De acordo com a definição de Laplanche e Pontalis (2001), o ideal do ego configura-se como uma “instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo (idealização do ego) e das identificações com os pais, com os seus substitutos e com os ideais coletivos” (p. 222). Os mesmos autores definem que o superego “constitui-se por interiorização das exigências e das interdições parentais” exercendo funções de interdição e ideal (p. 498).

São estas experiências interditoras advindas do exterior, do encontro com o outro, que permitem a construção de um eu simbólico. Desta forma, a passagem de um eu ideal para um ideal de eu se faz necessária para barrar a potencialidade onipotente do narcisismo através da relação com o outro, evitando que o sujeito torne-se objeto de gozo absoluto. É aos meandros deste encontro com o outro que o próximo tópico se refere.

O desejo nas patologias do narcisismo

Vimos acima a importância da alteridade⁸ na construção do eu. A presença de um outro (geralmente a figura materna) é imprescindível para a existência subjetiva. É como se a mãe emprestasse o seu ego para o bebê a fim de que ele transforme a dispersão pulsional própria do estado auto-erótico numa unidade. O bebê, ao reconhecer-se na imagem do outro, se integra numa imagem unificada de si próprio a que chamamos de eu.

É este investimento de um outro materno que organiza o psiquismo através da tradução das sensações corporais e afetivas por meio de representações

⁸ Compreendida aqui como a diferença do sujeito em relação a um outro.

simbólicas. Desta forma, a mãe transforma-se em mediadora das relações que o infante desamparado está estabelecendo como o mundo externo. O amparo proporcionado pelos cuidados maternos vai inserir o bebê em uma lógica desejante. Isto significa que o desejo – fundamental para a constituição de uma subjetividade sólida – é propiciado pela relação estabelecida da criança com o outro.

Conforme Fernandes (2003)

desde sua chegada ao mundo, o bebê, por causa de sua prematuridade, tem necessidade do outro. A mãe, ou seu substituto, pela mediação que promove, fornece ao bebê modos de leitura do mundo que lhe chegam por meio dos sons, dos odores, dos toques, do paladar e, por último, das imagens. O estado de desamparo original do bebê coloca-o, desde o primeiro momento da vida, em uma dependência absoluta desse outro maternal: aquele que garante a satisfação de suas necessidades, e sem o qual ele seria impotente para fazer cessar a tensão interna que sente (Fernandes, 2003, p. 87 *apud* Trevisan, 2005, p. 23).

O sujeito da psicanálise está, portanto, desde sua origem, referido ao outro. O nosso desejo é interpretado pelo outro. A estruturação do desejo se dá através da estruturação dos laços afetivos com o outro, em que as necessidades do sujeito se transformam em demanda de que o outro o ame. Esta é a única garantia de sobrevivência. No entanto há algo que escapa entre necessidade e demanda. Esse algo é o desejo inconsciente, que provém da falha, da impossibilidade de que o outro o entenda totalmente, ou mesmo que o atenda totalmente, visto que sua demanda de amor é inesgotável e, portanto, impossível de ser atendida. É quando a mãe “deixa a desejar” que o desejar do infante se instaura.

Ou seja, só desejamos o que nos falta e esta falta nasce onde o outro falha. Neste sentido, o objeto faltante é causa do desejo. Por isso diz-se que é a partir da falta que nos tornamos sujeitos desejantes. Sendo assim, é só porque o desejo continua insatisfeito que ele continua existindo e movendo a vida humana. Se ele fosse satisfeito deixaria de existir: esse é justamente o vazio constitutivo.

Levando em consideração que o ser humano é movido por essa falha básica geradora do desejo, ele depara-se a todo o momento com essa falta. Parece que o mundo contemporâneo aprisiona o desejo de modo a torná-lo vazio. Isso já foi explicitado de maneira breve anteriormente, mas acredito que possa tornar-se mais compreensível agora. Como vimos, a sociedade contemporânea não tolera o sofrimento, o encontro com esta falha fundamental. Pelo contrário, promove maneiras de anestesiá-lo (principalmente por meio das medicações).

Kehl (2003) aponta que a “remoção psíquica de toda a dor de existir” tornou-se uma tendência atual, configurando-se em uma exigência de analgesia em que percebemos a evitação de símbolos relacionados à presença do ausente através de conquistas antiangustiantes. Neste sentido, Gobbi (2005) colabora assinalando a dificuldade de o sujeito contemporâneo viver a plenitude de sua existência, pois ele “não suporta seu desamparo desesperador, e assim busca maneiras de não enfrentar a imensidão do seu vazio interno” (p. 148). Assim também Lebrun (2004) refere-se ao aprisionamento do desejo nas novas patologias afirmando que

essas patologias são ditas “novas” porque são apresentações contemporâneas do que desde sempre foi a coluna vertebral da patologia psíquica: evitar ter que assumir as conseqüências do fato de falar, o que os psicanalistas chamam de “se defender da castração” (p. 170).

Mas então por que o desejo estaria vazio? Se o desejo só existe porque há algo faltante e, na sociedade atual, a ausência e a falha não são toleradas, então o desejo torna-se vazio e carente de significação. O mundo atual oferece inúmeras possibilidades e exige que o sujeito atinja um estado de plenitude que, sabemos, é inalcançável. Desta forma, o vazio se revelaria pelo excesso, pela falta da falta. Como vimos anteriormente, a anulação da subjetividade promovida pelo modo de vida contemporâneo decorre disso, pois os sujeitos não conseguem enfrentar as diversas facetas desta falha constitucional natural em todos nós. E isto é imprescindível para uma constituição do desejo, visto que “o objetivo da pulsão é impossível de ser alcançado por uma razão estrutural, não de contingência” (Lebrun, 2004, p. 125).

Outro argumento pelo qual o desejo torna-se vazio é que a relação com este outro que promove a passagem do narcisismo ao amor objetual está fragilizada. Poderíamos dizer, tal qual Birman (2003), que a subjetividade contemporânea “se evidencia como essencialmente narcísica, não se abrindo para o outro, de forma a poder dirigir para este um apelo” (p. 28). Sendo o desejo sempre objetual, posto que referido ao campo do outro, nas patologias do narcisismo, o desejo não chega a ser construído, porque a problemática permanece ligada ao narcisismo. A libido não é dirigida ao objeto, o que faz com que o desejo não seja problematizado. Estabelece-se uma relação narcísica com o desejo em que “só há lugar para um e o outro deve ser excluído” (Edler, 2005).

Nas patologias do narcisismo o conflito deixa de ser entre desejo e proibição. Mas se o desejo é constitutivo do sujeito e está na base de toda a relação psíquica, o que acontece com ele quando a possibilidade de um reconhecimento do seu desejo através do encontro como outro é eliminada? Com a problemática narcísica o eu sente-se completo, não há falhas. A negação da quebra de um ego ideal para a posterior instalação de um ideal de ego esvazia a possibilidade de uma construção desejante. Sendo assim, tudo o que é da ordem do desejo nas patologias do narcisismo é retraduzido como necessidade. Daí a busca de satisfação imediata, de ordem mais propriamente corporal (sensações), sem a espera – que é o que leva à elaboração psíquica. Lebrun (2004) discursa sobre a “redução do desejo humano ao que é necessidade, consecutiva à desinscrição desse caráter decepcionante” (p. 139), afirmando que

o próprio da necessidade é alcançar o objeto e se esgotar, uma vez obtida a satisfação, até um novo ciclo: ocorre assim no mundo animal. Por vezes, chamamos de “necessidade” ou de “instinto” o que nos habita; assim, acontece de pensarmos que temos necessidades sexuais da mesma maneira que temos fome e sede, mas Freud introduziu aqui o termo “pulsão”. Este se diferencia da necessidade por ser uma força constante, que só pertence ao psiquismo por intermediação da representação (p. 139).

Desta forma, o desejo refere-se mais à pulsão, enquanto a necessidade engloba uma idéia de garantia de sobrevivência: se ela não for satisfeita, morreremos. O desejo, por sua vez, encontra sua realização através de atividades parciais de cunho alucinatório (nos sonhos, por exemplo), mas sabemos que o objeto da pulsão é o que há de mais variável e nunca é alcançado na sua totalidade. Assim, nas patologias do narcisismo, o desejo é da ordem da necessidade e o sujeito passa a acreditar que a satisfação plena é possível, pois não leva em consideração o impedimento causador da falta que assegura a sobrevivência do desejo e de um psiquismo representacional.

A não inscrição do interdito paterno

A castração como função interditora é o evento que se traduz pela impossibilidade da fantasia de completude do desejo. A falha constitutiva inevitável faz parte do complexo de castração, pois este aponta para uma satisfação através

de objetos parciais e não de uma realização absoluta da ordem da onipotência narcísica.

A castração atinge a máxima importância no conflito edípico que culmina com a designação do ideal de ego. Desta forma, o complexo de castração enfatiza o caráter estruturante do Édipo. Neste sentido, Laplanche e Pontalis (2001) sugerem que

o complexo de Édipo não é redutível a uma situação real, à influência efetivamente exercida sobre a criança pelo casal parental. A sua eficácia vem do fato de fazer intervir uma instância interditoria (proibição do incesto) que barra o acesso à satisfação naturalmente procurada e que liga inseparavelmente o desejo à lei (p. 80).

O Complexo de Édipo está, portanto, intimamente relacionado às instâncias interditoras que promovem a ultrapassagem do amor narcísico para fins de manutenção da alteridade. Também já vimos anteriormente que a introdução da alteridade, ou seja, a referência ao outro é uma referência essencialmente paterna, na medida em que o pai fundamenta-se como representante do impossível da plena satisfação, do limite imposto advindo da lei da linguagem, sendo que “esse pai vem pôr fim ao sonho de realização de onipotência” (Lebrun, 2004, p. 118). Já discutimos também que a entrada de um terceiro na relação mãe-bebê é fundamental para instituir a dimensão do desejo sustentando a interdição do gozo e inserindo a criança no universo simbólico.

Encontrar-se com a falta é deparar-se com o fim do vínculo fusional entre mãe e bebê. Isto é doloroso para a criança, posto que a mãe constitui um invólucro narcísico para o bebê num vínculo indissolúvel em que não há diferenciação entre eu e mundo externo. Por isso diz-se que só há lugar para um: mãe-bebê, indissociados. Se este um não consegue ver que é composto de um e de outro, porque isto significaria uma ruptura na continuidade de ser si mesmo devido a carências na coesão egóica, a referência ao outro paterno, que é o que dá ao bebê a condição de ser, é negada. Sendo assim, separar-se da mãe significa perder-se a si mesmo. Esta compreensão faz-nos propor que a angústia de separação está no cerne das problemáticas do narcisismo.

Referindo-se à defasagem contemporânea da falta, Lebrun (2004) registra o seguinte:

Assim, foi o encontro com a alteridade que se tornou caduco, pois a constituição desta é correlata à indisponibilidade do objeto que caracteriza a atualização da ordem simbólica. O que funda a possibilidade de alteridade na realidade psíquica é a entrada da linguagem veiculada pela intervenção interditora do pai, na medida em que ratifica a indisponibilidade da mãe como objeto de gozo absoluto (p. 123).

Esta passagem aponta que o modelo de sociedade atual tem uma verdadeira aversão à castração ao mesmo tempo que propõem ideais fálicos. A “recusa em assumir as conseqüências do fato de ser faltante” (idem, p. 20-21) presente na contemporaneidade faz com que nos deparemos com a clínica das patologias do narcisismo, o que “nos remete sempre ao insuportável da castração” (Saceanu et al, 2005). Desta forma, em vez da referência ao Édipo e a seus interditos, hoje “estamos falando da era de Narciso e do horror à castração, que parece ser mais negado do que nunca” (Gobbi, 2005, p. 141).

O que nos interessa trabalhar aqui é, portanto, a relação estabelecida entre o “esvaziamento da figura paterna como referência” (Riedel, 2005) e as patologias do narcisismo. Nesta direção, temos Lebrun (2004) questionando-se

se o que alguns chamam de “novas patologias da alma” – o que recobre tanto as toxicomanias quanto os estados ditos limites, ou a colocação do corpo em jogo – e se os fatos de sociedade que constatamos – tais como a multiplicação das seitas, o recrudescimento da transgressão dos interditos do incesto e do assassinato, ou, ainda, a exclusão social – não são atualizações de uma recusa de assumir as conseqüências do fato de ser faltante (p. 20-21).

Retornemos à concepção de Lebrun (2004) a respeito de um simbólico virtual já explicada nas marcas da contemporaneidade. Já que percebemos no mundo contemporâneo uma retirada do pai real no contexto familiar, bem como uma crise da função simbólica do paterno, estabelece-se um simbólico virtual que promove a possibilidade de um mundo no qual a castração poderia ser abolida. Desta forma, Riedel (2005) aponta que a crise no “sistema de valores que alimentava o *supereu* freudiano fez com que o imperativo das interdições se transformasse, no contemporâneo, em *imperativo de gozo*. Este novo supereu ordena: goza!” (Riedel, 2005).

Esta presença de um novo superego resulta da derrocada da organização fálica – presença do pai e instauração do ideal de ego – como estruturante do

psiquismo. É o que advém do superego tirânico materno⁹. Trata-se, portanto, de uma imunização contra o pai a fim de consagrar o reforço da posição materna e a falta de acesso ao terceiro.

Este superego materno configura-se como tirânico porque exige o gozo absoluto e impõe a permanência da fantasia de onipotência narcísica. Esta modalidade de gozo esquece a possibilidade de frustrar-se e, por este motivo, combina perfeitamente com os ideais contemporâneos que transforma os sujeitos em seres deficitários e impotentes diante da exigência da sociedade de que o sujeito pode tudo e de que não há limites para o possível.

O irrepresentável, o trauma e a pulsão de morte

A partir da conjectura acima descrita que apregoa uma falha no processo de simbolização, observamos uma desvalorização da representação psíquica, visto que as patologias recentes apresentam uma “economia da representação e do aparelho psíquico” promovidos pelos “funcionamentos fora-da-lei da linguagem” (Lebrun, 2004, p. 137). Para Birman (2003) “a linguagem se empobrece a olhos vistos (...). Com efeito, o registro metafórico daquela se faz cada vez mais pobre, na medida em que a dimensão informacional do discurso esvazia a sua dimensão simbólica” (p. 27). Nesta perspectiva, Lebrun (2004) utiliza as palavras de Kristeva (1993) para explicar que

a experiência cotidiana parece demonstrar uma redução espetacular da vida interior. Quem, hoje, ainda tem uma alma? (...). Porque impõe-se a constatação: pressionados pelo estresse, impacientes para ganhar e gastar, para gozar e morrer, os homens e as mulheres se poupam dessa representação de sua experiência que se chama uma vida psíquica (...). Não se tem nem o tempo nem o espaço para dar para si uma alma. (...). As novas doenças da alma são as dificuldades ou incapacidades de representações psíquicas que chegam a colocar à morte o espaço psíquico (Kristeva, 1993, p. 15-19 *apud* Lebrun, 2004, p. 141).

Podemos sugerir, então, que as patologias atuais exibem um querer gozar ao invés de um querer dizer, requerendo apenas demanda de alívio e não uma construção de saber sobre suas causas. Esta concepção foi articulada a partir da

⁹ Vale ressaltar que não apenas o sofrimento das patologias do narcisismo está relacionado ao superego tirânico materno. Psicóticos, perversos e mesmo alguns neuróticos podem estar, cada um à sua maneira, a serviço deste gozo.

terceira virada pulsional da teoria freudiana. No texto *Além do princípio do prazer*, Freud (1920) postula que o conflito pulsional passa a ser entre pulsões de vida (pulsões sexuais e de auto-conservação) e pulsões de morte. A partir desta mudança, inaugura-se o escape da pulsão do campo do representável, posto que a pulsão de morte é, por excelência, uma pulsão sem representação. Aqui Freud preconiza a queda da dominância do princípio do prazer no aparelho psíquico, visto que ele considerou que em determinadas ocasiões (na brincadeira infantil, nas neuroses traumáticas e de transferência) a compulsão à repetição buscava não o prazer, mas antes a dominação de um excesso de excitações que poderia vir acompanhado de um sentimento de desprazer.

Sendo as pulsões de vida regidas por um princípio de ligação, no qual a pulsão busca formas de ligar-se, de buscar um destino a fim de inscrever-se no psiquismo, fica fácil de compreender o porquê de as pulsões de morte serem consideradas pulsões sem representação. As pulsões de morte estão a serviço de uma função de desligamento, de imobilidade, de redução completa das tensões, tendendo a levar o ser vivo a um estado inanimado. É a busca pela morte.

As pulsões de morte seguem, portanto, aquilo que Freud denominou de princípio de Nirvana, em que o aparelho psíquico procura manter o nível de excitação pulsional o mais baixo possível (diminuição da excitação = prazer), mas não pode chegar a zero, porque o aparelho psíquico é movido por excitação. Se as inquietações da vida estabilizam-se a ponto de chegar a zero, o indivíduo morre. Como vimos, a contemporaneidade promove a falta destes conflitos próprios do sujeito do inconsciente. É busca por um apaziguamento total, por um viver ao abrigo do sofrimento, como se isso fosse sinônimo de bem-estar. No entanto, é um bem-estar não humano à medida que promove uma anulação da subjetividade e o despojamento de si. Esta não-sensação leva o sujeito à morte. Por este motivo sugeri, anteriormente, que estamos imersos em uma cultura da pulsão de morte.

Desta forma, as patologias do narcisismo sustentam uma falha na capacidade de representação, nas quais “o fracasso do simbólico remete a um funcionamento arcaico e com alternativas limitadas de escoamento de energia” (Gobbi, 2005, p. 143). Este funcionamento arcaico é atribuído a uma “ineficiência do ego [no sentido de falhas narcísicas] na tarefa de conter e ligar a energia” (idem, p. 144).

De acordo com Maia (2005), estas vivências

ocorrerão como consequência da ruptura do escudo psíquico de proteção, por uma invasão de altas intensidades de estímulos, num psiquismo que contava com pouca energia em repouso que pudesse vir a socorrer no momento da invasão (p. 81).

Em outras palavras, um eu construído de forma frágil é incapaz de dar conta do transbordamento de excitações que acabam por irromper no aparelho psíquico e o levam aos limites do representável, ao vazio representacional. Winnicott (1963) sugere que “este vazio pertence ao passado, ao tempo que precedeu o grau de maturidade que tornaria possível ao vazio ser experienciado” (p. 75).

Aqui vale ressaltar novamente a importância do encontro com o outro, já que é este quem vai viabilizar a construção de uma vida psíquica por meio de ligações da força pulsional. Já vimos que este processo originário do psiquismo envolvido pelo encontro com a alteridade provoca vivências de vazio, visto que o ambiente de qualquer maneira fracassa. Este vazio constitutivo está na base traumática de qualquer configuração subjetiva. O conceito de trauma não será extensivamente trabalhado neste estudo, mas é inevitável uma referência a este termo que está diretamente ligado ao sofrimento contemporâneo, posto que o impacto traumático se dá para “além do princípio do prazer”.

Riedel (2005) considera traumático “o efeito do encontro do sujeito com algo que o supera, que excede sua capacidade de simbolização”. No entanto, sabemos que “o trauma, enquanto excesso pulsional, não é patológico em si, dependerá do processo de afetação com o mundo¹⁰ seu destino de se constituir como subjetivante ou dessubjetivante” (Maia, 2005, p. 94). Isto significa dizer que todos vivemos eventos traumáticos que se configuram como um efeito paralisante dos processos de simbolização e, em termos winnicottianos, decorrem de uma “falha básica” inevitável, de um ambiente que não foi “suficientemente bom” na continência do vir a ser do bebê. Numa perspectiva ferencziana, o que torna o trauma inevitável é o descompasso entre as linguagens do adulto (linguagem da paixão) e da criança (linguagem da ternura). “Ou seja, há uma tendência incestuosa dos adultos, manifestada pela paixão, da qual a criança, com sua ternura e verdade, não consegue entender e, portanto, vive esse momento como um choque

¹⁰ De acordo com a teoria de Maia (2005) o processo de afetação com o mundo envolve “o conceito de ‘campo de afetação’ cujo objetivo é ‘tornar visíveis os movimentos psíquicos intersubjetivos que estão implicados nos processos de simbolização’, constituindo em consequência um ‘espaço de apreensão e criação de sentidos’” (Carlos Alberto Plastino, In: Prefácio do livro *Extremos da Alma*, Maia, 2005, p. 15). Isto significa dizer que o processo de afetação com o mundo envolve, impreterivelmente, o afetar e ser afetado no encontro com o outro.

violento” (Kahl, 2006, p. 13). A partir desta perspectiva, o encontro com o outro é sempre traumático, posto que é fator estruturante do psiquismo, mas nem sempre doentio.

Quando então o impacto traumático se configura como subjetivante ou dessubjetivante? Noutros termos: quando o que advém de acontecimentos psíquicos que nunca se inseriram no plano das inscrições representacionais evidenciam-se como constitutivos ou como patológicos? Segundo Ferenczi (1932 *apud* Kahl, 2006), o que é vivido pela criança e posteriormente desmentido pelo adulto, quando este nega à criança que os choques que ela viveu tenham de fato acontecido, é o que se configura como traumático na sua forma patológica. Sendo assim, “é esse desmentido que torna o trauma patológico, pois a criança busca no adulto a confirmação daquilo que ela viveu sem entender. (...). E é essa negação, por parte do adulto, que impossibilita a inscrição psíquica de todo o evento traumático” (Kahl, 2006, p. 14).

Maia (2005) menciona que estamos diante de um evento traumático patológico

quando em determinadas circunstâncias se percebe estados de angústias devastadores que ao invés de levar o sujeito a uma mobilização contra o perigo que o ameaça, seja ele interno ou externo, fazem-no, ao contrário, sucumbir a uma completa paralisação dos processos subjetivantes. (...) O funcionamento psíquico, nesse contexto, se processa no eixo de transbordamento pulsional, (...) se associa à ruptura do escudo protetor do aparato psíquico devido ao impacto traumático (p. 112).

Nesta perspectiva, o que vai determinar que o trauma tome forma de dessubjetivação ou não “é a relação de forças que se estabelecerá entre aquilo que invade o psiquismo de forma abrupta e o *quantum* de reserva de energia com que este poderá contar para lidar com o fator desestabilizante” (idem, p. 101). Como vimos acima, nas patologias do narcisismo o eu se configura com fissuras narcísicas, o que pode sugerir que estes pacientes tornem-se mais suscetíveis ao trauma patológico, visto que nem o ego nem o escudo protetor estão seguramente constituídos para conseguir absorver intensidades pulsionais muito elevadas. Desta forma, percebemos a “presença cada vez mais abundante de sofrimentos psíquicos que apontam para vivências traumáticas dessubjetivantes” (idem, p. 82). Knobloch (1998) compartilha desta posição quando afirma que

atualmente, passamos por uma grande crise de valores, por rupturas fazendo com que o irrepresentável, ou seja, aquilo que não foi inscrito, a situação-crise, isto é, o traumático apareça com mais frequência nos consultórios e na sociedade de uma maneira geral. Essa situação nos leva a pensar e a praticar o que se chamaria uma “clínica do mal-estar” – ou “clínica do irrepresentável”, ou ainda “do traumático” – que certamente difere da clínica do recalçamento (p. 78).

O trauma no seu aspecto dessubjetivante mostra-se resistente às intenções de elaboração e de inscrição psíquicas, o que lhe confere seu caráter de irrepresentabilidade. Considerando que, nas patologias do narcisismo, o ego constitui-se de maneira frágil, o trauma, no seu sentido dessubjetivante, pode provocar uma fissura narcísica em que

o “choque”, o impacto traumático, provoca imediatamente a aniquilação do sentimento de si. Ai onde o sujeito perde seu “chão” advém a “comoção psíquica”. Esta pode ser compreendida como algo que sobrevém subitamente como uma catástrofe, acarretando o destroçamento do psiquismo, (...). O efeito de surpresa, como já foi abordado a partir de Freud, é fundamental para que haja o trauma (Maia, 2005, p. 148).

Assim, “quando a quantidade de angústia ou de dor atingem um limiar que beira, para o sujeito, o insuportável, o que ocorre é o sentimento de ruptura do eu” (idem, p. 147). É sobre esta ruptura que falaremos a seguir.

Defesas contra a desestruturação psíquica

Como mencionei anteriormente, as patologias do narcisismo não seguem a lógica do recalque como um mecanismo de defesa. Isto ocorre devido às falhas na capacidade de representação do aparelho psíquico, pois uma pulsão sem representação não pode ser recalcada. Mas o psiquismo das subjetividades contemporâneas não pode ficar à mercê de um sistema defensivo não estruturado. Qual é então o mecanismo de defesa característico destas patologias?

Maia (2005) aponta que os sintomas narcísicos, próprios das patologias do narcisismo, surgem como uma busca de defesa para os estados de esfacelamento do eu. A fragilidade narcísica, quando acareada por afecções de cunho traumático, sofre um sentimento muito grande de desamparo que culmina na ruptura do eu. Em outras palavras, a clivagem narcísica do *self* torna-se uma medida de proteção de um eu frágil para abarcar o excesso de intensidades que o invadem. A autora aponta

que nestes casos, “o que se vive é da ordem da violência: como efeito do choque, teríamos a comoção psíquica, trazendo a fragmentação, a desorientação psíquica do si” (p. 95).

A clivagem narcísica é um mecanismo oposto ao recalçamento, no entanto, ambos podem ser analisados “como modos distintos de lidar com o intolerável, o inadmissível, o ambivalente ou incompatível na experiência humana” (Figueiredo, 2003, p.16). O autor segue explicando a diferença:

No primeiro caso (o das cisões), criam-se barreiras verticais que mantêm lado a lado porções segregadas da realidade objetiva e da subjetividade; no segundo (os recalçamentos), criam-se barreiras horizontais em que partes da experiência (representações, mas também afetos) são excluídas da consciência e ‘soterradas’. Em contraposição aos modos neuróticos e ‘normais’ de *enfrentar os conflitos* – o que se dá predominantemente pelas vias do recalçamento e da repressão –, quando predominam as cisões o que se tenta é *evitar a constituição do conflito psíquico* (p. 16).

Freud (1940), em *A divisão do ego no processo de defesa*, afirma que se estabelecem duas correntes contrárias e coexistentes: uma que considera a realidade da castração e outra que a rejeita. Ou seja,

por um lado, com o auxílio de certos mecanismos, rejeita a realidade e recusa-se a aceitar qualquer proibição; por outro, no mesmo alento, reconhece o perigo da realidade, assume o medo desse perigo como um sintoma patológico e subsequente tenta desfazer-se do medo (Freud, 1940).

O resultado destas forças opostas ao conflito é a clivagem do ego e uma recusa¹¹ “por parte do sujeito em reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 436), do que ele não conseguiu simbolizar. Desta forma, a clivagem egóica como uma defesa contra a desestruturação psíquica causada pelo evento traumático configura-se por “um eu que se fragmenta, que se divide, que abre mão de partes de si, para proteger o que ainda há de possibilidade de vida (psíquica?)” (Maia, 2005, p. 169).

O medo a que Freud refere-se na passagem supracitada é também encontrado nos escritos de Winnicott (1963) quando ele afirma que o *medo do*

¹¹ Vale lembrar que o mecanismo da recusa foi atribuído, por Freud, ao fetichismo e à perversão. Mas acredito que, nas patologias do narcisismo, os sujeitos também se defendem recusando a parcela da realidade que se configurou como traumática resultando na clivagem narcísica.

colapso pode ser considerado um medo do fracasso de uma organização de defesa, tal como explicita Gobbi (2005) na seguinte passagem:

O *medo do colapso* aponta para falhas na estruturação do *self*, que se organiza defensivamente diante de um ambiente não suficientemente bom. (...) No *medo do colapso*, há o temor que a organização defensiva se desarme provocando uma desestruturação psíquica (p. 145).

Outra semelhança encontrada com a teoria de Winnicott é que o sujeito subsiste no fragmento da personalidade que foi clivado, ou seja, o sujeito mata uma parte de si para continuar existindo, quebrando o que havia se formado em termos de coesão egóica. A relação disso com o *falso-self* winnicottiano é clara: o *falso-self* configura-se como uma proteção e toma a tutela da vida psíquica, fazendo com que o sujeito clivado sintá-se amparado neste novo modo de viver. Com a clivagem, estabelece-se uma lacuna em função do sujeito não conseguir dar um sentido para tal vivência. Aqui podemos encontrar outra discrepância importante entre os dois tipos de organização de defesa acima discutidos:

Em oposição ao que se passa no processo de recalçamento, que preserva a potência de simbolização, na recusa, há uma despotencialização da capacidade de simbolizar: a representação em si não é subtraída à consciência, mas fica, poderíamos dizer, “descolorida”, reduzida a um plano de “não-significância”, de não valor do plano simbólico (Maia, 2005, p. 83).

Outro tipo de defesa que alguns autores apontam para dar conta das patologias do narcisismo configura-se na construção de um núcleo depressivo. Este núcleo pode ser considerado uma alternativa para a clivagem, mas também pode instituir-se concomitantemente a ela. A depressão, considerada um invólucro narcísico de constituição que vem para dar conta do fundo vazio constitucional (o psiquismo nasce para dar conta deste estado de vazio), dura o tempo necessário para que o sujeito torne este espaço vazio como parte de si. É como se ela se estruturasse como uma defesa contra uma perturbação narcísica: “a depressão constitui o cerne da condição humana, do desamparo de origem, ela não é apenas um estágio, estádio ou posição; se ela é essencialmente defensiva” (Delouya, 2001, p. 62).

Assim, Berlinck & Fedida (1999) apontam a depressão como um mecanismo de defesa ao escreverem que

esta [a depressão] não é uma estrutura psíquica porque é o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico, permitindo dizer que não há estado humano a-depressivo; que a depressão, por ser constitutiva do psiquismo e porque este peculiar aparelho prossegue, continuamente, se constituindo, caracteriza o humano. A depressão seria, então, um estado durando o tempo necessário para que o vazio inanimado do vivo se constitua como organização narcísica e retorne toda vez que o psiquismo solicita uma restauração do seu narcisismo. Como este está constantemente ameaçado, tanto por forças externas como internas, a depressão está invariavelmente presente. O humano, como se sabe, não suporta por muito tempo o contato com a dura realidade e um dos recursos à sua disposição para se proteger desse contato tão frustrante e ameaçador é a depressão (p. 15).

Desta forma, terminamos esta parte não declarando estas compreensões metapsicológicas como verdades, mas como subsídios para a compreensão das novas configurações subjetivas que se tornaram abundantes na contemporaneidade sob a forma de patologias do narcisismo.

UM CASO DE FRAGILIDADE NARCÍSICA

Um eu maleável é o que deveríamos ter para nos adaptarmos às condições geradas por esse sistema econômico e político que muda continuamente, implicando alterações nas marcações temporais dos territórios humanos, bem como na natureza dos elos afetivos que hoje só podem se estabelecer a partir de lutas intensas e cotidianas contras as “invasões” a que estamos todos submetidos.
(Rauter, 2005, p. 68)

Considerando que as situações clínicas configuram-se como fonte de elucidação das considerações teóricas que as precederam, esta parte vai apresentar um estudo de caso. Trata-se, portanto, da exposição e exame de uma parcela da psicoterapia de orientação psicanalítica em andamento com um paciente atendido por mim no Serviço de Atendimento Clínico Institucional (SACI) desta universidade.

A hipótese é a de que os quadros clínicos da contemporaneidade englobam vários sintomas e não se enquadram de modo preciso em nenhuma nosologia anteriormente proposta, acabando por misturar vários sintomas de várias estruturas. O caso clínico escolhido justifica-se por apresentar, além de uma desorganização egóica típica das patologias do narcisismo, a dificuldade de classificação nosológica das psicopatologias contemporâneas, pois “encontramos cada vez menos pacientes que conseguimos verdadeiramente classificar, se quisermos ser rigorosos, no

quadro das estruturas neuróticas” (Bergeret, 1991, p. 203 *apud* Hegenberg, 2000 p. 13).

Nesta perspectiva, nota-se uma importante modificação no perfil da demanda clínica, posto que as marcas da contemporaneidade causam impactos na subjetividade humana, originando novas configurações. As novas patologias, as quais optei por denominá-las de patologias do narcisismo, apresentam-se de uma forma diferente das patologias clássicas da psicanálise, como a neurose, a psicose e a perversão. Lebrun (2004) apresenta esta idéia quando fala que a clínica contemporânea depara-se com “novos pacientes, que não se manteriam mais nas categorias nosográficas clássicas, porque se apresentariam com uma sintomatologia fenomenologicamente diferente dos pacientes da primeira metade do século [passado]” (p. 141). Maia (2005) também partilha da mesma opinião, afirmando que

as “novas patologias” (...) colocam em xeque as delimitações estruturais do psiquismo, bagunçam o diálogo das nomenclaturas psiquiátricas, desterritorializam os psicanalistas e os provocam a refletir sobre os formatos “oficiais” da abordagem clínica (p. 40).

Acredito, neste sentido, que as descrições nosológicas das psicopatologias têm se tornado tão líquidas quando as subjetividades contemporâneas. Vemos isso claramente nas mudanças das categorias psiquiátricas, que estão sendo concebidas mais como transtornos (no sentido de uma desorganização) do que como estruturas fixas. Desta forma, acredito que as patologias de ordem psicológica reproduzem as problemáticas contemporâneas. Em outras palavras, os sujeitos estão sofrendo o reflexo da liquidez da contemporaneidade, pois as nosologias se liquefazem, sendo atualmente mais difícil encontrar sujeitos portadores de doenças psíquicas puras. Elas entraram nessa cultura de instantaneidade, de fluxo: parece borderline, mas não é; parece melancolia, mas não é; às vezes parece histeria, às vezes parece neurose obsessiva. Isto porque percebemos que elas fundam-se a partir de uma mescla de sintomas e estruturas: a presença, por exemplo, de defesas psicóticas nos sujeitos neuróticos e vice-versa.

O fato de as psicopatologias não serem mais tão sólidas e fixas como o eram anteriormente¹², posto que as subjetividades contemporâneas, assim como os líquidos não possuem uma determinada forma, adequando-se ao que é preciso no

¹² Ainda que o próprio Freud tenha feito referência à existência de “neuroses mistas”.

momento, é o que faz com que nos quadros clínicos da contemporaneidade seja muito difícil de precisar a categoria nosológica correspondente. É a isso que Lebrun (2004) se refere quando afirma que estamos diante de uma “modificação da paisagem psicopatológica” com as seguintes características:

erosão das diferenças marcadas entre as estruturas, complexificação das entidades clínicas, recuo das indicações clássicas de cura psicanalítica tais como a histeria e a obsessão, ampliação paralela da necessidade de cuidados, aumento de distúrbios ditos arcaicos enquanto o sexual seria despojado de seu lugar preponderante, operando este muito mais como uma máscara ou como defesa; enfim, reconhecimento de que essas modificações estão estreitamente vinculadas a um devir da sociedade contemporânea (p. 141).

Bauman (2001) é solidário à mesma concepção, pois acredita que este devir da sociedade contemporânea indica que estamos nos deparando com problemas de identidade. Ele sugere que um território essencialmente flutuante combina apenas com subjetividades que tomam formas fluidas, nas quais a única constância é o fato de estar num estado permanente de transformação. É característico da fragilidade psíquica dos “doentes do narcisismo”, se é que podemos assim chamá-los, o estado de estar inacabado, como o autor descreve na seguinte passagem:

Viver em meio a chances aparentemente infinitas (ou pelo menos em meio a maior número de chances do que seria razoável experimentar) tem o gosto doce da “liberdade de tornar-se qualquer um”. (...) Estar inacabado, incompleto e subdeterminado é um estado cheio de riscos e ansiedade (p. 74).

A partir disso, devemos ter em mente que à medida que as configurações de ordem sócio-cultural mudam, a Psicanálise – como qualquer outro universo teórico – vem tentando readaptar as suas considerações a fim de dar conta das novas modalidades de sofrimento. Neste sentido,

a pesquisa psicanalítica deve tentar captar, a partir do que se escuta na singularidade dos novos sintomas, aquilo que eles expressam de universal e que estaria revelando os traços definidores do mal-estar contemporâneo, imprimindo possíveis variações no processo atual de subjetivação (Kahl, 2006, p. 50).

Aqui está o intuito deste trabalho: contribuir com novas formas de compreensão do “novo” que se apresenta de maneira abundante no cotidiano clínico a partir de uma estrutura teórica bem delimitada, mas não necessariamente finita.

Desta forma, é em termos de organização narcísica que nos propomos a pensar o caso em questão.

Considerações éticas

De acordo com a resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, baseada na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas com seres humanos devem atender a exigências éticas e científicas, bem como assegurar o bem-estar e a saúde dos participantes. Estas exigências devem considerar a ponderação entre riscos e benefícios e a relevância social da pesquisa e estão caracterizadas pelo consentimento informado.

Segundo a resolução do CFP acima citada, este estudo caracteriza-se como uma “pesquisa de risco mínimo”, pois os seus procedimentos “não sujeitam os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas” (CFP, 016/2000, p. 02), visto que as sessões psicoterápicas, de onde serão retiradas as informações pertinentes a este estudo, fazem parte do cotidiano do paciente.

Desta forma, o paciente foi consultado acerca da sua participação na pesquisa. Além disso, lhe foram repassadas as informações sobre o objetivo do estudo e procedimentos. Foi entregue ao paciente um consentimento informado (ver APÊNDICE A), para ser assinado por ele, em que declara estar ciente do processo, bem como da possibilidade de, a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízos ao atendimento psicoterápico dispensado ao mesmo.

A manutenção do bem-estar e da saúde psicológica do participante lhe foram asseguradas. O sigilo das informações, bem como a preservação da identidade do paciente lhe foram garantidos a fim de protegê-lo de quaisquer riscos eventuais. Por este motivo, a partir de agora passarei a chamá-lo de Maurício.

A orientadora desta monografia é também a supervisora do estágio, o que facilita a interlocução dos pressupostos teóricos com a prática clínica. O assunto deste trabalho é de grande relevância, pois as “patologias do narcisismo” e sua abundância no cotidiano clínico, como já foi exposto acima, configuram-se como um fenômeno da contemporaneidade que está sendo bastante comentado nas rodas psicanalíticas de discussão.

Uma forma frágil

Maurício tem 28 anos, trabalha numa prestadora de serviços. Não completou o Ensino Médio. Mora sozinho há alguns anos. A mãe faleceu em 1995 e o pai, há poucos meses, mudou-se para outra cidade. É filho do meio. Tem dois irmãos, ambos do sexo masculino. É atendido em duas sessões semanais

O paciente procurou a terapia porque se sentia deprimido e sem vontade de viver, alegando que sua vida não tinha mais sentido depois de ter se separado da noiva há alguns meses. Esta é a sua principal queixa: sente muita solidão e um vazio dentro de si, além da tristeza, do desespero e da falta de sentido na vida que o acompanham, segundo ele, “*desde sempre*”¹³.

Sobre sua solidão, comenta que desde sua adolescência é assim: sentia muita dificuldade de “*se enturmar*” com colegas, não tinha assunto quando saía com grupos de amigos, então ficava sentado num canto ouvindo o que os outros diziam, sempre observando. Sentia-se feio, desinteressante, o que o ajudava a se sentir mais excluído, por isso ficava mais em casa.

Maurício fala que sempre se sentiu diferente dos homens da sua família. Seu pai é alcoólatra até hoje e seus irmãos começaram a beber na adolescência. Desta forma, Maurício tornou-se mais próximo da mãe, estabelecendo uma relação em que, segundo ele, se entendiam por simples gestos e olhares. Sempre que ele fala da mãe, refere-se a uma cumplicidade muito grande que o paciente compreende como uma demonstração de afeto e amor por parte da mãe.

A mãe descobriu câncer de mama quando Maurício tinha 15 anos e faleceu 1 ano depois. Era ele quem cuidava dela e relata que só percebeu que estava perdendo a mãe na véspera de seu falecimento, quando viu que ela estava muito mal. Dizia-se otimista em relação a sua recuperação. Com a morte da mãe, seu isolamento e sua solidão aumentaram, o que resultou num afastamento da escola. Ele parou de estudar, afirmava que preferia ficar mais só porque se sentia melhor longe dos outros. Entrou no que ele mesmo chama de “*minha clausura*”. Não sentia vontade de sair, tinha poucos amigos e passava a maior parte de seu tempo trancado em seu quarto. Inclusive hoje o paciente diz-se sem amigos ou alguém com quem possa realmente contar.

¹³ As expressões grifadas entre aspas são transcrições literais da fala do paciente.

Como se pode perceber, o paciente tinha uma relação muito peculiar com esta mãe. Sentia-se único e mais importante do que os irmãos para ela. Ela alimentava estes sentimentos nele, pois quando pensou em sair de casa porque não agüentava mais as bebedeiras do marido, ela avisou que levaria Maurício consigo e que o pai ficaria com os outros filhos. Sua mãe, pouco antes de morrer, disse-lhe: *“Acredito, meu filho, que com teus olhos tu vais conquistar o mundo”*. Ao contar isso, acrescentou: *“Sabe como é, né, mãe é mãe, elas conhecem mais a gente do que a gente mesmo”*. Além disso, a mãe deu-lhe um recorte de jornal onde estava escrito o seguinte: *“Não desistas, não te entregues... Ninguém pode vencer-te, se tu mesmo não te derrotas, se tu mesmo não te esmagas. Em ti está a solução. Não sejas, assim, teu próprio e insolúvel problema. Vence-te e ninguém te vencerá.”*

Maurício carrega até os dias atuais estas palavras como leis. Nestes momentos sua mãe nutria seus sentimentos de exclusividade em relação a ela. A isto se acrescenta uma questão importante com o pai: Maurício é gago como ele. No artigo de Ferenczi *“Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade”* de 1924 o autor aponta a gagueira nas consoantes (o tipo da gagueira do paciente) como representação de uma impotência ejaculatória. Isto significa dizer que ele herdou a impotência do pai. Ele sempre comenta que não queria ser como o pai: alcoólatra, insensível, *“metido a machão”*, abominando o tipo de homem igual ao pai que *“quer mulher em casa pra lavar cueca”*. Foi na impotência que o paciente identificou-se com o pai, de modo a evitar a potência desregrada do pai.

Neste sentido, podemos sugerir que a lei paterna não atuou, já que a potência fálica do pai é negada. Como conseqüência disto, o paciente manteve um vínculo fusional com a mãe. Estas são características bem peculiares de uma problemática narcísica. Mas com a morte desta mãe, uma parte do seu próprio eu frágil, que não conseguiu separar-se dela, fez com que ele perdesse a si próprio, pois

a perda do outro, quando ele desaparece, desencadeia a perda de si; perder o outro de vista não permite que se mantenha a sua existência como objeto interno, no interior do psiquismo, o que reasseguraria o sentimento de continuidade do existir (Chabert, 1999, p. 97 *apud* Hegenberg, 2000, p. 46)

Logo após a perda da mãe seu isolamento e solidão pioraram. Ele perdeu seu maior objeto de amor, uma parte de si próprio e não viu mais sentido na vida

querendo acabar com ela. Com a perda da onipotência narcísica, que foi embora junto com a mãe, Maurício passou a sentir-se deprimido:

A depressão eclode, segundo essa concepção, com a consciência de ser separado da mãe ou com a perda progressiva dela, na esteira do nascimento do sujeito – do eu –, e o conseqüente reinvestimento de si. É o momento capital que figura na *posição depressiva* de Melanie Klein, no *estádio de espelho* de Lacan, no *estado de preocupação* de Winnicott e na fase de *separação/individuação* de Mahler. (...) O afeto depressivo situa-se, então, nesse ponto central de transição, constitutivo do psiquismo, em que a abdicação narcísica, da onipotência e da fusão, se faz necessária (Delouya, 2001, p. 37).

Parece que Maurício não viveu essas fases acima descritas, pois mantinha um vínculo indissociado da mãe. Foi apenas na adolescência que ele separou-se dela de uma forma abrupta e incontornável: com a sua morte. Desta forma, Maurício não conseguiu reinvestir-se em si próprio e sua condição de eu psíquico mostra-se frágil até hoje. A isso se soma o fato de que o paciente ainda se encontra um pouco sensibilizado com a perda de uma relação, a qual idealizou como sendo o grande amor – a ex-noiva – que sempre sonhou encontrar, além da perda de uma pessoa que servia de escudo para ele não se sentir sozinho. E mesmo que nos últimos meses só brigassem, ainda assim ele queria estar com ela para não ser só. Ele acabou revivendo a perda da mãe e seus sintomas intensificaram-se.

Aqui está presente o modelo da melancolia apresentado nas configurações do narcisismo, em que, no lugar de uma identidade, temos um vazio, um buraco, no qual a perda do objeto equivale à perda do eu. Desta forma, discursando sobre a patologia limítrofe, cuja estruturação sugere grandes semelhanças com as patologias do narcisismo, Hegenberg (2000) considera que “a preocupação primária falhou com o paciente borderline, e ele sempre precisará estar com o objeto para tentar recompor sua subjetividade não constituída” (p. 46). Nesta perspectiva, Maurício sofre de uma considerável angústia de separação, de perda do objeto. Não é da falta de alguém que ele sofre e sim da falta de si mesmo, pois notamos a presença de um eu “em aberto”, que não conseguiu ser formado com sucesso.

Maurício procura o tempo inteiro, numa saída megalômana, a restituição da onipotência que perdeu com a morte da mãe. Ele sente-se único, diferente, uma exceção. Ele possui uma fantasia de exclusividade, o que revela sua busca mágica de uma existência sem falhas, com o intuito de reabilitar a plenitude narcísica perdida. Ele afirma que sempre foi diferente dos colegas pela sua gagueira e seu

jeito “*reservado e caseiro*”. Sente-se diferente dos homens, pois se considera mais sensível e menos bruto, menos “*machão*”. E realmente é diferente, pois ainda está submetido à mãe, visto que não conseguiu separar-se dela de uma forma saudável. Há uma fantasia de que ser homem é ser violento e é justamente a sua agressividade que ele esconde a fim de manter-se como exceção.

Ele acredita ser um exemplo para as pessoas, com sua bondade, com sua sensibilidade. Diz que gostaria que as pessoas seguissem o seu exemplo de ajudar aos outros, de ser bonzinho, de preocupar-se com os outros. Aliás, Maurício sempre questiona sua influência nas atitudes dos outros. Ele foi chamado para ser mesário nas eleições e sentiu-se muito lisonjeado e gratificado por ter sido “*o escolhido*”. Aponta com orgulho que se candidatou a mesário voluntário, pois a maioria das pessoas não quer este tipo de trabalho e ele acha que pode servir de exemplo de amor e serviço à pátria.

Como estamos estudando as patologias do narcisismo à luz do modelo melancólico, vale mencionar algumas colocações de Freud sobre o par melancolia-mania. No texto *Luto e melancolia* ele sugere que uma peculiaridade da melancolia “é sua tendência a se transformar em mania — estado este que é o oposto dela em seus sintomas” (Freud, 1915, p. 286). Isto ocorre porque

a impressão que vários investigadores psicanalíticos já puseram em palavras é que o conteúdo da mania em nada difere do da melancolia, que ambas as desordens lutam com o mesmo “complexo”, mas que provavelmente, na melancolia, o ego sucumbe ao complexo, ao passo que, na mania, domina-o ou o põe de lado (p. 287).

Isto explica os sintomas onipotentes de Maurício. A preferência da mãe pelo paciente no núcleo familiar que veio acompanhada de exigências para que ele fosse um grande homem. Aqui vemos a presença do superego tirânico materno que obriga Maurício a jogar o jogo da mãe, a gozar ao modo dela. Este tipo de superego não permite a passagem do ego ideal para o ideal de ego tão necessária, como vimos, à organização psíquica. Parece que até hoje Maurício está a serviço deste gozo materno.

O paciente, acreditando nas profecias da mãe, sente-se culpado por não conseguir cumprir esta obrigação tão grande. Afinal, quem consegue conquistar o mundo com os olhos? Quem consegue não dar-se por vencido pelo menos uma vez?

Neste caso, a obrigação de decepção inelutável foi desabonada e Maurício não pode falhar, por isso acredita ser tudo aquilo que não é.

Ele, no entanto, sabe que nunca vai alcançar este gozo que a mãe lhe exigiu, e daí decorre seu sofrimento. Pois “quando abandona a posição daquele que é tudo para a mãe, quando cessa de engodá-la e engodar a si mesmo sobre o lugar que ocupa para ela, passa do ‘tudo’ ao ‘nada’” (Lebrun, 2004, p. 146). Desta forma, ele refere que se sente triste pelo tamanho da dor que já sentiu e que está cansado de sofrer. Acredita que “*nada vai para frente e eu só regrido*”. Sente-se um “*peso morto*”, sem utilidade para os outros. Considera sua vida triste, sem sentido. Afirma que se sente um “*hospedeiro no mundo, alguém que só suga e não oferece nada de bom*”, como um “*lixo humano*”. Menciona que se acostumou a sofrer e não consegue sentir a vida. Recorremos mais uma vez a Freud (1915) que aponta estas características a fim de indicar um predomínio das pulsões de morte:

O paciente representa seu ego para nós como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente comisseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. Não acha que uma mudança se tenha processado nele, mas estende sua autocrítica até o passado, declarando que nunca foi melhor. Esse quadro de um delírio de inferioridade (principalmente moral) é completado pela insônia e pela recusa a se alimentar, e — o que é psicologicamente notável — por uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida (p. 278).

Maurício, além disso, refere a uma “*falta de vontade de cuidar de si mesmo*”. Ele fala, por exemplo, da música como algo que faz muito bem e, no entanto, não encontra força de vontade para tocar, o que certamente o ajudaria. Mas este estupor presente no seu cotidiano refere-se às suas atividades diárias como a alimentação, por exemplo. Certo dia o paciente comentou que não se alimentava direito porque não conseguia sair da cama para preparar algo, que não tinha cabeça para pensar em comer. Se pensarmos que o alimento é condição essencial à manutenção da vida, podemos considerar isso como uma auto-agressão. Por outro lado, é uma característica essencialmente depressiva, posto que os estados depressivos caracterizam-se por um estado de prostração que reflete a incapacidade do sujeito de encontrar um movimento próprio. Ele não consegue apropriar-se de si mesmo, é como uma “*morte em vida*”.

Desta forma, utilizando as idéias de Hegenberg (2000), a depressão no borderline pode estar presente não por uma

tristeza de base (...), mas em razão do vazio de uma vida sem sentido, do tédio diante da falta de objetivos, de idéias de fracasso e frustração em relação a *ideais não atingidos*¹⁴. É claro que ele pode, inclusive ficar triste em função disso (p. 70-71).

Esta alternância entre idealização e desvalorização, a instabilidade da auto-imagem e do sentimento de si próprio, bem como a presença de sentimentos crônicos de vazio e a perda do gosto pela vida, bastante característicos em Maurício, demarcam o território da depressão e abrem caminho para a dominância da pulsão de morte. Inclusive o paciente já chegou a verbalizar que se sentiria mais seguro na morte do que na vida, pois aqui ele está abandonado, não encontra sentido nas coisas. Maria Rita Kehl (2003) aponta esta característica como um desamparo diante da voracidade da vida em que cada segundo de vida fere. Isto porque a vida de Maurício não tem mais sentido sem o vínculo indiscriminado com a mãe. Neste sentido, sugiro que ele busca a morte para encontrar-se com ela, pois já chegou a verbalizar que *“só com a mãe eu teria paz, só com ela eu encontraria solução”*.

O paciente afirma que essa vontade de morrer advém do seu desespero de não encontrar mais estímulos para continuar vivo, ele sente falta de vontade de fazer algo por si. Diz que não consegue se imaginar com força de vontade, com ousadia, lutando pelas coisas. Acha que as pessoas sofrem por terem tentado algo e não conseguido e ele nem chega a tentar. Refere ainda que sempre sente vontade de morrer, mas que lhe falta coragem, que não tem força de vontade nem para se matar. Não quer dar a *“cara à tapa”* na vida, tem medo das decepções que podem vir. Ele comparou o seu desejo de morrer a um vício. Explicou que, assim como um alcoólatra, que quando vê já está tomando o primeiro gole, ele se percebe *“absorvido por um desejo de morrer”*. Mas ressalta que pelo menos não tem pensando em nenhum plano de como realizá-lo. Inclusive sente-se culpado quando pensa nisso, pois há muita gente querendo viver e morrendo e ele querendo morrer e vivendo, *“isso não é justo, né?”* Quando assiste na televisão acidentes naturais ou

¹⁴ Grifo nosso.

de trânsito, ele fica muito mal, fica culpando-se por querer tirar de si o que tanta gente gostaria de recuperar: a vida.

O potencial mortífero de Maurício pode ser apreendido também nas suas duas tentativas de suicídio. Uma logo após a morte da mãe, na qual o paciente colocou um revólver na boca, mas não teve coragem de disparar. E na segunda, havia tentado se suicidar ingerindo 40 comprimidos de diazepam 2 semanas antes de iniciar a terapia, logo após o término do relacionamento. Sobre o suicídio, Winnicott (1963) afirma que

muitos homens e mulheres passam suas vidas pensando se encontrariam solução no suicídio, isto é, no envio do corpo a uma morte que já aconteceu na psique. O suicídio, contudo, não é uma resposta, mas sim um gesto de desespero (p. 74).

A auto-agressão do paciente está presente em outras circunstâncias, quando nas brigas com a ex-noiva para não machucá-la ele chegou a bater com a própria cabeça na parede. Maurício conta que foi uma criança muito agitada, e quando seus colegas ou alguém o provocavam tinha “*explosões de raiva*”. Diz que eram ataques de fúria que o deixavam desequilibrado, ficava extremamente agressivo e brigava muito, principalmente na escola. Isso durou até sua adolescência, quando começou a se tornar uma pessoa mais quieta, mais recatada, como se tivesse se fechado em um mundo só seu (vale lembrar que foi na adolescência que a mãe adoeceu e veio a falecer). Maurício não gosta de lembrar destes incidentes de violência na sua infância e adolescência, pois diz que na época não tinha consciência e hoje tenta se controlar, mas nem sempre consegue. Ele disse que na adolescência tomou consciência da sua impulsividade e decidiu tornar-se bom para se aproximar das pessoas e ser aceito por elas.

Após a morte da mãe, o paciente conta que viu sua família se acabar, pois era a mãe quem sustentava a união, visto que o pai tinha amantes, bebia, ficava fora de casa durante dias e voltava e a sua mãe suportava. Conta que as brigas familiares se tornaram constantes. Estas brigas envolviam agressões verbais e físicas, sendo que ele próprio já tentou sufocar um dos irmãos numa briga, mas o pai interviu. Maurício sente medo de ser violento com as pessoas, ele acha que suas palavras podem machucá-las. Já verbalizou que tem medo de um dia perder o controle e matar alguém. Afirma ter medo de si mesmo e do que pode fazer.

Confessou que já pensou em matar a ex-noiva e se matar depois. Ele refere também que freqüentemente tem pensamentos de matar pessoas (como um colega de trabalho, por exemplo) e que se sente muito mal quando admite isso, pois acredita estar alimentando essa sua vontade.

Estamos diante de uma marca forte na personalidade de Maurício: a presença de impulsividade que pode ser observada também no relato do paciente de que quando era mais jovem, gastou muito dinheiro comprando coisas. Hoje, ele acha que deveria ter feito uma poupança para poder estar melhor financeiramente. Mas admite não ter conseguido se controlar e gastou tudo. Sentia muito prazer em comprar, depois passava e ele precisava comprar mais. Diz que era melhor a sensação de comprar do que de ter os objetos que ele comprava. Tudo o que ele sentia vontade de ter, ele comprava. Esta impulsividade é bem característica das patologias que não primam pela via representacional, em que as pulsões descarregam-se diretamente no ato. Hegenberg (2000) falando sobre esta questão, afirma que

devido à fragilidade das funções do ego, ideal de ego e superego, o estado-limite encontra-se aturdido em face da sua violência intrínseca, com muita dificuldade para administrar sua raiva e seus temores, tornando-se vítima de seus impulsos, que freqüentemente adquirem caráter de auto-agressão (p. 59).

Num mecanismo de formação reativa, Maurício sente que possui uma essência boa, considera-se uma pessoa boa e que só tem boas intenções, que não quer causar mal nem sofrimento a ninguém. Mas quando relata sobre os episódios de agressividade que tinha quando criança, os quais, às vezes, retornaram nas discussões com a ex-noiva em proporções menores, fala disso como algo que lhe é alheio, como se não fizesse parte dele, pois afirma um desejo de não sentir aquilo e de não saber de onde vem.

Neste sentido, o mecanismo de clivagem narcísica trabalhado anteriormente está bastante presente na problemática do paciente, pois ele fala de dois Maurícios: o que ele é (triste, agressivo, sozinho, que quer morrer) e o que ele está tentando ser (um Maurício brincalhão, mais bem humorado). Ele afirma que se sente falso, porque enquanto está fingindo ser algo para as pessoas, só ele sabe o que é realmente. Seus colegas de serviço o parabenizaram por ele estar melhor agora do que há um ano atrás, logo após a separação, mas ele confessou-me que se sente

como se nada tivesse mudado. Afirma que é o seu esforço para ser uma pessoa melhor, para não incomodar ou outros com seus problemas e para se adequar ao convívio social que faz com que as pessoas tenham uma imagem dele daquilo que ele não é.

Sabe-se que após o processo de clivagem o eu se tornará aparente para o mundo, configurando-se como um *falso-self*. O falso em Maurício é o que foi clivado e ficou fora das garras da representação, por este motivo ele apresenta um sentimento de “*estar fora de si*” Neste sentido, temos Hegenberg (2000) afirmando que

apoiado no outro, o ‘border’ pode viver sem vida própria, estar adaptado ao cotidiano, embora sem estar de fato existindo [*falso-self*] (...). O que seria melhor: viver uma vida sem existência real, ou sofrer a angústia de reconhecer-se não existente? (p. 95).

Observamos, assim, que o paciente não consegue integrar a si essa ‘parte’ que descarta como não fazendo parte dele. Ele chegou a dizer que descobriu “*um outro Maurício que havia dentro de mim, o meu outro lado, na sua pior forma*”. Ele teme muito isso, pois no momento em que conseguir assumir esse outro lado como sendo seu vai ter que desconstruir a auto-imagem de ser essencialmente bom (namorado perfeito, que tudo compreendia, a tudo se propunha, que não pode sentir raiva, ódio). Provavelmente seja essa impossibilidade auto-imposta de sentir tais coisas que façam com que precise ‘explodir’. Maurício afirmou que com a ex-noiva tinha “*acessos de violência*” quando ele queria resolver as brigas tentando conversar e ela não queria ouvi-lo. Neste sentido, Hegenberg (2000) sugere que “na verdade, o borderline é pessoa frágil, que agride por total desespero. Sua violência ocorre quando se sente sozinho e incompreendido. Quando se sente abandonado, agride como forma de expressão” (p. 87).

Maurício já afirmou em várias ocasiões que tem medo de enlouquecer ou de ser violento até com palavras. Diz que muitas vezes sente-se zozzo, com sua cabeça “*borbulhando em pensamentos*”. Conta que quando não tinha com quem conversar saía para caminhar na rua e falava consigo próprio em voz alta, o que fazia com que as pessoas ficassem olhando e pensando que fosse louco. Ele afirma ainda que tem receio em falar as coisas que estão na sua cabeça, porque são pensamentos muito desconexos que mudam a todo o momento e que ele não quer

ver-se como maluco. Acredito que o seu temor do enlouquecimento, esteja ligado à clivagem narcísica presente, de maneira muito clara, no paciente. Antes da completa desestruturação psíquica que o levaria à loucura, ele cliva. Neste sentido, “diante da desagregação, a angústia traumática adquire novos formatos: *medo da loucura*, mania de perseguição, hipocondria, somatizações, *megalomania*, fobias, etc” (Maia, 2005, p. 149)¹⁵.

Maurício é muito comprometido com sua terapia: nunca faltou, nem chegou atrasado. Mas isso se torna contraditório quando, em inúmeras sessões, fica vários minutos em silêncio, afirmando que não há mais o que dizer e sentido-se culpado por não estar aproveitando o tempo. Parece que “o silêncio se constitui como a única maneira de se continuar vivendo, manter em segredo aquilo que não é possível de ser narrado, na maioria das vezes nem para si mesmo” (Maia, 2005, p. 157).

O paciente diz que se ele estivesse sozinho ele conseguiria falar muitas coisas, mas a presença de outros é o que o impede. Ele acha que se falar as coisas pode ter um bloqueio, de voltar a ser gago, de se isolar novamente: “*um bloqueio que me faria regredir em tudo o que eu já consegui*”. Quando eu pergunto sobre o que o seu silêncio significa, ele responde: “*Dor! Muita dor e solidão!*” Afirma que isso acontece desde criança, que sente um vazio que só aumentou com o passar do tempo, e hoje, isso parece ser ainda mais forte. Não sabe explicar nem mesmo descrever o que sente. Há uma impotência na tentativa de denominar o que se passa com ele. Falta uma sensação de si, há um desaparecimento de si, uma economia de morte. É a pulsão de morte sem nenhuma representação que toma conta da cena.

Quando eu questiono Maurício sobre esta sua outra parte que só ele conhece a fim de que eu também possa conhecê-la, ele recua. Ele refere que tem algo guardado dentro de si, o qual não consegue “*colocar para fora*”. Disse que não consegue exteriorizar o que está guardado porque iria me assustar, já que ele próprio tem medo do que poderia vir. O paciente tem uma agressividade contida e precisa “explodir” para mostrá-la. Mencionou ainda que isso acontece quando alguém o incentiva, não permitindo que ele fale para resolver os conflitos com conversa. Mas a terapia é justamente o seu espaço para falar e ele fica vários

¹⁵ Grifos nossos.

minutos em silêncio. Isso que ele não consegue “colocar para fora” é a presença pulsão de morte, pois como ele vai conseguir expressar em palavras algo do qual ele não tem representação?

Além disso, percebe-se em Maurício a presença de um pensamento mágico, no qual há a fantasia de que com a sua agressividade ele poderá destruir os objetos. Maurício fala que muitas vezes ele pensa ou fala as coisas e depois elas acontecem. Ele conta que as pessoas até comentam “*Mas que boca, hein! Não fala nada, que vai acontecer!*” A hipótese é que o paciente desejou a morte da mãe e isto se realizou. Ele tem medo de que colocando sua agressividade para fora na terapia, ele poderá se destruir. Afirma que a terapia é o seu lugar bom e que ele não quer estragá-lo com o seu “*pior lado*”. Afirma que não sente raiva de mim e que precisa de um incentivo para mostrar-se verdadeiramente. Será que o paciente precisa estar em um estado de excesso de tensão para reviver uma situação traumática a fim de reconhecer-se?

Sugerindo a afirmação de que nos sujeitos que sofrem das patologias do narcisismo, houve um não-acolhimento na infância desses sujeitos, pode conceber que

é na quebra da confiança entre a criança e o meio que reside a maior dor, aquela que constituirá como “tiro de misericórdia” para o desfecho da progressão traumática. Daí por diante o silêncio e o segredo tomarão a cena psíquica do sujeito (Maia, 2005, p. 152).

Desta forma, o paciente silencia porque o que lhe foi desmentido na infância promoveu um significativo congelamento de sua potência sensorial e expressiva. Sendo assim, quando ele afirma que o seu silêncio significa dor, ele está colocando em ação a dor de não ter o que dizer. O seu silêncio configura-se como a única via possível de expressão do que não pode ser representado. Este inacabamento da estruturação simbólica resulta em sérias perturbações egóicas, pois como já foi discutido anteriormente, as patologias do narcisismo parecem apresentar-se “além do princípio do prazer” e “mais além da representação”, pois se configuram em modalidades de existência que não estão subordinadas às leis da ordem simbólica.

A clivagem do ego configura-se, então, como “uma vigilância defensiva ante o perigo do desaparecimento de si” (Delouya, 2001, p. 59), em que o sujeito mata uma parte de si para continuar vivendo, “para realizar na morte esse voto de não mais

querer” (Lebrun, 2004, p. 135). É sobre esta parte morta de si que ele não tem o que dizer. Maia (2005) menciona que

neste contexto, coloca-se em xeque a integridade narcísica, na medida em que aquilo que é silenciado exige a redefinição do sujeito, endurecendo suas vias de afetação para com o mundo: o eu terá que vigiar este que dentro dele é vivo e morto simultaneamente (p.155).

Podemos pensar, neste sentido, que em duas situações o paciente viu-se deparado com excessos com os quais o seu aparelho psíquico não foi capaz de conter: a morte da mãe e a recente separação. Poderia se dizer que o colapso foi a mãe morrer, a posterior separação apenas repetiu a situação de perda. Aliás o paciente comentou que com a ex-noiva sentia-se tão seguro quanto com a sua mãe. Provavelmente ele viu nela uma nova garantia de sobrevivência imerso na relação com o outro. Conta que no tempo em que esteve com ela esqueceu-se de todos os seus problemas e de todas as suas dores, era como se tivesse voltado a viver. Quando perdeu isso, perdeu-se mais uma vez a si mesmo. Foram duas situações que provocaram uma grande desorganização psíquica cujo efeito destruiu sua organização *falso-self* que era o que sustentava sua própria subjetividade.

Foi nestas duas ocasiões que o paciente tentou suicídio. Vimos anteriormente que o que caracteriza o traumático é justamente a sua apresentação de maneira imprevista. Nestas circunstâncias, podemos sugerir que o suicídio é menos traumático, pois é planejado pelo sujeito, não trazendo consigo o desconhecido da surpresa. Isso pode fazer com que o paciente tenha uma fantasia de controle sobre a própria morte.

Já vimos a presença de sentimentos depressivos nas patologias do narcisismo. Neste sentido, Kehl (2003) afirma que “as pessoas se deprimem porque não suportam o que foi feito a elas. Acidentes, perdas traumáticas, abandonos, violência, abuso sexual na infância; é de fora para dentro que a vida psíquica se impõe àqueles que sofrem de mal estar”. Este é o discurso de Maurício quando afirma que as pessoas lhe fizeram algo, que foi a ex-noiva quem quis a separação, que foi o pai quem não deu mais bola pra ele, foi abandonado pela mãe. Há pouca implicação dele nas suas problemáticas, posto que como ele vai conseguir se implicar com o que lhe é externo se o seu ego não consegue dar conta nem de si próprio?

Maurício diz-se solitário, não tem muito contato com o pai, nem com os irmãos. Tem poucos amigos fora de seu meio de trabalho e considera seus colegas de trabalho, assim como seu pai e seus irmãos, pessoas muito diferentes de si, que querem beber, “*encher a cara*”, “*caçar mulheres*” e ele não gosta disso, então prefere não sair com eles. Explicitando sobre o sofrimento do borderline, Hegenberg (2000) aponta o seguinte:

Assim, no mundo de hoje, o sujeito está só. Dependente de um meio ambiente estável e acolhedor, o borderline não encontra guarida para seu sofrimento, apenas encontra pessoas apressadas e ocupadas, *aparentemente* satisfeitas na procura de seu bem-estar material e na busca incessante de promessas nunca cumpridas de completude e de ascensão social (p. 16).

Bauman (2001) concorda quando afirma que “a família, os colegas de trabalho, a classe e os vizinhos são fluidos demais para que imaginemos sua permanência e os creditemos com a capacidade de quadros de referência confiáveis” (p. 209). Desta forma, o mundo contemporâneo colabora com os sentimentos solitários de Maurício.

Ele mesmo afirma que considera ser difícil viver no mundo de hoje. Maurício expôs suas dificuldades em viver no mundo atual, com muita concorrência e correria, com a falência dos valores morais. Diz que é muito difícil se adaptar neste novo mundo que está aparecendo, pois o mundo é muito duro e ele considera-se uma pessoa sensível, o mundo é muito egoísta e ele considera-se uma pessoa solidária. Ele diz ainda que estamos vivendo em um “*mundo catastrófico*”, repleto de egoísmo. Segundo ele, “*com a correria do dia-a-dia, as pessoas não se importam umas com as outras, não param pra pensar, mentem que está tudo bem*”, apenas preocupam-se em “*competir para ver quem tem mais*”. Ele também mencionou que “*a tevê invade as casas e as pessoas devem decidir o que vão mostrar pros filhos*”.

Maurício refere que sofre em função da sua falta de certeza das coisas, diz que não tem certeza de nada e que acredita que desta forma, nunca vai encontrar um sentido na vida. Ele verbaliza que “*a gente nunca sabe o que vai acontecer, a gente pode levar um tiro ali na esquina e acabou tudo*”. Enfatiza ainda que “*a violência está muito grande e a moral está muito pequena*”. E ainda questiona-se: “*Será que tem como manter a sanidade nesta loucura toda?*”.

É impressionante a sensibilidade de Maurício para caracterizar a contemporaneidade. No seu discurso estão presentes as principais marcas da contemporaneidade como autonomia, incerteza, fluidez. E, de fato, o paciente tem razão. Mas o que faz com que ele adoça, neste mundo em que todos temos que enfrentar as mesmas adversidades? Acredito que a sua fragilidade narcísica dificulta a sua adaptação a qualquer convivência social em qualquer tipo de cultura, principalmente a esta que prima pela instantaneidade, pela rapidez, pelo fluxo. As idéias de Pessotti (2003) corroboram com esta compreensão quando ele afirma que

há uma situação de “vida dura” que implica freqüentemente frustrações, fracassos, decepções e na qual a subjetividade de alguns resiste mais que a de outros: alguns são mais resistentes aos contratempos da vida, embora também sofram. Mas estão mais prontos para o sofrimento, talvez porque sejam mais confiantes em suas possibilidades, mais firmes em seus valores ou, simplesmente, mais resignados (e, portanto mais fortes). Em resumo, têm uma sólida subjetividade. Ou, noutros termos, um “eu” mais sólido (p. 07).

Esta fragilidade narcísica sugere uma “escolha da morte pela dissolução no outro” (Lebrun, 2004, p. 136). Mas para continuar vivendo, ainda que de maneira “falsa”, como o próprio paciente verbalizou, ele reinventou-se narcisicamente. De que forma Maurício conseguiu isso? Acredito que seja pela presença de um pensamento mágico de que “*eu tudo posso, eu tenho que resolver tudo, eu tenho que compreender a todos*”. Aqui vemos presente a negligência da importância do outro enquanto separado de si e a não-integração da falta. A manutenção da onipotência e a presença da gagueira sugerem, portanto, que Maurício nega a castração. Sendo assim, não há expressão de nenhum desejo, posto que o paciente vê-se como um ser completo. Isto porque desejo e castração são como faces da mesma moeda, um não existe sem o outro: só desejamos o que nos foi barrado. A castração advém a fim de barrar a busca de satisfação absoluta e sem limites que leva à morte do eu e o desejo surge para introduzir esta idéia de falta que mantém o eu vivo. Isto significa dizer que quem deseja só deseja porque é castrado.

Desta forma, qualquer desejo do paciente traduz-se como necessidade: “*eu preciso conquistar o mundo, ser um grande homem, conseguir tudo sozinho para sobreviver*”. E isto ocorre justamente por causa da não-referência ao outro como interditor paterno do gozo e com a negação da castração. Estamos, portanto, diante de um sujeito que precisa inventar-se a si próprio de maneira absolutamente

autônoma, pois “no campo dessa nova clínica que estamos abordando, a possibilidade de simbolizar, de dar nome ao próprio gozo, pertenceria a cada um” (Riedel, 2005). Aqui podemos enxergar uma proximidade com a marca contemporânea da autonomia, em que as pessoas devem fazer tudo sozinhas, de acordo com a sua própria responsabilidade. E isso traz sofrimento a Maurício pois, como vimos, ele precisa de outro para garantir a continuidade do seu existir. Estamos diante de um paradoxo: ele não faz referência à alteridade, mas precisa do outro para sentir-se vivo? Exatamente. Pois o outro se configura como o si mesmo, não entra em questão a alteridade, que significa ver o outro como diferente.

A crença de Maurício de que ele é uma exceção é a sua invenção narcísica. Ele diz que diferentemente de todas as pessoas, ele é um “*eterno sonhador*”, “*um ser que esquece de si próprio para ajudar ao próximo*”, “*um ser muito amigo que vive num mundo de mentiras*”. Afirmar ainda: “*mesmo que no mundo de hoje o amor esteja ficando escasso, sei que ainda existem pessoas como eu, que acreditam no amor, na sua mais pura essência*”. Como vimos anteriormente o paciente coloca-se como um modelo a ser seguido, ele é o seu próprio ideal, numa fantasia de exceção e de bondade mágica. Neste sentido ele afirma que considera estas características suas muito boas, pois “*posso servir de exemplo para os outros ao passar adiante um pouco dessa minha bondade e sensibilidade*”.

Sugiro, desta forma, que Maurício não conseguiu realizar a passagem de um ego ideal para um ideal de ego. Com a impossibilidade de alcançar ideais externos a ele devido ao seu ego ser pequeno e insignificante, sua vida pautou-se na fantasia, no princípio do prazer e o retorno a um ego ideal configura-se como regressivo. Estes são comportamentos típicos de um funcionamento narcísico em que a constituição egóica permanece em suspenso. Esta compreensão é explicitada por Freud (1914) em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, quando ele afirma que

ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal (p. 111).

Desta forma, Maurício sente-se “o escolhido”, mas as pessoas não o reconhecem assim, o vêem como humano e isso o decepciona. O problema,

segundo ele, está nas pessoas que não o compreendem, que o rejeitam, que exigem que ele seja um “*super homem*”. Quando ele se mostra humano, elas fogem dele. Ele menciona que “*são as pessoas que acham que eu sou diferente, me consideram um anjo, mas qualquer coisa que eu faço de errado, elas já acham que eu sou um demônio, quando eu deixo de ser perfeito eu viro monstro*”.

Creio que, na verdade, é o próprio paciente que não consegue ver-se de outra forma que não sendo o “*super-homem*”, pois, de uma forma defensiva, ele coloca-se acima dos desejos, dos mortais, da sexualidade. O mundo simbólico com a presença de satisfação e insatisfação é muito banal para ele que tem acesso a um mundo refratário ao humano, no qual haveria a possibilidade de fazer desaparecer o registro da incerteza, de nos livrar do mal-estar inerente à existência, de nos curar de sermos humanos.

Nesta perspectiva, “o sujeito parece sugado pelo seu eu-ideal” (Delouya, 2001, p. 59), pois Maurício queria “*apagar erros*”, queria não sofrer, não amar mais (visto que amar significa fundir-se com o outro), queria “*não acreditar tanto nas pessoas*”, queria poder “*criar a perfeição*”. Como Maurício não consegue ser este “*grande homem*”, que o superego tirânico materno lhe obriga, a punição externa foi substituída pela auto-flagelação, como vimos nos exemplos em que o paciente se auto-agride. Com estes sentimentos de insuficiência, ele desvaloriza-se e

fantasia ser poderoso, especial, capaz de proezas, sutilezas e potencialidades além do comum. (...) No fundo destas dúvidas, ele estará lidando com seu ideal de ego, com suas exigências absurdas e exageradas (Hegenberg, 2000, p. 69).

Maurício conta que abandonou suas coisas e a si mesmo por um grande amor (seu casamento) e não quer repetir isso com a atual namorada. Quando a mãe estava doente aconteceu a mesma coisa: ele dedicou-se a ela e a perdeu. Ele nunca teve o apoio do pai e dos irmãos e depois que a mãe morreu sentiu-se ainda mais sozinho. Hoje ele tem dificuldades em manter o relacionamento com a nova namorada, já que tem um medo imenso de perdê-la, fica procurando desculpas para deixá-la.

Maurício, como já vimos, parece que precisa desta relação associada a um outro. Para tornarmos sujeitos, precisamos nos assujeitar, mas não parece que é isso que acontece com ele. Pelo contrário, Maurício é como se fosse o objeto do

gozo do outro, tal como foi da mãe. Sua missão é agradar os outros, fazendo-os felizes, pois a perda deste outro significa a perda de si próprio. Ao fazer tudo pelo outro, assegura a sua continuidade subjetiva. Estes esforços excessivos para evitar abandono, demonstram o quanto Maurício é angustiado com separações.

Ele sente muito presente uma angústia de perda do objeto. Inclusive ele parece querer estabelecer esta relação comigo. Tenta me agradar na sessão, faz gracinhas, brincadeiras e não quer mostrar-me o seu lado violento e agressivo, pois pode me decepcionar, afinal ele tem que manter a auto-percepção de ser essencialmente para os outros e para si mesmo. Diz que não consegue falar coisas pesadas na terapia porque ali é o seu momento bom, pois quando fala coisas pesadas para as pessoas, as deixa tristes e não quer me deixar triste. Ele não quer pensar que pode ser culpado pelo fim da terapia, como se culpa pela morte da mãe e pelo fim do casamento.

Desta forma, Maurício sente-se muito dependente de alguém, até verbalizou que precisa de alguém para cuidar dele e tem muito medo de perder suas figuras de apoio. Isto porque como uma típica característica das patologias do narcisismo, ele só sabe viver em conjunto com o outro. Tanto a mãe como a ex-noiva foram embora de repente. Ele afirma que tinha esperanças de que a mãe se curasse até o último momento e com a ex-noiva ele ainda não entende muito bem o que aconteceu. De uma hora para outra ela decidiu que iria embora e foi sem lhe dar maiores explicações. Aqui se expressa o caráter de surpresa dos eventos traumatizantes, uma vez que, depois destas duas situações que "*vi o meu mundo desabar*", diz ter ficado sem rumo na vida, com os pensamentos sem ordem, sem nexos, perdido. Foi o seu colapso.

Maurício tem uma admiração muito grande pelas mulheres. Fala que as mulheres têm uma maior sensibilidade para falar as coisas e na maneira de encarar as coisas e que todos deveriam ser assim. Maurício considera que é mais parecido com as mulheres do que com os homens, mas afirma que não é gay, embora já tenha se questionado sobre isso. Seria interessante discutir questões a respeito de masculinidade e feminilidade, mas não cabe a este estudo. Importa apenas pensar que o paciente ignorou a presença paterna numa identificação quase total com a mãe, daí decorrem seu lado feminino que ele tanto aprecia. É o que ele consegue preservar da mãe em si próprio. Maurício fala em ser um homem perfeito, muito

diferente do pai e da maioria dos homens que ele conhece. Sugiro que para ele o homem perfeito configura-se num homem sem sexo.

Como vimos, nas patologias do narcisismo, o cerne da problemática não está na sexualidade¹⁶, configurando-se como pré-edípico, pois a inscrição da figura paterna não ocorreu, fazendo com que o lugar de Maurício junto à mãe continuasse privilegiado. Assim, o paciente raras vezes falou sobre questões de sexualidade durante as sessões. Quando falou, sentiu-se constrangido e contou que raramente goza nas relações sexuais com a atual namorada. A gagueira herdada do pai por si só já representa que a sexualidade não é fálica, apresentando-se como símbolo da castração. O paciente, no entanto, não integrou a falha, não incorporou a gagueira como sua, tanto que ele fala como se o problema fosse do pai, visto que hoje em dia ele apenas “*trava em algumas palavras*”, dizendo que já foi gago. Além disso, diz que se contenta mais quando a namorada goza do que quando ele chega “*ao final*”. Isto demonstra que não é a questão da sexualidade e da falta que estão em jogo. Pois, posto que o paciente não consegue assegurar a continuação da sua própria existência, a “sexualidade não tem mais peso” (Lebrun, 2004, p. 136). Desta forma,

seus sintomas se erigem, em última instância, quando há risco de ruptura narcísica, numa tentativa de proteção da própria vida. Sem dúvida, todo sintoma visa a resolução de conflitos, mas essas configurações, em vez de trazerem conflitos de ordem sexual, nos moldes das neuroses clássicas, trazem sintomas que atendem à necessidade de preservação da unidade narcísica, de contenção de uma dor psíquica – que Ferenczi descrevia como inimaginável e inassimilável – capaz de levar o sujeito à fragmentação (Maia, 2005, p. 20).

Outra característica do paciente é que ele conta que está sempre se questionando sobre tudo, sempre em dúvida, não consegue decidir-se pelas coisas. Preocupa-se muito em fazer a coisa certa para os outros, em ser bom para os outros, o que aponta a sua dificuldade em seguir um caminho próprio sozinho. Maurício conta que de tanto pensar ele “baratina”, fica zozzo. Neste sentido, alguns autores lêem esta posição de um paciente encontrar-se sempre na dúvida para tomar qualquer decisão, “*em cima do muro*” como o próprio Maurício caracterizou-se como um sintoma de patologia limite. É o nem sim, nem não; ser ou não ser gay; ser ou não ser homem; morrer ou viver; que o faz permanecer no entre-dois,

¹⁶ Leia-se genitalidade, pois a sexualidade a que a psicanálise se refere está presente inclusive no direcionamento da libido ao narcisismo.

manifestando uma “recusa negativa da escolha”, nas palavras de Green (1990), citado por Lebrun (2004):

Nesse tipo de patologia, se manteria um jogo com o limite, precisamente, como se o sujeito ficasse sempre num entre-dois, entra pai e mãe, entre imaginário e simbólico, ou entre imaginário e imaginário em vias de simbolização, não sendo o problema, de algum, o de que esteja nesse entre-dois, mas antes, o de que permaneça sem dar seu assentimento para a dimensão do simbólico, em outras palavras, para a castração. (...) posição de estado limite como uma posição de “nem sim, nem não: os sintomas do caso-limite manifestam uma recusa negativa da escolha” (p. 147).

Maurício costuma ficar voltando em suas lembranças do passado, dizendo que foi muito feliz em momentos que valeram por toda vida, mas se deixando abater por isso no sentido de que pensa que teve coisas boas e não aproveitou. Então procura descobrir o que fez de errado para que perdesse o que tinha. Desta forma sugere-se que Maurício culpa-se por muitas coisas: por não ter dado mais importância a esses momentos bons, por ter feito algo que ele não sabe o que foi para que a ex-noiva o abandonasse (já que hoje ela está mais bonita e parece mais feliz do que quando estava com ele); por ter comprado o apartamento onde mora com a herança da mãe (se ela não tivesse morrido, ele não teria um apartamento).

O paciente acredita que se tivesse aproveitado mais as oportunidades do seu passado não teria sofrido tanto. Dessa forma, ele acaba depositando suas esperanças no passado. Isso me sugere uma tentativa de fuga do momento presente, como se vivesse no passado e lá sempre fosse melhor; talvez lhe seja muito difícil a realidade, sua solidão, então isso serve como refúgio. No passado ele tinha a mãe num vínculo fusional com ele o que parecia ser o único indicativo de sobrevivência. Quando ela morreu, uma parte de si morreu com ela.

o paciente depressivo fala do que perdeu, neste sentido, tal como o enlutado; ele sabe o que perdeu. Refere-se a uma perda de quem já foi um dia. Fala de uma perda de si mesmo. Ele já foi alegre, ou espontâneo, ou entusiasmado, ou orgulhoso de si mesmo. Mas isso foi perdido em algum momento. Nem ele sabe precisar quando foi. Nesses relatos, de maneira geral, é possível fazer uma aproximação da perda de si como uma perda que remete necessariamente à questão da identidade e dos ideais (Pinheiro, 2005, p. 107).

Maurício deseja uma felicidade contínua. Afirma que queria acordar feliz e ser feliz para sempre, “*como numa novela mexicana*”. E quem não queria? No entanto o paciente, por não conseguir exatamente esta euforia que a contemporaneidade

aponta como sinônimo de felicidade, ele deprime. Aqui estamos nos deparando exatamente com a questão da marca depressiva da contemporaneidade apresentada anteriormente, pois há uma relação de proximidade entre a alta exigência contemporânea de uma felicidade absoluta e a depressão eclodindo quase como uma epidemia. Sendo assim, “diante da promessa de que o impossível será ultrapassado vemos crescer, aos nossos olhos, a legião de deprimidos – o grupo dos *sem-potência*” (Edler, 2005).

O paciente afirma que seu sofrimento é como um labirinto, de onde ele tenta sair e quando parece estar conseguindo, algo o puxa de volta ao meio do labirinto, “*acho que eu mesmo me puxo de volta*”. Afirma que se acostumou a sofrer e não sabe viver sem esta sua tristeza. Acredita que se vivesse feliz não seria a sua vida que ele estaria vivendo. Acha que o dia em que puder dizer “*eu sou feliz*” tudo vai acabar e a vida não tem mais sentido. Se para ele o encontro absoluto com o outro é sinônimo de felicidade, tudo vai acabar mesmo porque esta fusão leva o sujeito à morte. Parece que Maurício não sabe viver sem sofrer, e neste sentido, ele apresenta uma característica tipicamente melancólica: “*o meu sofrimento é maior que de todos, sou o único maior sofredor do mundo!*”. Na melancolia, o ideal configura-se às avessas – o ideal é ser o pior.

Maurício acredita que está pagando dívidas de outras vidas com o seu sofrimento, nas quais poderia ter sido “*um torturador ou um assassino*”, acha que foi “*uma pessoa muito má*”. O seu sofrimento é como se fosse o pagamento do preço por ser assim. Em uma sessão ele me contou que fez um pacto quando estava cuidando da mãe doente: se ajudasse ela poderia ganhar todas as coisas que quisesse. Disse que foi “*mais uma de minhas loucuras*”. Falou ainda, que quando lembra deste pacto sofre muito e se culpa, pois fez o bem e quis algo em troca. Vale ressaltar que Maurício comprou coisas para o seu sustento com a morte da mãe. Possivelmente ele desejou esta morte para que ele pudesse viver. No entanto, castiga-se por não ter ajudado a mãe a ponto de salvá-la.

Pode-se sugerir que desta forma Maurício priva-se do prazer. Há aqui algo que vai para além do princípio do prazer em que o paciente demonstra características masoquistas. Freud (1924), no artigo *O problema econômico do masoquismo*, menciona a presença de um sentimento de culpa inconsciente que impele o sujeito a uma constante necessidade de punição através da manutenção do sofrimento:

Também um sentimento de culpa encontra expressão no conteúdo manifesto das fantasias masoquistas; o indivíduo presume que cometeu algum crime (cuja natureza é deixada indefinida), a ser expiado por todos aqueles procedimentos penosos e atormentadores (Freud, 1924).

Acredito que é exatamente o tipo de punição a que Maurício necessita submeter-se a fim de pagar um preço por não controlar suas pulsões agressivas. A pulsão de morte e o instinto destrutivo são, então, dirigidos ao próprio sujeito. Tem-se aqui o suicídio como uma tendência masoquista de castigo ao ego empobrecido e vazio. Além disso, o masoquismo de Maurício pode estar ligado a um massacre exercido pelo seu superego tirânico materno “à percepção de que não esteve à altura das exigências feitas por seu ideal” (Freud, 1924). Desta forma, o paciente submete-se a qualquer coisa a ponto de ocupar uma posição de humilhação e assujeitamento na relação com o outro. Esta posição de servidão ao outro configura-se como uma proteção da onipotência narcísica ameaçada pela castração, com o intuito de evitar a dor e a solidão da experiência de abandono. Nesta perspectiva, temos Birman (2001) afirmando que

na posição masoquista, o sujeito se agarra e se cola a um outro, oferecendo a este, em contrapartida, seu corpo como objeto de gozo, para assim evitar, custe o que custar, a tragicidade da experiência do desamparo. A solidão que esta experiência implica é insuportável para essas individualidades, de forma que elas preferem se agarrar à fábula fálica do outro do que suportar o real da angústia. Portanto, o que caracteriza a subjetividade masoquista não é o desejo primário de ser humilhado, ou tampouco o desejo de sentir dor. Estes são desejos que o perpassam, sem dúvida, mas de maneira secundária, derivações que são da impossibilidade de suportar o desamparo (p. 47).

Vimos, contudo, que o encontro com o outro é sempre traumático, pois remete ao fim do legado narcísico. É este encontro que vai possibilitar que “o ego ideal possa transformar-se em ideal de ego, a repetição em história e o narcisismo em auto-estima” (Mayer, 2001, p. 98 *apud* Gobbi, 2005, p. 146). É deste encontro que Maurício foge, pois significaria a castração. Em contrapartida, é justamente o encontro com o outro enquanto separado de si que ocorre no *setting* psicoterapêutico. Neste sentido, “apesar de precisar de limites, o borderline não está demandando castração, mas um encontro com um analista enquanto pessoa” (Hegenberg, 2000, p. 35).

É este inevitável encontro comigo, que se dá toda semana que o paciente teme. Inclusive ele já mencionou a sua vontade de desistir da terapia e sua

dificuldade em sustentá-la. Surpreende o fato de ele nunca faltar. Isso pode sugerir que ele compreende a importância desse encontro com o outro que, apesar de dolorido, é condição necessária para que ele possa sair deste escudo de proteção narcísico, que pode falhar a qualquer instante.

Como Maurício demonstra dificuldades em se entregar aos cuidados do outro, não estabelecendo uma relação objetal de confiança por estar fixado no narcisismo, a relação de transferência mantém-se com dificuldades. A sensação transferencial é de estranhamento. Sinto-me absorvida pelo paciente e isto pode se explicar pelo fato de ele estar querendo manter um vínculo fusional comigo tal qual estabeleceu com a mãe.

Neste sentido acredito que o papel da clínica contemporânea é muito maior do que simplesmente acompanhar as estranhas metamorfoses subjetivas da atualidade. A meu ver, esta clínica deve adaptar-se à produção de subjetividades propondo, não só uma descrição das patologias do narcisismo, mas principalmente uma investigação sobre o que leva o humano a tornar-se doente e anestesiado a fim de poder incentivar o viver criativo. Sendo assim, a minha função é acompanhar Maurício na construção do seu próprio *self*, possibilitando, no encontro comigo, a construção de uma nova narrativa de vida menos frágil.

Pode-se ver neste estudo de caso que há insinuações de diferenciados traços e defesas, o que acarreta a dificuldade no diagnóstico, pois o paciente parece não se estabilizar em nenhuma estrutura, o que é característico das patologias do narcisismo. No entanto a classificação nosológica deste caso não se caracteriza como algo de extrema relevância para a compreensão das questões metapsicológicas propostas anteriormente. O que se buscou aqui foi lançar luz à compreensão psicanalítica dos casos de patologia do narcisismo, enfatizando sempre que a fragilidade narcísica é a chave mestra para o desenrolar deste tipo de configuração subjetiva. Vale lembrar que

a frequência desses quadros é decorrente do mal-estar de nosso tempo. Hoje em dia, o mundo globalizado esfacela tradições e culturas e esgarça o sentido da vida, produzindo intenso desenraizamento do ser humano nunca visto antes. Dessa forma, muitos são aqueles que, hoje em dia, tentam equilibrar-se em suas cercas, em seus fiapos de sentidos, fugindo do abismo da não-existência e do não-sentido (Gilberto Safra, In: Prefácio do livro *Borderline*, Hegenberg, 2000, p. 12).

Para finalizar, cito um trecho de um poema do magnífico poeta Carlos Drummond de Andrade intitulado *A Flor e a Náusea*. Vou ficar com o final do poema para explicar a maneira como enxergo o paciente Maurício: “*É feia. Mas é uma flor. Furo o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.*” Maurício é como esta flor. É ainda uma flor muito insegura, vivendo, como nos aponta Bauman (2001), numa “realidade porosa”, sentindo-se como que “patinando sobre gelo fino” (p. 239). É uma forma frágil que precisa escorar-se, equilibrar-se em cercas fluidas para, entre o movimento dos grandes acontecimentos da contemporaneidade, encontrar uma forma de tornar-se mais bela, mais aprazível, mais potente, menos agressiva. Ele está em busca do desabrochar de uma vida, da sua própria vida.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa que visa investigar novos modos de compreensão psicanalítica para os quadros clínicos da contemporaneidade e com a qual concordo em participar. Tenho conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. Terei também total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento psicológico que me tem sido dispensado. Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Autorizo, para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações prestadas nas sessões de psicoterapia e que digam respeito ao tema do estudo. Os dados coletados ficarão arquivados no Departamento de Psicologia da UFSM por um período de (05) cinco anos e, após, serão destruídos. Os estudos realizados a partir deste trabalho psicoterapêutico constarão na Monografia de Conclusão do Curso de Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de Paula Kegler, que poderá ser contatada pelos telefones: (55) 3222-6726 ou (55) 8407-8408. A acadêmica encontra-se sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Furtado Kahl, professora do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria e supervisora do estágio no Serviço de Atendimento Clínico Institucional (SACI).

Santa Maria, ___/___/___

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura da supervisora: _____

5) CONCLUSÃO

Ao finalizar este itinerário teórico-clínico estou convicta de que não encontramos respostas para as problemáticas apresentadas e muito menos uma conclusão unívoca. E nem foi esta a proposta inicial, pois acredito que a psicanálise, enquanto universo teórico, deve apresentar uma certa flexibilidade a fim de poder abraçar o novo que se expressa no cotidiano da clínica. Este é, em minha opinião, o desafio do conhecimento.

Durante todo o percurso deste trabalho, foi lembrado que a cultura influencia na construção das subjetividades. Isto significa dizer que em todas as etapas do desenvolvimento histórico das civilizações, os sujeitos foram impactados pelas construções culturais, cada um à sua época. Isto significa dizer que as psicopatologias existem em qualquer sociedade e em qualquer lugar, posto que em todos os tipos de cultura os sujeitos sofrem, pois o vazio enquanto instância constitutiva está em todos os seres humanos.

Desta forma, as MARCAS DA CONTEMPORANEIDADE influenciam nas configurações subjetivas da atualidade. Eu gostaria de ressaltar que busquei com este trabalho expor considerações a respeito do tipo de sofrimento do homem nesta cultura em que vivemos hoje. Procurei nesta parte, evitar críticas severas ao capitalismo e à cultura contemporânea, porque acredito que seguir por este rumo significaria desviar-se do propósito deste estudo.

O intuito foi o de descrever os modos de ser da contemporaneidade para posteriormente poder acoplar com as manifestações do mal-estar humano que se tornaram mais abundantes hoje. Neste sentido, estamos diante de um estilo de sociedade em vigências que encorajam condições e possibilidades para a formação de determinadas configurações psicopatológicas características da cultura atual. Isso não quer dizer, necessariamente, que são psicopatologias inéditas, mas são novas formas de adoecimento que ganham espaço progressivo na cena social atual.

Posteriormente procurei estudar a forma como a psicanálise estava se colocando diante destas novas aparições psicopatológicas para propor uma compreensão metapsicológica do padecimento da contemporaneidade. Optei pelo viés das CONFIGURAÇÕES DO NARCISISMO porque julguei que a ênfase deveria

ser dada ao fracasso da constituição egóica, que, segundo a minha opinião, é o que promove o aparecimento das outras sintomatologias destes casos, a saber, a presença da fixação narcísica, do esvaziamento desejante, do vazio representacional e da clivagem. Desta forma, o narcisismo e suas configurações estão no cerne da problemática psicopatológica da contemporaneidade.

Chamo atenção aqui também para o fato de que não se trata de apontar as configurações subjetivas contemporâneas como melhores ou piores do que as de outras épocas. Pelo contrário, interesse-me em examinar com cuidado as formas que os sofrimentos e as dores do homem tomam a fim de poder compreendê-las de uma forma que possa auxiliar na minha prática clínica que está apenas no princípio.

Julgo, desta forma, que o CASO DE FRAGILIDADE NARCÍSICA apresentado pode contribuir para iniciar-me na tomada de consciência da notável importância que devemos atrelar à conjunção dos aspectos teóricos com a prática clínica. Além do que, modéstia à parte, o caso de Maurício deu um colorido ímpar às considerações deste estudo.

Finalizando, acredito ter alçando o objetivo deste trabalho de lançar luz sobre o impacto da cultura contemporânea nas novas configurações subjetivas. Ainda que eu possa ter contribuído para uma tentativa de consolo ao mal-estar inerente o fato de sermos humanos, sei que esta contribuição é limitada à medida que muitos outros vieses podem ser ainda apresentados.

6) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

_____. “A Sociedade Líquida”. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 out. 2003. Caderno Mais, p. 5-9.

BERLINCK, Manoel Tosta & FÉDIDA, Pierre. “A clínica da depressão: questões atuais”. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, set.1999, Vol. III, n. 2, p. 9-23.

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

_____. “Dor e sofrimento num mundo sem mediação”. In: **Cultura**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003, Vol. 95, p. 25-29.

BOTELLA, César. **Irrepresentável: mais além da representação**. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação Humana, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 016/2000**. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2000_16.pdf>. Acessado em 10 out. 2006.

COSTA, Jurandir Freire. “Ferenczi e a Clínica”. In: **Cadernos de Psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro**, 1988, Ano X, n. 6, p. 42-52.

_____. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DELOUYA, Daniel. **Depressão**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

EDLER, Sandra. As depressões ontem e hoje. In: VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e I Congresso Internacional de Psicopatologia

Fundamental, 2005. **Trabalhos apresentados**. Rio de Janeiro: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. 1 CD-ROM.

EHRENBERG, Alain. **La fatigue d'être soi. Dépression et société**. Paris: Éditions Odile Jacob, 1998.

_____. "Depressão, doença da autonomia?" **Revista Ágora**, jan/jun 2004, Vol. VII, n. 1, p. 143-153.

FERENCZI, Sándor. "Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade" (1924). In: **Obras Completas. Psicanálise III**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. "Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje". In: _____. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2003, p. 11-40.

FREUD, Sigmund. "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental" (1911). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. "Luto e melancolia" (1915). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. "Além do princípio de prazer" (1920). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. "O problema econômico do masoquismo" (1924). In: **Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIX. Editora Imago.

_____. "A divisão do ego no processo de defesa" (1940). In: **Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXIII. Editora Imago.

GOBBI, Adriana Silveira. "De quê padece o sujeito na atualidade?". In: **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, 2005, Vol. 4, n. 1, p. 139-152.

HAROCHE, Claudine. "Maneiras de ser, maneiras de sentir do indivíduo hipermoderno". In: **Revista Ágora**, jul/dez 2004, Vol. VII, n. 2, p. 221-234.

HAYES, Steven. "Não fuja da dor". **Revista Veja**, Edição 1945, 1º mar.2006, p. 13-15.

HEGENBERG, Mauro. **Borderline**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

KAHL, Maria Luiza Furtado. **Sándor Ferenczi, os "casos difíceis" e a clínica psicanalítica hoje**. 2006. Relatório final de pesquisa de iniciação científica apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria com o apoio do CNPq.

KEHL, Maria Rita. **Uma vida sem sujeito**. 2003. Disponível em: <<http://www.mariaritakehl.psc.br/PDF/umavidasemsujeito.pdf>>. Acessado em 29 set. 2006.

KNOBLOCH, Felicia. **O tempo do traumático**. São Paulo: EDUC, 1998.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. São Paulo: Ed. 34 Letras, 1997.

LEBRUN, Jean-Pierre. **Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MAIA, Marisa Schargel. **Extremos da alma**. Dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

NASIO, Juan David. **Lições dobre os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

PESSOTTI, Isaias. “Para compreender a ‘vida dura’”. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 jan.2003. Caderno Mais, p. 6-7.

PINHEIRO, Teresa. “Depressão na contemporaneidade”. In: **Pulsional Revista de Psicanálise**, jun. 2005, Ano XVIII, n. 182, p. 101-109.

QUINTELLA, Rogerio Robbe; PINHEIRO, Teresa & VERTZMAN, Julio. A neurose ‘atual’ e o campo do trauma: uma articulação com a corporeidade. In: VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2005. **Trabalhos apresentados**. Rio de Janeiro: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. 1 CD-ROM.

RAUTER, Cristina. “Invasão do cotidiano: algumas direções para pensar a clínica das subjetividades contemporâneas”. In: KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Silvia; MACIEL JUNIOR, Auterives. **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005, p. 63-72.

RIEDEL, Nelson. As incidências do trauma na clínica contemporânea. In: VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2005. **Trabalhos apresentados**. Rio de Janeiro: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. 1 CD-ROM.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

_____. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003

SACEANU, Patrícia; VIANA, Diane; PINHEIRO, Teresa; VERZTMAN, Julio. Melancolia e doenças auto-imunes: a pesquisa e seus primeiros resultados. In: VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2005. **Trabalhos apresentados**. Rio de Janeiro: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. 1 CD-ROM.

TREVISAN, Rafaela Luiza. **Corpo e narcisismo pelo viés das *body modifications***. Monografia de Graduação – UFSM. Santa Maria, 2005.

WINNICOTT, D. W. “O medo do colapso (*breakdown*)”. In: C. Winnicott (Org.), **Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 70-76. (Original publicado em 1963).

MEMORIAL

Este trabalho surge do interesse suscitado durante a minha experiência acadêmica (discussões teóricas e prática clínica) a respeito da psicanálise e sua constante busca por atualização. Conforme as subjetividades vão se modificando, a psicanálise vai tentando dar um sentido às experiências, a fim de possibilitar uma saída para o desespero do homem a seu tempo. Neste sentido, uma investigação sobre o impacto da cultura contemporânea nas configurações subjetivas atuais configura-se como algo de extrema relevância, posto que tem aparecido de forma insistente nas discussões psicanalíticas.

Os seminários realizados em aula e as horas de estudo dedicadas sobre o tema foram amplamente compreendidos com a experiência clínica em estágio curricular sob orientação psicanalítica. Por este motivo optei por um estudo que me desse um aporte teórico para as minhas primeiras vivências como terapeuta.

A minha participação em uma pesquisa de iniciação científica sobre a obra de Sándor Ferenczi e sua importante contribuição no tratamento dos casos-difíceis, incentivou-me a estudar questões importantes a respeito do tema proposto. Além disso, buscar nos alicerces da psicanálise conceitos de base da teoria freudiana e articular com o pensamento de autores contemporâneos enriqueceu a minha busca pela construção do conhecimento e estimulou-me a continuar estudando e produzindo, através da decisão de seguir uma carreira acadêmica.