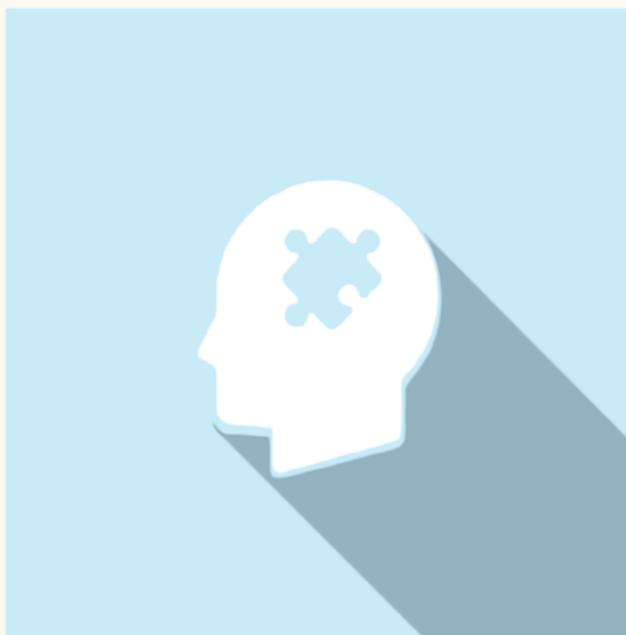


ESTUDOS EM PSICOTERAPIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS



editora **bugui**

**ALICE AITA CACILHAS
NELSON ASNIS**
ORGANIZADORES



ESTUDOS EM PSICOTERAPIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS



© autor 2017

Produção editorial: Vanessa Pedroso

Revisão: 3GB Consulting

Capa: Editora Buqui

Editoração: Cristiano Marques

CIP-Brasil, Catalogação na fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

V449m autor

titulo livro / autor.

1. ed. | Porto Alegre, RS | Buqui, 2017.

190p. | 21 cm

ISBN 978-85-8338-337-6

I. Título.

17-39493 | CDD: 658.4092 | CDU: 005.322:316.46

01/02/17 | 06/02/17

Todos os direitos desta edição reservados à

bq Buqui Comércio de Livros Digitais Ltda.

Rua Dr Timóteo, 475 sala 102

Porto Alegre | RS | Brasil

Fone: +55 51 3508.3991

www.buqui.com.br

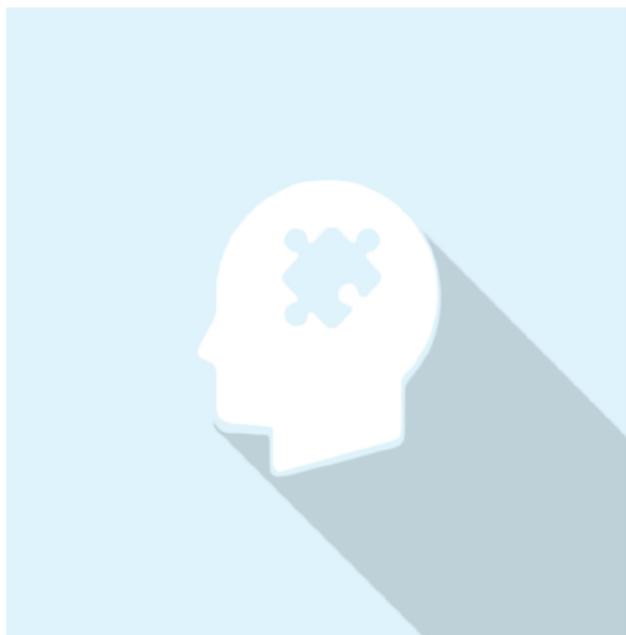
www.editorabuqui.com.br

www.facebook.com/buquistore

Printed in Brazil/Impresso no Brasil

ESTUDOS EM PSICOTERAPIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS



editora **buqpi**

ALICE AITA CACILHAS
NELSON ASNIS
ORGANIZADORES



CARTA DA PRESIDENTE

Foi com muito orgulho e satisfação que em 2017 comemoramos os 30 anos de existência da Fundação Universitária Mário Martins, que nasceu de um sonho de vários colegas de continuar valorizando o ensino de psicoterapia dinâmica na formação de novos psiquiatras.

Em pouco tempo, ampliamos nossos objetivos, passando a oferecer especialização em psicoterapia dinâmica aos profissionais graduados em Psicologia.

Conseguimos com isso, um ambiente de trabalho onde psiquiatras em formação e psicólogos em especialização trabalham lado a lado, colaborando uns com os outros.

Comprometidos com os avanços da Psiquiatria e com o desafio de transmitir a técnica da psicoterapia dinâmica nos tempos atuais, continuamos nosso trabalho de oferecer aos nossos alunos uma visão mais ampla do ser humano e da doença mental.

Neste livro, apresentamos alguns escritos de professores, terapeutas, alunos e estagiários da FUMM que dão uma amostra de nossa maneira de pensar e de trabalhar com o paciente.

Novas publicações virão.

Boa leitura!

Silvia Stifelman Katz

Presidente da FUMM

Gestão março de 2016 a fevereiro de 2018

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 11

**01 | “O COMPLEXO FRATERNAL: IRMÃO,
PARA QUE TE QUERO?”** 19

*Ana Carolina F. dos Santos, Ana Paula Perozzo,
Andréia Almeida Schneider, Claudia Haetinger,
Cynara Cezar Kopittke, Marney Paim Dias,
Roberto Melo de Souza e Roberto Ossig de Vasconcelos*

**02 | A CONSULTORIA PSQUIÁTRICA NA
EQUIPE DE TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO** 35

Alice Aita Cacilhas

**03 | CONTRATRANSFERÊNCIA COMO INSTRUMENTO
DIAGNÓSTICO EM PACIENTES BORDERLINE** 55

Letícia Picinin Machado Messinger

**04 | A SOLIDÃO E AS NOVAS ESTRUTURAS
DOS VÍNCULOS CONJUGAIS** 75

Gildo Katz

- 05 | O MECANISMO DA DESMENTIDA E A DOENÇA TERMINAL**93
Silvia Stifelman Katz
- 06 | SENTIMENTO DE CULPA: ORIGENS E DESENVOLVIMENTO** 103
José Ricardo Pinto de Abreu, Tatiane Gil Asnis, Deborah Fuzina, Luciana Cioffi e Camila Biazus
- 07 | AFERIR OU INFERIR?** 121
Fernando Ferreira de Souza e Mateus Frizzo Messinger
- 08 | PSICOTERAPIA COM PACIENTES E COM FAMILIARES DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS** 139
Nicole Campagnolo
- 09 | OS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E A PRÁTICA PSICOTERÁPICA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA CONTEMPORÂNEA** 163
Gley Costa

APRESENTAÇÃO

A Fundação Universitária Mário Martins, 30 anos: resumo histórico, ensino e assistência.

O tempo passou muito depressa... Nem parece, mas chegamos aos trinta! Como editor do Boletim da FUMM, produzi as edições de aniversário dos 10, dos 20 anos, e agora coube-me a honra de escrever um texto, a pedido, no ano em que celebraremos os 30 anos. Aceitei de pronto, pois é muito bom relembrar um trabalho exitoso.

O início foi difícil, mas nunca faltaram amigos e colaboradores, que foram fundamentais, sobretudo nos primeiros tempos. Nascia em 1987 o Centro de Estudos Psiquiátricos Mário Martins, logo conhecido como Mário Martins, que progrediu rapidamente. Sua principal finalidade era a de ser um local de estudo, trabalho e capacitação dos alunos do curso de Pós-Graduação Médica em Psiquiatria da Fundação Carlos Chagas.

Em 1989 o Mário Martins passou a denominar-se Instituto Mário Martins, abrangendo uma área de interesses psiquiátricos e culturais mais ampla, estabelecendo intercâmbio com áreas afins da especialidade. Notabilizava-se pelo serviço ambulatorial de psiquiatria clínica e psicoterapia oferecido à comunidade, de onde provinham os recursos financeiros da instituição.

Em 1993 começou o curso de Psicoterapia, destinado a psicólogos, que foi uma consequência natural da abertura e nova abrangência da instituição.

O Mário Martins, em 1994, transformou-se em fundação, passando a chamar-se Fundação Instituto Mário Martins. Obteve o reconhecimento de entidade de utilidade pública sem fins lucrativos. Havia pouco tempo e gozava de prestígio, que no início estava em grande parte ancorado na figura dos doutores David Zimmermann, Antônio Luís Bento Mostardeira, Odon Cavalcante, Aínda Zimmermann, todos professores do Departamento de Psiquiatria da UFRGS. Além desses, tiveram papel de grande importância os doutores Gley Costa, Gildo Katz e José Facundo de Oliveira. Entre os fundadores, encontram-se também outros professores e os alunos do curso de Especialização em Psiquiatria.

Em 1995 a Mário Martins já contava com inúmeros programas de intercâmbio científico e de mútua colaboração com universidades do estado e do exterior. Nesse momento, passou a ter a denominação atual de Fundação Universitária Mário Martins, tendo autorização de funcionamento de residência médica em psiquiatria pelo MEC, a qual começou com seis residentes pagos com recursos próprios da instituição.

Além da residência e dos cursos de especialização, a FUMM oferece estágios nas áreas de psiquiatria e psicologia, nas suas três unidades de atendimento em Porto Alegre. Estas contam com 23 consultórios, onde são prestadas, em média, 3.000 consultas ao mês, abrangendo as mais diversas demandas psiquiá-

tricas e psicológicas, com abordagem clínica tanto psicofarmacológica como psicoterápica. O atendimento abrange todas as faixas etárias, bem como famílias e vínculos.

Enfim, a Fundação Universitária Mário Martins é uma história boa de ser contada... Muito bom compartilhar com os leitores.

José Ricardo Pinto de Abreu

Presidente do Centro de Estudos Mário Martins (CEMM)

“O complexo fraterno: irmão, para que te quero?”

**Ana Carolina F. dos Santos, Ana Paula Perozzo,
Andréia Almeida Schneider, Claudia Haetinger,
Cynara Cezar Kopittke, Marney Paim Dias,
Roberto Melo de Souza e
Roberto Ossig de Vasconcelos**

A merecida importância dedicada ao “complexo de Édipo” como eixo central e paradigmático da psicanálise resultou num ofuscamento do valor de um eixo lateral, também fundamental, o “complexo fraterno”, que, embora possa se articular à problemática edípica, tem especificidade própria, não sendo mera consequência ou ramificação daquele.

O “complexo fraterno” remete aos sentimentos de ódio e hostilidade, bem como aos desejos amorosos, narcisistas e objetais em relação ao outro que o sujeito reconhece como irmão ou irmã. No caso do filho único, a inexistência de irmãos não impede sua função estruturante, que é vivida com irmãos imaginários. Esses sentimentos e desejos, conscientes ou recalçados, não são equivalentes aos que são dirigidos aos pais; manifestam-se diferentemente, e sua interdição é mais branda do que a interdição edípica (MITCHEL, 2001).

O triângulo pré-edípico implicado no “complexo fraterno” é uma ideia introduzida por Lacan para designar a relação “mãe-criança-falo”. O falo representa, no plano imaginário, o objeto do desejo da mãe,

frente ao qual a criança se situa e se identifica. Nesse estágio, o pai ainda não é percebido como um terceiro, não se constituindo em rival portador do falo, com poder de interdição. O pai está presente no campo psíquico por referência metafórica introduzida pela mãe (Käes, 2005).

Mas então, qual é a natureza do rival pré-edípico? Trata-se de um objeto parcial, como um irmãozinho ou irmãzinha, ou qualquer outro objeto que tenha valor de transposição nas equações das pulsões parciais (Käes, 1993). Portanto, no triângulo pré-edípico, os objetos, os desejos e suas interdições, as identificações e a rivalidade não são os mesmos do triângulo edípico. Seus determinantes se relacionam a dois conceitos freudianos: o conceito do “duplo”, referido no “Estranho” (1919), e o “complexo de semelhante”, descrito no Projeto (1950 [1895]).

Na passagem do autoerotismo ao narcisismo, graças a uma coligação das zonas erógenas, organiza-se uma unidade (representação-corpo) que passa a receber os investimentos libidinais, estruturando um “ego de prazer purificado”. Esse ego, ainda incipiente e sem o recurso da palavra, promove uma nova ação psíquica, projetando seus processos inconscientes e fundando uma primeira exterioridade, uma primeira realidade sensorial. Nesse espaço de projeção, o ego cria um duplo sobre o qual recai o narcisismo inicialmente colocado no corpo, configurando-lhe um modelo (o que o ego quer ser) com o qual o ego estabelece identificação primária. Ao apropriar-se identificatoriamente do que foi projetado, o ego extrai do modelo

uma imagem na qual se reencontra com suas próprias moções pulsionais inconscientes, obtendo desse processo o sentimento de si (Maldivsky, 1992).

Posteriormente, também por projeção, o ego produz outros três tipos de duplo diferentes do modelo, mas que, assim como ele, são fruto do narcisismo primário e estão a serviço de sua sustentação, representando uma segurança contra a destruição do ego. Eles se diferenciam pelo tipo de representação-corpo projetado no mundo sensorial, e são o duplo como espírito (fase oral primária), o duplo como sombra (fase oral secundária) e o duplo como imagem (fase anal primária). Quando o narcisismo primário é superado, o duplo tem seu sentido invertido e, de garantia de imortalidade, se transforma no estranho que anuncia a morte (Freud, 1919).

Com o advento de um pré-consciente verbal capaz de nomear de forma diversa ao próprio ego e ao outro, desenvolve-se uma forma de pensar que estabelece traços distintivos, denominada por Freud de pensamento judicativo ou identificatório. O pensar judicativo produz o "complexo do semelhante", que constitui a produção psíquica de um irmão, de um outro diferente do ego, para o qual se voltam a inveja e o ciúme pelo amor da mãe. Decorre de uma disjunção no vínculo prévio de duplicação com um irmão do qual o ego era imagem e que era para ele um espelho. O semelhante é um igual, porém distinto, porque, ao mesmo tempo em que têm predicados comuns, tem um núcleo irreduzível ao ego. Segundo Freud (1919),

o “complexo do semelhante” é a primeira aparição do “estranho” na infância.

O confronto com esse outro intruso que está em relação de reciprocidade dá origem ao “complexo fraterno”, que comporta compromissos narcisistas consideráveis que podem interferir nos conflitos edípicos, pois os pais ocupam importante posição no sistema narcisista do filho, sendo os primeiros “herdeiros” de seu narcisismo primário. Consequentemente, são também os responsáveis pelo ressentimento decorrente do narcisismo perdido ao qual todo sujeito busca voltar.

Juliet Mitchel (2001), seguindo a Freud na ideia de que o ódio é mais antigo que o amor, propõe que o desejo de matar o irmão precede o amor e/ou a sexualidade dirigida a ele. O desalojamento causado pelo irmão evoca o desejo de matar ou ser morto. É o ódio que faz a primeira marca psíquica, e é o extermínio de um pelo outro que precisa ser psiquicamente manejado. A proibição do homicídio e, principalmente, a do suicídio, implica na repressão do desejo que se torna inconsciente, retornando de forma distorcida ou transformada em movimentos de competição e rivalidade.

Tornando o tema ainda mais complexo, Mitchel introduz a questão do ódio na relação primária mãe/bebê, referindo Winnicott na ideia de que “o ódio da mãe para com o bebê é anterior ao ódio do bebê para com a mãe” (Mitchel, p. 389). A autora questiona de onde viria esse ódio da mãe, e sugere que o bebê odiado é um duplo do irmão que a mãe odiou na infância.

A relação do sujeito com seu duplo se evidencia no desdobramento narcisista que recai sobre o irmão. A singularidade do complexo provém do interjogo que cada sujeito estabelece entre os vários tipos de duplo e que, dentro de uma dinâmica narcisista, cria sua fantasmática particular que pode se manifestar por meio de fantasias fratricidas, fantasias de furto e excomunhão, fantasias de gemelaridade, fantasias de bissexualidade, de complementariedade e de confraternidade, algumas das quais analisaremos a seguir.

As fantasias fratricidas, ligadas ao desejo de matar o irmão, advêm do ódio ao rival pelo amor dos pais. Olhemos a história de Hitler. Adolf Hitler teve cinco irmãos. Alois, filho do primeiro casamento do pai e que levava o seu nome, sempre foi um problema, não aceitando a autoridade paterna. Do segundo casamento, os três irmãos que antecederam Adolf morreram antes dos 2 anos, e Edmund, o caçula, morreu aos 6 anos, de sarampo, no mesmo ano em que Alois, então com 16 anos, foi preso. Adolf, único sobrevivente da prole de sua mãe, restou como um prêmio, enquanto Alois, o "ovelha negra", foi apagado da vida do pai, que depositou em Adolf todos os seus sonhos e esperanças. A morte de quatro filhos, bem como o destino proscrito de Alois, devastaram e desmoralizaram a família Hitler.

Aos 11 anos, Adolf recebe o peso de substituir a todos os irmãos. Há testemunhos de que o luto por Edmund foi complicado e tortuoso, e desde então, o menino apresentou mudanças radicais: de ótimo aluno, passou a ser um inadaptado, malévolo, desordeiro

e desafiante que desprezava autoridades, parecendo saborear as críticas e os castigos que seu comportamento provocava. Passou a ter conflitos com o pai, ainda que a mãe tenha se aferrado com mais força a ele. Dividido entre as demandas do pai para que se convertesse no substituto perfeito e o apelo a identificar-se com Alois, o irmão que sobrou, Adolf ensimesmou-se e tornou-se abertamente hostil às expectativas de todos. A condição de substituição quádrupla num contexto de superproteção materna e rigor paterno pode ter sido fator fundamental no desenvolvimento do sadismo de Hitler e em sua afirmação arrogante de superioridade e invulnerabilidade.

As situações traumáticas que envolvem a morte ou uma patologia de um irmão tendem a intensificar os remorsos e os ressentimentos fraternos. O irmão sadio ou sobrevivente costuma ser o guardião e o mediador que regula o equilíbrio do narcisismo familiar, transitando entre as necessidades de apoio dos pais e do irmão. Essa missão heroica nutre o ego ideal, mas tem um caráter ambivalente: por um lado, deve ser competente e brilhante, para compensar a sombra de seu duplo enfermo ou perdido, estancando as feridas do narcisismo parental; por outro, precisa renunciar a seus componentes agressivos vitais e reprimi-los. Demonstrar agressão a um irmão doente ou morto o transforma num perverso cruel. Os ressentimentos contidos acabam se manifestando, muitas vezes, em doenças psicossomáticas que mascaram e ao mesmo tempo exteriorizam os afetos que não podem ser conscientes.

Kancyper (1994) propõe chamar esse irmão sobrevivente de “sobremorrente”, pois vive para se reassegurar de que não sofrerá o mesmo destino do irmão morto que o persegue. O “sobremorrente”, embora evite o desprazer, não busca o prazer, num incessante sofrimento. Essa fantasmática o mantém aprisionado a um passado marcado por sentimentos de pânico, desproteção e inquietude, decorrentes da permanência desse duplo estranho que perturba a estruturação de seu processo de identidade.

Dessa perspectiva, a luta contra os judeus significaria para Hitler uma guerra fratricida. O judeu é o outro a ser extinto, como a encarnação do mal, porque representa ele mesmo, o idêntico. O judeu é o irmão/estranho necessário como depositário do ódio e como sustentação da rivalidade fratricida entre os pretendentes à escolha do pai. Em sua posição de herói “sobremorrente”, Hitler assumiu, numa elaboração paranoica, a missão de recuperar a honra ferida da família, salvar a si e aos pais do destino fatal dos irmãos mortos, os quais se converteram em inimigos potenciais, uma multidão de mortos-vivos que passaram a persegui-lo. O temor à represália leva-o à construção de um sistema delirante de ataque e controle (campos de concentração) para deter e exterminar os irmãos ominosos e retaliadores representados pelos judeus, os filhos eleitos do pai Deus.

Quanto às fantasias de furto e excomunhão, colocam em cena a eleição do “filho preferido”. O lugar do preferido oferece o ônus de tornar-se o irmão usurpador que monopoliza as melhores condições do

meio familiar, apoderando-se do que é mais valioso no projeto identificatório dos pais. A história de Freud ilustra, em certos aspectos, essa condição.

Freud teve sete irmãos do segundo casamento do pai. O primogênito Julius morreu aos 9 anos, quando Freud tinha 1 ano e 7 meses. Depois vieram cinco irmãos (Anna, Rosa, Maria, Adolfinia e Paula), e por último Alexander, 10 anos mais novo. Uma das lembranças mais precoces de Freud refere-se aos sentimentos de culpa que havia experimentado pelos desejos de morte dirigidos a Julius. Freud manifestava evidentes remorsos e ressentimentos relacionados a esse luto precoce mal elaborado. Esses aspectos foram ressignificados nos vínculos conflitivos que manteve com os outros irmãos e, sobretudo, com John, seu sobrinho, apenas um ano mais velho que ele. John era filho de Emmanuel, irmão do primeiro casamento do pai, e foi como um irmão mais velho para Freud, que admite que a formação de seu caráter foi condicionada pela ambivalência em relação a John.

O pai de Freud fracassou nos negócios e foi uma figura débil no contexto familiar. Sigmund era o filho preferido, por seus talentos particulares. Apoiado pela mãe, superou o pai passivo e colocou-se na cabeça do grupo, convertendo-se no irmão parental que suplantava o pai na relação com os irmãos. Não era questionado em sua dominação nem em seus privilégios, tendo um quarto somente para si, enquanto os outros se amontoavam. Os irmãos eram uma espécie de incômodo para ele, pessoas que precisava tolerar e que lhe deviam admiração. Relacionava-se mais com

amigos e companheiros intelectuais do que com os irmãos. Proibiu as irmãs de tocar piano, com isso negando-lhes a oportunidade de participar da sociedade. Assim como dominava os irmãos, Freud também tinha a necessidade de dominar seus pares intelectuais. Quando não conseguia se impor, tratava de eliminar ou ignorar os seus competidores.

A eleição do filho preferido é uma condição que incrementa a rivalidade, o ciúme e a inveja entre irmãos e define, dialeticamente, o "irmão desprovido", ou seja, aquele que não recebeu uma herança suficiente de potencialidades necessárias a sua realização pessoal, e que fica posicionado como um "rancoroso indivíduo de segunda categoria". Isso lhe dá direito à represália sobre o irmão beneficiado e ladrão, ao mesmo tempo em que adquire algum sentimento de superioridade que permite punir e atormentar o privilegiado. As queixas e recriminações do irmão injuriado acarretam remorsos no irmão preferido, o que é reforçado por suas próprias fantasias de furto manifestas ou latentes (Kancyper, 1994).

Nas fantasias de gemelaridade, configura-se o desdobramento narcisista, a fusão e a indiferenciação parcial entre irmãos. O gêmeo é um duplo maravilhoso, ao mesmo tempo em que tem a marca do estranho. Personifica o problema ligado ao sentimento de identidade em sua relação com o narcisismo e a pulsão de morte – manifesto na fantasia do gêmeo imaginário. A cena fantasmática nos gêmeos implica em um só espaço, um só tempo e uma única possibilidade; portanto, se um é belo, o outro é feio, ou, se um é

inteligente, o outro é "burro". Essa dimensão de sacrifício entre os gêmeos se deve a uma superposição entre as fantasias de furto e as fantasias de simbiose, em que há fusão e confusão de atribuição e apropriação mútuas de papéis e funções. Esse duplo é um corpo estranho que se instala no ego como um inquilino violentador que impede o ego de ser dono do que é seu, escravizando-o. Os limites entre o eu e a alteridade ficam borrados, gerando angústias confusionais. O irmão pode ser percebido como alguém com poderes mágicos de se apropriar dos atributos do outro, mas também representa, exterioriza e localiza aquilo que não se quer ver em si mesmo (Kancyper, 1994).

Os aspectos até aqui salientados nos expõem o maior dilema humano, que é a transformação do ódio em amor, da rivalidade em solidariedade, da destruição em construção. Freud, preocupado em entender o complexo processo de socialização do homem, propôs algumas condições necessárias à organização dos grupos e instituições a partir do vínculo intersubjetivo. Uma delas é a supressão das tendências agressivas, enunciada em *Totem e tabu* (1912), em que Freud postula que o primeiro movimento humano é de hostilidade. Após o assassinato e a devoração do violento pai da horda primitiva, o grupo de irmãos se identifica com ele e toma contato com a ternura pelo pai, que também era amado e admirado. Surge o arrependimento sentido em comum pelos irmãos, e dele resulta uma consciência de culpa que será a base das religiões, da ética e de toda organização social (Freud, 1912, p. 147). Para poder preservar a organização que

os tornara fortes e evitar a destruição de uns pelos outros, os irmãos tiveram que proibir o assassinato e o incesto, consolidando dessa forma a solidariedade entre todos os membros do mesmo clã. Os sentimentos fraternos sociais que levaram à fundamental transformação da horda em grupo exercem, desde então, profunda influência sobre o desenvolvimento da sociedade.

No artigo *Sobre alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e na homossexualidade* (1922), Freud formula a tese de que os sentimentos sociais, bem como a homossexualidade, têm raízes nos sentimentos de rivalidade violentos e em impulsos homicidas, componentes do que chamou de *complexo materno*, e que uma vez dominados e reprimidos dão lugar a que o objeto rival odiado possa ser amado ou fonte de identificação. Resultam desse processo os sentimentos de ciúme e competição.

Mais tarde, em *O Ego e o Id* (1923), reafirma sua tese, enriquecendo-a com ideias derivadas do conceito de pulsão de morte:

Os sentimentos sociais surgem no indivíduo como uma superestrutura construída sobre impulsos de rivalidade ciumenta contra seus irmãos e irmãs. Visto que a hostilidade não pode ser satisfeita, desenvolve-se uma identificação com o rival anterior. (FREUD, ESB, v. XIX, p. 52).

A rivalidade só cede sob a influência da educação e em consequência de uma persistente impotência para realizar os desejos de morte contra os irmãos. A repressão desses desejos, desenlace esperado da ligação com a mãe, está na gênese individual das pul-

sões sociais. Elas não resultam de sublimação, embora se aproximem disso, porque as metas sexuais nunca são totalmente abandonadas. Os sentimentos de identificação, tanto de natureza terna como social, nascem de formações reativas contra os impulsos de agressão reprimidos. O fato de não ser possível uma dessexualização completa desses impulsos sempre deixa uma via de retorno do amor homossexual em projeções odiosas, persecutórias e megalomaniacas sobre os rivais, a menos que isso possa ser projetado para fora do grupo, por deflexão em um duplo, o que permite a preservação da unidade grupal e dos vínculos fraternos.

Uma segunda condição de organização grupal proposta por Freud pressupõe que os laços de identificação entre os membros excluam a satisfação sexual. Com relação a isso, Juliet Mitchel (2001) afirma que o tabu do incesto entre irmãos é mais brando do que entre pais e filhos, e refere haver certo consentimento nos jogos sexuais infantis, vistos como normais. A clínica expõe com alguma frequência o relacionamento sexual entre irmãos em que pode haver ausência total de culpa ou falta de noção de que haja algo errado nisso. A autora sugere que os terapeutas que enfrentam essas situações tendem a enfatizar a atitude de negligência dos pais, mais do que o incesto. Somente quando a concepção de um filho entre irmãos acontece é que o horror e o medo de uma prole monstruosa se manifestam.

Mitchel (2001) acrescenta que o desejo sexual entre irmãos é diferente do desejo sexual edípico em

uma característica significativa. Enquanto no “complexo de Édipo” aparece o desejo de fazer bebês, de ter um bebê com o progenitor do sexo oposto, na relação entre irmãos não existiria impulso reprodutivo. Para essa autora, a sexualidade entre irmãos envolve relacionar-se com alguém que é vivenciado como o mesmo, uma continuação do gêmeo imaginário que funciona como espécie de conforto para a solidão. No entanto, pode significar também alguém cuja diferença se quer destruir pela ameaça que representa ao self, situação em que o impulso homicida e a sexualidade se unem contra essa ameaça, como testemunham os estupros durante as guerras.

Numa alusão à “lei do Pai” proposta por Lacan, que é a lei que interdita a relação do filho com a mãe via ameaça de castração, Mitchel (2001) propõe a “lei da Mãe”, que é a lei que opera na interdição do impulso homicida e do incesto entre irmãos. Enquanto a “lei do Pai” permite o acesso da criança à linguagem, ao mundo simbólico, a “lei da Mãe” introduz uma disposição em série que organiza a relação entre os iguais, operando tanto lateralmente na diferenciação dos filhos entre si e promovendo sua subjetivação, quanto verticalmente, diferenciando gerações e decretando que as crianças não podem ter bebês. Assim como o “complexo de Édipo” insere o sujeito na ordem cultural, o “complexo fraterno” o insere na ordem social.

Ana Carolina F. dos Santos

Psicóloga, Ex-aluna do Curso de Psicoterapia da FUMM

Ana Paula Perozzo

Psicóloga, Ex-estagiária da FUMM

Andréia Almeida Schneider

Psicóloga, Ex-estagiária da FUMM

Claudia Haetinger

Psicóloga formada PUC (1992), Especialista em psicoterapia pela FUMM (1995), Mestranda em Problemas e Patologias do Desvalimento pela UCES (Buenos Aires), Supervisora do curso de psicoterapia da FUMM, Membro do Instituto de Psicanálise da SBPdePA.

Cynara Cezar Kopittke

Psicóloga, Psicanalista, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA), Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo CEPdePA, Professora e Supervisora da Fundação Universitária Mário Martins (FUMM), Integrante do Grupo de Vínculos da FUMM, Integrante do Núcleo de Vínculos da SBPdePA, Coordenadora do grupo de estudos "Patologias do Desvalimento" na SBPdePA.

Marney Paim Dias

Psicóloga PUCRS, Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CEP de PA e FUMM, Especialista em Psicologia Clínica pelo CRPRS, Supervisora de Estágio de Psicologia Clínica e Coordenadora da Unidade Lindóia da FUMM.

Roberto Melo de Souza

Médico, Especialista em Psiquiatria pela FUMM

Roberto Ossig de Vasconcelos

Psicólogo Especialista em Psicoterapia FUMM, Psicanalista (em formação) SBPdePA, Professor, Supervisor e Coordenador do Ambulatório dos Transtornos Alimentares da FUMM

Referências

- FREUD, S. (1912). **Totem e tabu**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004.
- _____. (1919). **Lo Ominoso**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004.
- _____. (1922). **Sobre alguns mecanismos neuróticos no ciúme na paranóia e na homossexualidade**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004.
- _____. (1923). **O ego e o id** ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.
- KAËS, R. **El grupo y el sujeto del grupo**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.
- KAËS, R. **Os espaços psíquicos comuns e partilhados**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- KANCYPER, L. **Ressentimento e remorso: estudo psicanalítico**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1994.
- KANCYPER, L. **Confrontação de gerações – estudo psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. **Dicionário de psicanálise**. Martins Fontes Editora, 1970.
- MALDAVSKY, D. **Teoría y clínica de los procesos tóxicos**. Buenos Aires: AE., 1992
- MITCHEL, J. **Teria Édipo uma irmã? (A lei da Mãe)**
In: Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre, Vol 3/ n. 2, 2001.

A consultoria psiquiátrica na equipe de transplante renal pediátrico

Alice Aita Cacilhas

*“Por mais diversas que sejam suas interações,
por mais sutis que sejam suas interferências,
os ritmos corporais e os ritmos psíquicos
seguem caminhos bem distintos.”*

Danièle Brun

Introdução

A nefrologia pediátrica tem experimentado uma revolução em suas técnicas nos últimos anos. Os avanços da medicina na área dos transplantes, por exemplo, têm se refletido na sobrevida dos pacientes com insuficiência renal crônica (IRC). Entretanto, enquanto estudos sobre técnica, imunologia, histocompatibilidade e preservação do órgão a ser transplantado são cada vez mais frequentes, ainda é pequeno o conhecimento do que ocorre sob o ponto de vista emocional, neurocognitivo e psiquiátrico dos pacientes que necessitam e se submetem a um transplante renal; de suas famílias; bem como sobre a qualidade de vida pós-transplante.

Sabe-se que pacientes com patologias clínicas crônicas, adultos ou crianças, não estão isentos de apresentar comorbidade psiquiátrica. Sintomas emocionais e síndromes psiquiátricas, por alterarem em

algum nível o funcionamento mental, podem interferir de forma importante na aderência do paciente ao tratamento e, portanto, no êxito de um transplante. Esse é um fator de extrema importância não só pelo sofrimento individual e familiar que os sintomas emocionais e as possíveis complicações de uma não aderência adequada podem ocasionar, como também por se tratar de uma população para a qual o investimento médico é intenso e dispendioso. Acrescente-se ainda o envolvimento médico-cirúrgico de uma pessoa sadia, no caso de o doador ser vivo.

Pode-se inferir que toda essa problemática é aumentada quando tratamos de crianças e adolescentes em pleno processo de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. Limitações provocadas pela doença inicial podem interferir de forma significativa nesse processo, podendo ocasionar defasagem no desenvolvimento dessas **áreas em relação ao esperado para a respectiva idade cronológica, bem como criar lacunas nas áreas cognitiva e emocional, podendo comprometer o potencial e a qualidade de vida** desses pacientes.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva refletir sobre a contribuição que um psiquiatra pode trazer à equipe de nefrologia pediátrica e ao paciente com doença renal crônica em estágio avançado ou já transplantado e sua família.

O panorama atual

O transplante renal tem sido o tratamento de escolha para pacientes com IRC em estágio final. Alguns

estudos têm demonstrado que o transplante prolonga de forma significativa a vida de crianças e adolescentes com IRC, bem como parece determinar uma melhora sob o ponto de vista social, psicológico e escolar em relação a crianças mantidas em diálise crônica. Ainda assim, é pequeno o conhecimento do impacto emocional e cognitivo dessa população.

A maioria dos estudos baseia-se em abordagens psicométricas, que tendem a simplificar a complexa experiência pessoal desses pacientes e suas famílias. Embora importantes para conhecer certos aspectos dessa população, a maior parte desses estudos não reflete a realidade em nosso meio, pouco versa sobre as alterações na estrutura das famílias, a formação da identidade do paciente, bem como sobre comorbidades psiquiátricas em pacientes e familiares que passam pelo processo de uma doença renal crônica ou um transplante.

Sabe-se que o entendimento da mente humana requer tempo e percepção de uma gama de fatores subjetivos envolvidos na complexidade expressa nas relações interpessoais e nas vicissitudes próprias do desenvolvimento individual. É um entendimento delicado de ser objetivado pelas próprias características inerentes ao funcionamento psíquico humano, o que torna ainda mais difíceis os estudos nessa população.

O psiquiatra focalizando o problema

A primeira questão a ser levantada é que falar de crianças e adolescentes portadores de IRC é falar de uma alteração do curso natural da vida, tanto para elas

quanto para suas famílias. As constantes e múltiplas internações hospitalares, os diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que se submetem são situações, na maioria das vezes, desagradáveis, desconhecidas e/ou dolorosas. Impõem um estilo de vida diferente do que usualmente pensamos ser próprio da infância. Da mesma forma, ter um filho cronicamente doente pode inverter o sentido habitual da expectativa que se tem com a paternidade, de que os filhos viverão mais que os pais. Assim, a doença é uma situação traumática que passa a fazer parte do sistema psíquico do indivíduo, produzindo um corte na sua história pessoal.

O contato com a doença e a possibilidade da morte provocam no ser humano sentimentos de intensa angústia pela percepção de sua própria finitude, pelo medo do desconhecido e por reflexões sobre o significado que deu e dará agora a sua própria vida. Por meio desse contato, defronta-se com uma imensa fragilidade, à semelhança de um bebê indefeso, dependente e impotente diante da imensidão do mundo. A maneira como cada paciente/família lidará com esse “desconhecido” dependerá de muitos fatores. Alguns mais claros e outros mais obscuros, tanto para eles como para a equipe que os atende.

A família frente ao adoecer da criança

É difícil pensar nos aspectos emocionais de uma criança sem reportar-se ao núcleo familiar como um todo. O nascimento de um filho é recheado de expectativas. Desde um mais simples comentário como

“ele será jogador de futebol” – dito em consequência de um movimento intrauterino interpretado como um chute – até a expectativa de que nasça saudável, vários papéis e expectativas vão sendo depositados na criança, muitos dos quais representando desejos parentais muito primitivos ou fantasiosos.

As expectativas com a maternidade e a paternidade estão diretamente relacionadas à criança. Ser um bom pai ou boa mãe é um desejo humano cuja realização dependerá de muitos fatores, inclusive das experiências que tiveram com seus próprios pais (terem se sentido bons filhos ou não; terem sentido seus pais como bons pais ou não). Os filhos são assim, inevitavelmente, uma amálgama formada pelas vivências, desejos e expectativas de seus próprios pais, pelas suas próprias vivências e características pessoais e pelos fatores ambientais aos quais estão sujeitos.

Quando se instala uma doença, defronta-se com “um primeiro adoecer ou uma primeira morte”: a das expectativas de que o filho goze de perfeita saúde e de “que será tudo aquilo que foi imaginado para ele”. A doença é uma “tormenta” física que vem acompanhada por uma psíquica. Racionalmente muitos pais entendem os cuidados e seguem a prescrição. Entretanto, do ponto de vista da saúde mental, podem apresentar sérias dificuldades que passam despercebidas à equipe se não investigadas.

A presença de um fator como uma doença crônica interfere nas expectativas, nas interações familiares e pode determinar padrões muito específicos de relacionamento. Alguns pais conseguem, no decorrer do

tempo, lidar com essa realidade e modificar suas expectativas, tornando-as mais de acordo com as limitações que a doença traz. Para outros, entretanto, aqui já começa uma crise emocional com a qual não conseguem lidar. É como imaginarmos “uma tormenta” sem termos alguma esperança (algum recurso emocional) de que o tempo traga a “calmaria”. Isso pode ser expresso por meio de muitos sintomas emocionais ou muitas reações negativas em relação à equipe ou ao tratamento, como uma não aderência.

Exemplo 1: Uma maternidade diferente.

No primeiro contato com Ana, mãe de Gabriel, hoje com 8 anos, ouvimos:

“Desde que meu filho ficou doente, eu e meu marido fizemos de tudo para salvá-lo. Hoje fico feliz ao olhá-lo como uma criança transplantada há quatro anos e que nunca teve intercorrências importantes. Está na escola, tem amigos e, diferente do que eu pensava que seria, ele não demonstra problemas maiores com o fato de ser transplantado. Fala disso ‘numa boa’ com seus coleguinhas. Só que, como mãe, me sinto estranha com ele. Parece que a doença interrompeu o curso normal de nossa relação. Com meu outro filho, minhas preocupações são de outra ordem; consigo afagá-lo, apertá-lo, beijá-lo com mais espontaneidade. Com Gabriel, não, parece que sou uma mãe má, que estou sempre atrás cobrando se está tomando os remédios, se está se alimentando de forma correta. Certa vez, ele, percebendo-se disso, me disse que eu não o amava, que amava mais o irmão. Ele não

faz ideia do que eu abri mão na minha vida para vê-lo bem; e não me arrependo de nada. Só que reconheço que a maneira de eu me aproximar dele é com o cuidado com a doença, que sempre foi a preocupação mais forte na minha cabeça. Acho que ele tem razão, acabo por vezes sendo uma técnica, não uma mãe. Sei que ainda vai custar muito para que ele entenda que essa é a forma como consigo demonstrar o meu amor, se um dia ele conseguir entender. E isso dói em mim, porque sei o quanto seria importante eu fazer diferente. Só que eu também fui pega de surpresa nessa situação e, no meio da guerra que vivemos, foi essa a forma que achei para sobrevivermos. As famílias normalmente não passam por isso.”

Nesse relato, Ana mostra a emoção e o pesar diante de sua maternidade normal frustrada. Casualidade ou não, após restabelecido certo equilíbrio clínico – um transplante bem-sucedido –, Ana passou a padecer de uma importante alteração hormonal de causa desconhecida, cuja consequência é significativa apatia e falta de libido.

Raiva e culpa intensas são usualmente vistas nas famílias das crianças doentes. São sentimentos tão fortes que precisam ser descarregados. Nessa situação, é possível levantar a hipótese de que sentimentos negativos intensos passaram a ser “descarregados organicamente”, causando a alteração hormonal da mãe.

Danièle Brun¹³ salienta que uma criança em perigo de morte, amputada nas suas promessas e nas suas perspectivas de vida, põe a mãe também em perigo.

Ela dá à mãe a impressão de carregar a morte consigo. Evitar-lhe a morte não significa que muitas das promessas de vida que ela trazia em si não tenham sido destruídas. Uma melhora clínica não necessariamente traz um correspondente de mudança psíquica favorável. Se, por um lado, a família se contenta com as melhoras clínicas, por outro, ainda que racionalmente nos pareça paradoxal, pode padecer de intenso sofrimento mental por não conseguir se desvencilhar da impressão que o medo e a representação da morte da criança deixam em suas mentes, padrões psíquicos aos quais se acostumaram ao longo da doença.

Da mesma forma, melhorar do ponto de vista objetivo, clinicamente, não é o mesmo que recuperar aquele “filho perdido”, aquele cujas representações na mente dos pais, cujo potencial e as expectativas de vida foram interrompidas pelo adoecer. A melhora clínica está longe de trazer de volta aquela criança normal, e é para esta nova realidade psíquica que os pais terão de achar o equilíbrio como família e como indivíduos.

Os processos de desenvolvimento frente à doença

Crianças com doenças crônicas de início precoce levantam muitos questionamentos ainda pouco estudados na literatura: como se dá o processo de desenvolvimento cognitivo e emocional quando têm de se defrontar com a esperada crescente independização e busca de autonomia, próprias do desenvolvimento humano, diante de uma situação crônica de depen-

dência de cuidados e limitações? Como integram sua doença a suas vidas pessoais à imagem corporal, às expectativas de futuro? Como as alterações metabólicas que apresentam interferem no desenvolvimento neurocognitivo e emocional? Que papel representam para a família, que tem de cuidá-las de forma diferente daquela como se cuida de uma criança saudável?

Alguns estudos observaram que crianças que desenvolveram doença renal em idades muito precoces apresentavam rendimento intelectual mais baixo que as afetadas mais tardiamente. O início precoce também pode interferir na formação da capacidade simbólica, função que nos permite pensar e verbalizar o que sentimos. Assim, quanto mais velha for a criança ao adoecer, melhores deverão ser suas condições para lidar com o dano que a doença representa.

Quando a doença incide ou agrava-se mais tardiamente, outros fatores psíquicos entram em jogo. Na adolescência, por exemplo, a busca por uma identidade adulta e os mecanismos mentais que têm de ser trabalhados nesse processo podem se expressar na dificuldade com cuidados, com aspectos da sexualidade, ou mesmo na possibilidade de sentir-se bem em um convívio social com pessoas da mesma idade.

Exemplo 2: A criança que não pode crescer

A equipe de nefrologia pediátrica solicita consultoria psiquiátrica preocupada com o fato de Zeca, um menino de 9 anos, negar-se a comer alimentos sólidos e realizar sondagem vesical, por não controlar o esfíncter. Alimentar-se melhor e realizar sondagem se-

riam pré-requisitos básicos para que ele entrasse em lista de transplante renal. Portador de IRC e imperfução anal com colostomia, iniciou diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) aos 18 meses.

Zeca, fruto de um relacionamento extraconjugal do pai, perdeu a mãe quando tinha oito meses de idade. Foi, então, morar com a avó paterna, que recentemente havia perdido o marido. A chegada do menino foi muito festejada pela avó, que colocou um berço ao lado de sua cama, no qual o menino dorme até hoje.

Seu desenvolvimento psicomotor sempre foi atrasado: começou a andar com 3 anos; aos 7, não conhecia histórias infantis como “Os Três Porquinhos” ou “Chapeuzinho Vermelho”; aos 9, não sabia distinguir as cores; não conseguia desenhar uma pessoa com todos os membros e partes do rosto (nariz, boca e olhos); só com ajuda conseguia montar um quebra-cabeças de quatro peças. Nunca havia frequentado a escola.

Seu atraso de desenvolvimento era visível, não sendo difícil imaginar um retardo mental importante. A questão que se colocava era o quanto esse retardo era orgânico ou funcional. Foi observado que, ao mesmo tempo em que não apresentava noções mínimas de discriminação corporal e espaço-temporal (boca e sua função; noções de dentro/fora, na frente/atrás; sabores dos alimentos), eventualmente era capaz de dar respostas mais organizadas. Esses momentos eram ligados, de alguma forma, aos estímulos relacionados à sua doença, ao hospital ou, em menor proporção, a estímulos de programas de televisão, que via duran-

te as sessões de hemodiálise. Isso fez pensar que o contato com a equipe médica, a estrutura hospitalar e a disponibilidade familiar em torno da doença (raramente faltavam a uma consulta médica) ofereciam uma experiência de constância afetiva em sua vida.

Por outro lado, muitas daquelas situações usuais que estamos habituados a ver na vida de uma criança não estavam presentes na de Zeca. Este não tinha contato com outras crianças, parecendo também sua troca com os adultos ser mantida em nível que não acompanhava sua idade cronológica. Pelo menos do ponto de vista teórico, espera-se que a criança tenha vivência de alguns estímulos que darão a ela a base de experiência para a aquisição de inúmeros conceitos mentais que permitirão a simbolização.

Zeca foi atendido regularmente duas vezes por semana visando desenvolver funções muito primárias que se pensava que o ajudariam tanto para controle do esfíncter quanto para se alimentar melhor, o que, de fato, começou a acontecer gradativamente no segundo mês de atendimento. Hoje, dois anos depois, Zeca está transplantado e frequenta o jardim de infância. Sabe escrever seu nome, e seus desenhos estão evoluindo em qualidade.

Exemplo 3: A adolescência interferindo nos cuidados com a doença

Marco é um adolescente de 17 anos. Solicitou atendimento por sentir-se envergonhado com seu problema renal. Acha que vai ser discriminado em função dele. Tem medo de conversar com as pessoas (medo

de falar coisas erradas) e de fazer perguntas em aula. Não vai muito a festas, dizendo não ser “ligado” e também ter vergonha. Gosta de uma menina, já a pediu em namoro, mas ela não aceitou, e ele não sabe o porquê. Na escola, repetiu de ano, pois teve muitas faltas por internações, mas acha que, se tivesse estudado mais, teria passado.

Os pais são vistos como bons, mas “não o deixam sair, ir dormir em casa de amigos ou de familiares”. Marco acha que os pais não têm confiança nele, exemplificando que não o deixam sozinho em casa, achando que ele não vai tomar a medicação corretamente. Refere que há muita cobrança dos pais em relação à hora de tomar os remédios e gostaria que eles deixassem isso por conta dele. Assim, poderia tomá-los na hora que preferisse. Nega desentendimentos com os pais por saídas ou outras exigências adolescentes.

Marco mostra que os cuidados com a doença sofrem influência do momento de desenvolvimento pelo qual está passando. Portador de patologia controlada clinicamente desde a infância, sempre aderiu bem ao tratamento e teve um bom desenvolvimento. No processo de busca de identidade, próprio da adolescência, passou a tentar avaliar seus limites. Talvez por sentir-se “discriminado” ou “inferior esteticamente” aos outros – agora já mostrando alterações físicas em consequência da doença –, sua busca de autonomia se expressa mais fortemente no como fazer os cuidados prescritos. Ao achar que pode fazer como quiser, mostra um pensamento típico adolescente, no qual a onipotência impede que perceba os riscos que corre.

A criança com IRC e comorbidade psiquiátrica

Como foi salientado anteriormente, os pacientes clínicos não estão isentos de apresentar comorbidade psiquiátrica. Diante de tantas alterações clínicas, familiares e pessoais causadas pela doença de origem, por vezes torna-se difícil discernir o fator causal maior de determinados sintomas.

Ainda temos pouco conhecimento sobre os tipos de comorbidades mais frequentes nessa população. Entretanto, como certamente elas existem, não podemos deixar de investigá-las.

Exemplo 4: Depressão após o transplante

Alex, 11 anos, transplantado há um ano, tem história de nefropatia desde os 9 anos. Não foi registrada alteração de desenvolvimento; está na escola, onde tira boas notas. Algum tempo após o transplante, começou a apresentar intensa irritabilidade, segundo familiares, brigando com todos em casa e na escola. Informa que não sabe de onde vem essa irritação, dizendo "Dá um nervoso por dentro". Apresenta insônia e sintomas obsessivos. Tem história familiar de depressão e alcoolismo.

Foi diagnosticada depressão, e iniciou-se tratamento com antidepressivo. Um mês depois, Alex esbateu os sintomas depressivos, contando sentir-se bem melhor, voltando ao convívio social prévio ao transplante.

O paciente/família frente ao nefrologista

A relação de pacientes e familiares com a equipe médica de nefrologia apresenta peculiaridades importantes. Os médicos, ao mesmo tempo em que podem dar um destino diferente à IRC com suas técnicas especializadas, também podem estar no papel de “mensageiros das más notícias” sempre que a doença piora. A possibilidade de transplante torna mais complexa essa relação, já que, para muitos, mostrar os sentimentos negativos em relação à doença e à equipe, ou mesmo as dificuldades de realizar o tratamento como prescrito, pode criar a fantasia de que serão excluídos da possibilidade de realizar um transplante.

Exemplo 5: A diálise truncando a comunicação entre paciente e médico

A psiquiatra é contatada pela equipe para avaliar Carlos, um rapaz de 18 anos, com IRC desde a infância. A doença foi controlada clinicamente até alguns meses antes, quando Carlos precisou iniciar hemodiálise. É observado pela nefrologista que o relacionamento entre os dois sempre foi bom, que Carlos conversava com ela e trazia seus problemas. Desde a indicação de hemodiálise e, portanto, entrada na lista de transplante, percebeu que ele não mais falava com ela como antes; quando ela entrava na sala de hemodiálise, ele fechava os olhos como se estivesse dormindo, ou respondia laconicamente a suas perguntas, nunca se queixando de nada. Temia inclusive que ele não aceitasse ser avaliado pela psiquiatria.

Para surpresa de ambas as médicas, Carlos prontamente aceitou conversar com a psiquiatra quando esta fez contato. Na consulta, falou bastante e relatou, em relação à hemodiálise, várias queixas que até então não conseguira falar com sua médica assistente. Parecia estar desconfiado sobre se aquele tratamento realmente era bom, já que se sentia pior quando saía da sessão de diálise do que quando entrava. Também falou de sua angústia quanto à espera por um transplante e de como se sentia diferente de seus colegas de escola, os quais já trabalhavam, jogavam futebol com frequência e faziam planos para o futuro. Queixava-se de que, com a fístula, necessária para realizar a diálise, tinha que ter cuidado se jogasse futebol, e também que seus colegas reclamavam que ele não tinha resistência. Esperando um transplante, achava que ninguém o contrataria para um trabalho.

Conversando depois com a nefrologista, esta relata sua apreensão com o paciente e seu desconforto por ele estar assim com ela, mostrando-se sensível à provável causa desse "desajuste entre ambos", dizendo achar que, possivelmente, esteja ligado ao fato de ela ser a portadora das más notícias: ter que fazer diálise, mas ainda não ter um doador.

Aqui, a psiquiatra, por estar num campo mais neutro – não ser a responsável direta pela prescrição e pelas indicações de procedimentos dolorosos e desconhecidos –, pode ajudar o paciente a se reaproximar de seu médico, tentando ajudá-lo a perceber que seus sentimentos negativos fazem parte de um processo natural de lidar com a doença e assegurando que

essa aproximação auxiliará muito mais no processo de transplante, ao invés de excluí-lo, como, em geral, é a fantasia feita por pacientes nessa situação.

Comentários finais

Foram esboçadas aqui algumas observações realizadas no trabalho da consultoria psiquiátrica junto a uma equipe de transplante renal pediátrico, visando mostrar a diversidade de situações psíquicas com que nos defrontamos ao trabalhar com pacientes com IRC ou transplantados.

Entretanto, chama a atenção a escassez de bons estudos na literatura no que tange às áreas neurocognitiva e psicossocial desses pacientes e suas famílias, à qualidade de vida pós-transplante e aos critérios para avaliá-la, já que estes podem ser diferentes para médicos e pacientes. Isso remete à questão do que é buscado por cada um. "O paciente luta para entender a experiência do desconhecido, enquanto o médico luta para excluir a incerteza da experiência."¹

É da natureza humana, muitas vezes, buscar fórmulas, regras ou técnicas que "digam o que fazer", como forma de se "livrar" da angústia causada pelo desconhecido. E é aqui que o psiquiatra pode trazer sua maior ajuda à equipe clínica: achar outras formas de lidar com o desconhecido ou, quem sabe, conhecê-lo um pouquinho mais.

O objeto de estudo, de observação e de intervenção do nefrologista e do psiquiatra é o mesmo: a pessoa que está doente. O que nos difere concerne muito mais ao foco pelo qual abordamos do que ao objetivo

final: o tratamento com as técnicas mais adequadas. O importante é sabermos que não são focos excludentes, muito antes pelo contrário. Ao somarmos nosso instrumental e conhecimento, podemos buscar como “resultado final” uma visão mais global da situação e, possivelmente, um grau de satisfação maior para técnicos, pacientes e famílias.

Alice Aita Cacilhas

Médica, Psiquiatra pela UFRGS e Psicoterapeuta, Mestre em Psiquiatria pela UFRGS, Professora da FUMM e do Centro de Estudos Psiquiátricos Mário Martins, Coordenadora do Curso de Especialização em Psiquiatria Prof. David Zimmermann, Coordenadora dos Estágios Curriculares em Psiquiatria da FUMM.

Referências

- Wolff, G. **Pretransplantation and Posttransplantation Psychosocial Evaluation.** In: Tejani A, Fine R, eds. Pediatric Renal Transplantation. New York: Wiley-Liss, 1994, 109 -135.
- Apajasalo, M., Rautonen, J., Sintonen, H., Holmberg, C. **Health-related quality of life after organ transplantation in childhood.** Pediatric Transplantation, 1997, 1: 130 -137.
- Darbyshire P., Oster C. and Henning P. **Children's and young people's experiences of chronic renal disease: a review of the literature, methodological commentary and an alternative proposal.** Journal of Clinical Nursing, 2006;15,751–760.
- David B. Nicholas, Gail Picone and Enid K. Selkirk. **The Lived Experiences of Children and Adolescents With End-Stage Renal Disease.** Qualitative Health Research 2011;21(2) 162–173.
- Molnar-Varga M., Novak M., Szabo A.J., et al. **Neurocognitive functions of pediatric kidney transplant recipients pediatric nephrology.** 2016; 31;1531-1538.
- Romão Júnior JE, Ianhez LE, Pompeu AC, et al. **Transplante renal em crianças.** J Bras. Nefrol, 1984; 6(2), maio, 35-38.
- Schlebusch L, Pillay B, Louw J. **Depression and self-report disclosure after live related donor and cadaver renal transplants.** S Afr Med J. 1989; 75:490-493.
- Ferraris JR, Ramírez JA, Lejarraga H. **Crecimiento en pacientes con transplante renal.** Bol Med Hosp Infant Mex. 1988; 45(8): 485-490.

- Cole B. **The psychosocial implications of pre-emptive transplantation.** Pediatric Nephrol. 1991; 5:158-161.
- Vikas R. Dharnidharka, Paolo Fiorina, William E. Harmon. **Kidney Transplantation in Children.** Review article. The New England Journal of Medicine 2014; n engl j med 371;6 ; nejm.org august 7, 2014.
- Alvarez V, Mesa A, Benítez J, Guerra J. **Estudio psicológico de pacientes con trasplante renal realizado en edad pediátrica.** Rev Cubana Pediatr 1988; 60(2):24-31.
- Jeifetz M. La insuficiencia renal en niños. **Aspectos psicológicos del tratamiento de hemodiálisis y del trasplante renal.** Rev. Nefrol., Dial. Y Transpl. 1987; n.18- julio : 41-47.
- Brun, D. **A criança dada por morta – Riscos psíquicos da cura.** São Paulo: Casa do Psicólogo Ed. Ltda, 1996.

Contratransferência como instrumento diagnóstico em pacientes borderline¹

Letícia Picinin Machado Messinger

Introdução

Contratransferência é definida como “conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, a transferência deste” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 103). O conceito ganhou relevância a partir da segunda metade do século XX, devido à importância maior do terapeuta nos processos de mudança terapêutica. Definir o termo traz algumas dificuldades e polêmica, pois é uma noção entendida de diversas maneiras, segundo o aspecto teórico que se considere. No entanto, a evolução conceitual da contratransferência permite hierarquizar dois de seus sentidos: um deles é restrito, com origem no desenvolvimento de Freud sobre o tema, e considera a contratransferência um fenômeno pontual na terapia e um obstáculo a ser superado:

“Um modo de participação inconsciente do analista no processo transferencial-contratransferencial, cujos efeitos no tratamento necessitam ser esclarecidos para que o trabalho analítico possa continuar se desenvolvendo adequadamente” (DE LEÓN e BERNARDI, 2000, p. 14; DE LEÓN e BERNARDI, 2005, p. 24 apud ZASLAVSKY, SANTOS e cols., 2006, p. 18).

1 Trabalho de Conclusão da Residência em Psiquiatria da FUMM, 2009, sob orientação do Prof. Dr. Nelson Asnis, ganhador do Prêmio Prof. Antônio Mostardeiro – 2009.

Nesse caso, a contratransferência acaba se restringindo à reação inconsciente do terapeuta à transferência do paciente.

Há, no entanto, um sentido amplo, que tem entre as principais contribuições as de Racker e Heimann e que considera a contratransferência uma resposta global do terapeuta ao paciente, uma dimensão constante da análise e um instrumento imprescindível no processo interpretativo. Pode ser definida como:

“A disposição ou reação consciente ou inconsciente do analista diante do paciente em determinado período do tratamento” (DE LEÓN e BERNARDI, 2000, p. 14; DE LEÓN e BERNARDI, 2005, p. 24 apud ZASLAVSKY, SANTOS e cols., 2006, p. 18).

Paciente e terapeuta têm subjetividades distintas que interagem de modo significativo no encontro analítico, ocorrendo comunicações em nível verbal e não verbal, intencionais ou não. A contratransferência permite que o terapeuta, por meio de seus sentimentos e da sua subjetividade, seja informado de muitos aspectos do mundo interno do paciente, e apenas ao tornar consciente, ou seja, pensar o que sentiu, pode o terapeuta interpretar para o paciente o que está acontecendo entre os dois.

Na prática clínica, é comum o encontro com pacientes que apresentam “instabilidade estável” ao longo do curso de sua doença. São chamados limítrofes ou borderline, afecções psicopatológicas situadas no limite entre neurose e psicose, por vezes, transitando entre elas.

Na década de 70, Gunderson e Singer revisaram a literatura existente sobre patologia borderline para determinar a confiabilidade diagnóstica dessa entidade nosográfica:

Borderline é uma entidade separada e autônoma, determinada por características que lhe eram as mais comuns e que constituíam sua forma de apresentação clínica. Eles destacavam a presença de afetos depressivos ou francamente hostis, condutas impulsivas, boa adaptação social, experiências psicóticas breves, alterações nos testes psicológicos e nas relações interpessoais. (ZASLAVSKY, SANTOS e COLS., 2006, p. 104).

Esse grupo de pacientes foi classificado nos transtornos de personalidade no Eixo II do DSM-IV, diferenciando-se do conceito de Kernberg, que acredita que a maioria dos transtornos do eixo II do DSM-IV são passíveis de classificação como organizações borderline da personalidade, ou seja, tem uma visão mais ampla do conceito, a partir da definição de um critério estrutural para a organização borderline de personalidade, que representa uma modalidade de funcionamento particular do aparelho psíquico.

O trabalho com esses pacientes em psicoterapia se mostra um desafio, sendo o manejo de sentimentos contratransferenciais intensos e a condução de forma adequada determinantes para a obtenção de resultados construtivos.

O presente estudo avalia, em três situações clínicas, a ocorrência de reações contratransferenciais de grande magnitude no *setting* terapêutico. Em seguida, discute-se a contribuição de diversos autores no

estudo da contratransferência como ferramenta de diagnóstico e trabalho com pacientes borderline.

Contratransferência em pacientes borderline

Adolph Stern, há aproximadamente setenta anos, já descrevia as dificuldades do intenso impacto emocional que esses pacientes despertavam na tarefa psicanalítica. Ele atribuía a origem desses sofrimentos psíquicos a severas perturbações ambientais, caracterizadas por uma natureza traumática. Percebe-se, portanto, que as primeiras descrições da abordagem de pacientes borderline estavam centradas nas reações contratransferenciais atípicas dos terapeutas; as descrições originais permaneceram em vigência como a classificação etiológica, ligada a condições e situações traumáticas de todo o ambiente durante o desenvolvimento do sujeito.

Há um padrão repetitivo transferencial, que irá possibilitar o desenrolar de manifestações contratransferenciais caracterizadas pela intensidade das emoções em jogo e pela dificuldade do terapeuta de pensar sobre o material clínico. Uma revisão de autores sobre contratransferência em pacientes borderline foi desenvolvida por Zaslavsky, Santos e cols. (2006, p. 108-111), fazendo referência a acréscimos trazidos ao conceito por importantes autores:

- Bion, com o comprometimento da integridade da mente do analista, ao definir o conceito de ataque ao vínculo;
- Racker, referindo o conceito de contratransferência complementar, útil para compreender as identi-

ficações complementares com os aspectos mentais cindidos dos pacientes borderline;

- Kernberg, a respeito de manifestações persistentes durante o processo psicoterapêutico, que obedecem ao tipo de relações de objeto internalizadas durante o seu desenvolvimento e se desenrolam durante o processo transferencial, condicionando as características da contratransferência;
- Searles, postulando que a tolerância das emoções vividas na contratransferência provoca certa ansiedade no terapeuta, necessária do ponto de vista terapêutico para que o profissional, ao perceber essa falta de diferenciação do paciente, possa realizar o processo de integração em sua própria mente, para que depois se desenrole no paciente;
- Boyer, em referência à utilização da contratransferência como provocador, por meio da interpretação, da recuperação das memórias mais primitivamente excluídas e, com isso, uma profunda mudança na estruturação psíquica;
- Carpy, que sugere que o terapeuta deve tolerar as projeções maciças que esses pacientes tentam eliminar de suas mentes, pois isso permitirá uma mudança progressiva por meio do processo interpretativo; e
- Meissner, reforçando que pacientes borderline costumam ser muito intuitivos na percepção das necessidades inconscientes das outras pessoas e do próprio terapeuta.

Ao trabalhar-se com a contratransferência em pacientes borderline, o desafio que se impõe, comum às descrições dos autores citados, é o da manutenção da integridade do setting e da capacidade de processamento de tão intensas sensações evocadas no psiquismo do terapeuta, catalisador de vivências

desintegradas e cindidas em extremos. São comuns sensações como impotência, medo, raiva, fadiga e vazio na vivência do profissional em primeiros contatos com esses pacientes, o que se torna particularmente difícil em terapeutas em início de formação. Esses sentimentos são representações ligadas a relações de objeto superficiais ou intensamente dependentes, com severa intolerância frente à ambivalência, sendo que a agressão caracteriza as relações interpessoais comuns.

Serão apresentadas, a seguir, três vinhetas de casos clínicos em que é possível perceber a evocação de sentimentos contratransferenciais característicos no terapeuta, com perturbação do *setting* e expressão de riscos ao andamento construtivo do processo terapêutico.

Estudo de casos

Caso clínico A

Fabiana é uma mulher jovem, que vem encaminhada para seguir acompanhamento, o que já realizava na instituição. Já tivera outros tratamentos prévios. Vem às sessões e traz, de maneira angustiada e repetitiva, sua preocupação e dificuldade de lidar com a filha, além da sua relação extremamente dependente com a mãe, despertando a necessidade de acolhimento às suas dificuldades, ao seu sofrimento. No entanto, alternava essas sessões com constantes faltas, questionamentos sobre minha formação, não pagamento dos honorários, superficialidade nos assuntos, geran-

do em mim raiva, vontade de não atendê-la. Não conseguia vir a mais de duas sessões seguidas, trazendo-me angústia e um sentimento de incompetência. No entanto, ao tentar abordar o assunto, a paciente mostrava-se muito persecutória, com sentimentos de insegurança dirigidos a mim. Além disso, tinha muita dificuldade de manter limites, acordos, demonstrando isso pelo uso irregular das medicações e tentativas de mudança do seu horário, despertando irritação. A tolerância a esses sentimentos ao longo de um período trabalhoso de vinculação permitiu à paciente manter-se em tratamento.

Caso clínico B

Carla é uma mulher jovem com uma expressão muito pouco receptiva. Nas primeiras consultas, após a mudança de médica e a necessidade de recontar sua história e fazer novo vínculo, apresenta-se tranquila na recepção. No entanto, durante o decorrer das sessões, tem crises de choro que expressam um sentimento muito forte de abandono e de necessidade de ajuda; não cede espaço à aproximação, e, com isso, fico muito angustiada e paralisada pelo sentimento de impotência diante de tanto sofrimento. Traz, inicialmente, sentimentos de raiva muito intensos em relação ao pai, ainda mais acentuado pelo seu atual relacionamento, que o pai não aceita e, com isso, lhe restringiu algumas coisas. A mãe é descrita como alguém que lhe dá mensagens duplas, o que lhe dificulta entender o significado das coisas. Preocupa-se muito com o avanço da sua idade sem ter um relacionamen-

to seguro e mostra grande desamparo e insegurança vivenciados com a passagem do tempo. Alterna expressões de respeito e carinho com raiva intensa do pai, o que repete comigo nas sessões. Diz se sentir sozinha, sem poder dividir suas angústias; no entanto, ao perceber que eu possa estar tentando ajudá-la, desqualifica a terapia, não vem às sessões, parecendo temer minha aproximação.

Ao término de um relacionamento, pede sessões extras com urgência voraz, expressando uma necessidade de cuidado tal que gera forte sentimento de fadiga. Após alguns meses de terapia, por meio de atitude manipulativa, obtém o número do meu celular. Conversamos sobre o uso deste, e ela parece entender num primeiro momento, mas após alguns dias liga diversas vezes; deixa mensagens de voz, inicialmente querendo encerrar o tratamento, mas depois pedindo para ser atendida. Fico confusa e aflita com essa atitude, que me faz vivenciar uma sensação intensa de abuso e de urgência no restabelecimento de limites mais claros que permitissem entender o turbilhão de afetos ali representados.

Caso clínico C

Vitor é um homem jovem, que procura uma instituição de ensino solicitando atendimento com psicólogo. É, por definição de triagem, encaminhado a mim, residente de psiquiatria; demonstra, por meio de expressões faciais, certa condescendência com a pouca ajuda que pressupõe que possa lhe dar, por não ser a profissional solicitada por ele, fazendo-me sentir

simplesmente tolerada. Apresenta um discurso vago, em alguns momentos sem linha associativa clara, e parece falar para si; causa-me desconforto e sensação de estar perdida, sem compreendê-lo. Refere frustração intensa ao ser contrariado, expondo, em condutas de risco, a sua raiva. Não consegue manter relacionamento interpessoal. Por suas conquistas não serem ideais, são desvalorizadas.

Após algumas sessões, diz passar por dificuldade financeira temporária. Diante da possibilidade de interrupção do tratamento, desperta comoção e mobiliza ajuda, sendo então proposto um tratamento combinado, mais acessível financeiramente. Vitor se mostra receptivo inicialmente; entretanto, por não serem exatamente os horários solicitados por ele, não aceita. Gera assim um sentimento de frustração e raiva por adotar uma atitude de aspecto abusivo. Enfim aceitou quando, como último recurso para busca de vinculação, obteve redução temporária do valor das consultas. No seguimento, entretanto, intensificou o sentimento de impotência anteriormente despertado: dificuldade de aprofundar assuntos e recusa de quaisquer intervenções terapêuticas diante do conteúdo apresentado, até enfim mostrar ambivalência quanto à manutenção do tratamento.

Nesse período, em uma sessão conta, com aparente despreocupação, ter vivenciado situações de impulsividade e condutas de risco no final de semana anterior. Diz acreditar que a psicoterapia possa ajudá-lo a melhorar, impondo uma expectativa idealizada de ser protegido, o que gera sentimento de responsabi-

lidade e sobrecarga de preocupações. Nesse momento, diante da minha proposta de uso de medicação devido à gravidade dos relatos, reage agressivamente. Alega que a medicação vai deixá-lo intoxicado, que “alternativas naturais” seriam mais adequadas. Antecipa, de forma prepotente, que já sabe de tudo sobre o diagnóstico e medicação que lhe seriam prescritos, despertando irritação. Não aceita dialogar e, num primeiro momento, sugiro que possamos refletir melhor sobre o seu caso. Falta então à sessão seguinte. Ao retornar, indica interesse em continuar o tratamento, mas somente com psicoterapia, desconsiderando meu parecer quanto ao uso de medicação e recusando-se a refletir a respeito. Não sendo possível seguir o tratamento, esclareço os motivos da interrupção. Por fim, pede indicação de outro local na cidade para que pudesse realizar somente psicoterapia.

Discussão

A contratransferência, ao ser estudada como instrumento diagnóstico e terapêutico na clínica com pacientes borderline, abre-se para considerável aporte teórico, abrangendo de forma diversa e complementar inúmeros aspectos que compõem sua complexidade. Dentro das limitações do material clínico apresentado, entretanto, podemos desenvolver algumas questões importantes vivenciadas na prática com pacientes borderline que não são observadas diante de outros padrões de personalidade.

Em uma leitura contratransferencial, poderíamos descrever conflitos correspondentes ao chamado

agrupamento B dos transtornos de personalidade do DSM-IV-TR (2002) que são sobrepostos entre si, mas bastante distintos dos conflitos comumente verificados, por exemplo, em pacientes fóbico-ansiosos ou esquizoides. Os sentimentos intensos do paciente borderline são claramente diferentes da autoimagem idealizada das pessoas narcisistas. Embora possam ser descuidados e impulsivos como aqueles com transtorno de personalidade antissocial, “seus comportamentos são primariamente de orientação interpessoal e visam obter apoio, mais do que ganhos pessoais” (HALES e YUDOFISKY, 2005, p. 773).

Essa diferença é descrita por Mackinnon, Michels e Buckley (2008, p. 299): “O paciente borderline insiste em uma imediata conexão emocional para amenizar o vazio e a desconsideração que persistem em suas memórias”. Sabe-se que fantasias românticas ou abertamente sexuais aparecem precocemente na transferência ou são assim sentidas contratransferencialmente com aspecto perturbador, diferentemente da forma como se vivenciam as fantasias despertadas por pacientes neuróticos e, noutro extremo, psicóticos. São sentimentos de perplexidade, alternância entre adoração e desprezo que se traduzem em momentos desde bem-estar até preocupação e irritação contratransferencial. O ambiente terapêutico mostra-se distinto e até inusitado diante de comentários espontâneos, críticos ou elogiosos, com frequência direcionados à pessoa real do terapeuta, e implicam em uma necessidade de automonitoramento das reações de contratransferência desde o primeiro encon-

tro, a fim de tornar óbvias as violações de fronteira e comportamentos não éticos que podem rapidamente ocorrer com esses pacientes.

Abordemos, então, os casos apresentados sob o prisma da contratransferência, buscando estabelecer, de forma sucinta, um entendimento do quadro agudo disposto e uma diferenciação do indivíduo borderline em relação a outros pacientes da prática clínica. Nesse contexto, pode ser dada ênfase às atuações como forma usual de comunicação. Na primeira vinheta, expressa-se a ambivalência projetada da paciente para a terapeuta; a segunda vinheta mostra a dificuldade vivenciada na aproximação vincular e medo de fusão, e, no terceiro caso descrito, a evocação de sentimentos intensos de impotência, urgência, abandono, perturbando a capacidade de pensamento da terapeuta.

Descrita no caso A, Fabiana ilustra a dificuldade de se manter em tratamento, característica frequentemente atribuída à terapeuta pela paciente. Evidencia, com isso, dificuldades intensas de aproximação, evitando contato genuíno capaz de realmente ajudá-la. A comunicação ocorre por meio de urgências, quadros agudos breves que são acolhidos gerando alívio. À expectativa da terapeuta de seguimento dessa abordagem segue a falta à sessão seguinte e um sentimento contratransferencial tradutor: raiva. A identificação precoce dessa mobilização expressa o padrão vincular proposto.

Quando as emoções são particularmente violentas, o terapeuta pode sentir-se esmagado e ser incapaz de funcionar como continente. Em tais momentos, o paciente comunica-se não-verbalmente por uma força hipnótica

primitiva. O terapeuta pode, então, apresentar reações contratransferenciais defensivas, talvez sentindo-se irritado. É possível que somente mais tarde ele perceba que o que está sentindo é desespero e depressão ligados a uma sensação de fracasso. (ROSENFELD, 1988, p. 277).

Durante o trabalho de acolhimento, parecia que a perturbadora confusão de emoções era a maneira como Fabiana conseguia se expressar. A falta de simbolização traduziu-se de forma mais clara, ao longo do tempo, como a turbulência de uma vinculação cindida entre amor e ódio. Nesse contexto, foram capturados sentimentos de insegurança também em meu posicionamento; assim, seus intensos sentimentos de incapacidade, tanto de cuidar de suas aflições como de demandas da filha, tornaram-se projetados maciçamente.

A vinheta do caso B apresenta um obstáculo surgido ao avançar o processo terapêutico, em que o estabelecimento de vinculação acompanha atuações de aproximação e ruptura traumáticas. Carla, em sua manobra de obtenção do meu telefone, expressa sua dificuldade de vivenciar esse movimento de separação. Em seguida, telefona diversas vezes até deixar um recado de interrupção do tratamento, seguido por outro de pedido de remarcação. Os sentimentos contratransferenciais despertados pela paciente representam a comunicação de fragmentos irrepresentáveis de seu mundo interno, sendo, portanto, atuados. As aproximações e rupturas estabelecem um contínuo dentro da instabilidade vincular comum às demais relações estabelecidas pela paciente diante de figuras parentais e terceiros. No início, resistente a se aproximi-

mar, vivencia um sentimento persecutório de fusão e perda de identidade, traduzido por uma contratransferência de impotência e insuficiência, de incapacidade de lidar com ela adequadamente. O afastamento das pessoas intensifica a vivência de solidão; fortes sentimentos de dependência são vivenciados de forma precoce pelo terapeuta, que pode se sentir confuso ou paralisado. Angústias de separação invadem o *setting* com intensas expectativas que não tardarão a ser frustradas. Surgem então atuações, manobras comumente manipulativas (e, muitas vezes, vorazes) que visam reparar esse equilíbrio frágil. Hales e Yudofsky (2005) acrescentam que, durante períodos de estresse incomum, costumam ocorrer experiências dissociativas, ideias de referência ou atos impulsivos desesperados. Conforme Mauro (2008):

Dificuldade de concentração, tédio, vazio e falta de sentido para as coisas dificultam ou impedem que esses pacientes tenham uma razão para existir. O momento impulsivo é geralmente detonado quando o paciente se sente sozinho ou incompreendido, gerando explosões de raiva que podem ter consequências sérias, conforme o manejo dos circunstantes. (HEGENBERG, 2008, p. 25).

A vinheta do caso C traz a comunicação do funcionamento do paciente por meio de uma atitude hostil que impede o acesso terapêutico e desperta a sensação de impotência e desprezo, com frágil contato com a realidade. No atendimento a Vitor, percebe-se a confusão proposta de papéis, com estabelecimento de um jogo de características patológicas que visavam manter um padrão vincular conhecido do paciente. A percepção da figura da terapeuta encontrou-se então

gravemente distorcida, com predomínio do desprezo e da desvalorização; no *setting*, utilizava de forma manipulativa o meu sentimento de insegurança e atitude protetora, comum a terapeutas iniciantes. Ao confronto o paciente reagia com ironia, reforçando na contratransferência a sensação de impotência e desprezo com que se percebe castigado.

A interrupção do tratamento ainda em fase inicial, em virtude da impossibilidade de estabelecimento de contrato, expõe a acentuada dificuldade de aceitação de limites e aspectos de realidade. Bion (1980) descreve a natureza de amor e ódio na relação:

O papel que desempenha o amor pode passar despercebido porque a inveja, a rivalidade e o ódio o podem fazer obscurecer, apesar de que o ódio não existiria se não estivesse presente no amor [...] O temor à morte por inanição, falta do essencial, obriga a recomeçar a sucção. Desenvolve-se assim, um *split* (divisão) entre a satisfação material e a psíquica. (BION, 1980, p. 29 apud ANTONELLI, 2006, p. 65).

Ao utilizarmos a contratransferência como instrumento de avaliação e tratamento de pacientes borderline, é importante observar características marcantes já vivenciadas em primeiros contatos clínicos. Conforme Meissner (1988, p. 209-249 apud ZASLAVSKY, SANTOS e cols., 2006, p. 112), "Os pacientes borderline costumam ser muito intuitivos na percepção das necessidades inconscientes das outras pessoas e, portanto, do próprio analista"; com isso, muitas vezes aspectos não resolvidos inconscientes deste são expressos via contratransferência. Se tal expressão não for considerada, ou mesmo negada, poderá ocorrer a

atuação das reações contratransferenciais que podem impedir o progresso do processo terapêutico ou mesmo causar sua interrupção. Além disso, citam Hales e Yudofsky (2005):

Os problemas contratransferenciais podem derivar do apelo dos pacientes às qualidades afetivas de seus médicos e de suas acusações iradas em resposta às falhas percebidas nas pessoas que os tratam. Frequentemente, os terapeutas desenvolvem intensas reações de contratransferência que os levam a tentar confortar ou rejeitar indivíduos *borderline*. Por conseguinte, independentemente da abordagem de tratamento utilizada, maturidade pessoal e considerável experiência clínica são aspectos importantes. (HALES e YUDOFKY, 2005, p. 773).

Logo, a análise pessoal do terapeuta e a supervisão dos casos tornam-se as maneiras mais apropriadas para evitar as respostas contratransferenciais determinadas pela reatividade emocional do terapeuta. Os exemplos clínicos trazem situações em que o psiquismo do terapeuta é desafiado a assumir características externas como suas, de modo a vivenciá-las pelos pacientes. Reforça-se aí a necessidade de uma adequada percepção dos próprios sentimentos envolvidos na relação que se estabelece.

Uma adequada diferenciação é fundamental: o *borderline* encontra-se imerso na relação com o outro, dependente dele, angustiado com separações, necessitando de uma relação a dois, precisando encontrar um terapeuta presente enquanto pessoa real.

Conclusão

No trabalho contratransferencial com pacientes *borderline*, portanto, da mesma forma que inicialmente esperaríamos que o mais importante fosse o terapeuta não se entregar ao desejo do paciente, assim parece importante o inverso, levando-se em conta os desejos do terapeuta, capturados pela percepção aguçada do paciente. A adequada compreensão de sua própria vivência subjetiva, embora geralmente dolorosa, confere ao terapeuta capacidade para ser o vínculo de abertura para uma experiência extremamente importante para esses pacientes.

A pretensão deste estudo se limita a discutir, a partir de apenas três exemplos clínicos, alguns aspectos fundamentais da contratransferência no vasto universo do paciente *borderline*. As sensações provocadas no *setting* integram-se quando o terapeuta se sente capaz de permitir experimentar dentro de si os sentimentos que afloram durante o processo, e isso poderá ampliar a relação terapêutica. No entanto, para isso é fundamental manter a neutralidade do processo e a compreensão dos sentimentos contratransferenciais e seu sentido. A possibilidade de representação pelo terapeuta vai permitir sustentar a continuidade do processo terapêutico e interpretar os aspectos mais primitivos da organização psíquica do seu paciente. É notável a importância de agregar-se o conhecimento teórico disponível com a experiência clínica individual. Diante desses pacientes, a supervisão e terapia pessoal adquirem especial importância na compreensão contratransferencial. Assim, a contra-

transferência exerce a função de guia em parte importante neste trabalho clínico e na manutenção de uma aliança terapêutica construtiva, potencialmente muito enriquecedora para ambos os componentes da dupla.

Letícia Picinin Machado Messinger

Médica, Psiquiatra e Psicoterapeuta pela FUMM, Professora de Psiquiatria e Psicoterapia da FUMM e do Centro de Estudos Mário Martins, Membro do Instituto da SBPdePA.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4. ed. EUA, 2002, 900 p.
- ANTONELLI, E. **O amor e o ódio na contratransferência: considerações sobre o lugar do analista em casos de difícil acesso**. 2006. 103 p. Tese (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC/SP, São Paulo.
- GABBARD, Glen O. **Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, 216 p.
- HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C. **Tratado de psiquiatria clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, 1600 p.
- HEGENBERG, M. **Borderline**. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, 103 p.
- KERNBERG, Otto F. **Transtornos graves de personalidade**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 323 p.
- LAPLANCHE, P. **Vocabulário da Psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 552 p.
- MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Robert; BUCKLEY, Peter J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 543 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: classificação de transtornos mentais**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993, 352 p.
- ROSENFELD, H. **Impasse e interpretação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, 360 p.
- ZASLAVSKY, J; SANTOS, Manuel J. P. e cols. **Contratransferência: teoria e prática clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 336 p.

A solidão e as novas estruturas dos vínculos conjugais

Gildo Katz

Introdução

Assistimos, nos dias de hoje, a modificações importantes na estruturação dos vínculos conjugais com repercussões na família. São cada vez mais frequentes as organizações multifamiliares em que convivem, em um mesmo local, casais com filhos de casamentos anteriores, enquanto mantêm um relacionamento íntimo com os antigos cônjuges e suas novas famílias. Eles participam de reuniões sociais semanais e passam férias prolongadas em um mesmo lugar.

Contrastando com esse quadro multifacetado, cresce, ao mesmo tempo, um profundo sentimento de solidão em homens e mulheres. Mesmo que seja mais comum atribuir-se esse sentimento às mulheres, penso que o sofrimento atinge os homens com a mesma intensidade.

Esse contraste pode nos levar a tirar conclusões apressadas e a buscar soluções que não se aplicam a todas as pessoas. Por exemplo, é possível viver sozinho e manter uma rica vida amorosa fora dos padrões convencionais.

Talvez uma breve descrição histórica possa nos ajudar a começar a pensar sobre o momento atual, as

novas formas de vínculos conjugais e sua relação com a solidão e o nosso trabalho clínico.

História

Em alguns anos, o modelo de casal tradicional saltou pelos ares. O número de divórcios disparou, e os vínculos amorosos tornaram-se mais complexos e, sobretudo, mais frágeis. Nas sociedades civis ocidentais, desde a Idade Média, a norma era a família nuclear, unida pelo vínculo conjugal e consagrada por um matrimônio indissolúvel reconhecido pela Igreja e pelo Estado. Essa especificidade foi se consolidando progressivamente nos meios burgueses, sobretudo a partir do século XVII, para facilitar as transmissões de patrimônio. Nessa época, o casamento era um acordo, e o motivo das bodas era o interesse. O homem aportava ao lar, com seu trabalho, a segurança material, e a mulher costumava compartilhar com o homem seu interesse pela cultura e os intercâmbios sociais. Nesses casais, poderia ocorrer o amor, mas não era o esperado.

A obrigação do amor: um caminho para a solidão?

O século XVIII assistiu ao surgimento do amor romântico, que se apresentava como um amor “feminizado”. Desde então, as pessoas passaram a se casar com mais frequência porque se amavam; colocavam, em primeiro lugar, o amor, e, se possível, o “grande amor”. A partir da década de 1950, o modelo burguês de matrimônio passou progressivamente de um contrato que unia duas famílias para assegurar a descen-

dência e compartilhar o patrimônio, sem a obrigação de vínculo amoroso, a uma obrigação de intimidade e de amor, e dentro do possível, de amor paixão e de plena sexualidade.

Mas a partir da década de 1990, ocorreram novas mudanças: já que existe o amor, por que casar? A instituição já não é o casamento, mas o amor; os sentimentos situam-se no centro da relação. O amor converteu-se na condição indispensável para a vida em comum, ou melhor, a justificativa e a principal exigência de vida em comum. Nessas condições, não é estranho que se tenha tornado muito mais difícil do que antes ter uma vida de casal exitosa: a exigência peremptória de amor debilita o casal porque, se a relação se constrói só sobre sentimentos, é difícil que se suportem as adversidades do cotidiano. A relação teria a obrigação de ser permanentemente bela e mágica, coisa que poucas vezes acontece. Por isso, produz-se, com frequência, **a ruptura**.

Existe, porém, outro fator responsável por essa tendência à ruptura, e diz respeito às características específicas dessa forma de amor.

Enquanto o amor romântico tinha, na maioria das situações, uma natureza objetual, com maior tolerância e consideração frente aos conflitos do outro, o da atualidade é claramente narcisista, com as vicissitudes envolvidas nesse tipo de vínculo. É o amor pelo amor sem levar em conta o contexto (família, convenções sociais) que auxiliam a perceber a existência do **outro** na esfera do amor

O amor narcisista e o mundo em que vivemos: relações pessoais e profissionais: a perda do processo de reparação

A supervalorização do amor é, na maioria das vezes, uma reação frente a um mundo individualista ao qual resulta difícil aderir-se plenamente. Pode-se ver nisso, de certa maneira, um anseio de autenticidade e de verdade frente à mentira e o cinismo: é um meio para reatar o vínculo com uma sociedade que nos defrauda. Com efeito, as modificações no mundo do trabalho destruíram frequentemente a dimensão comunitária que se podia experimentar na própria vida profissional: quando alguém não é mais que uma peça no trabalho, um ser anônimo na sociedade que ficou mais dura, quando se tem o sentimento de não ser considerado em qualquer lugar e se não se consegue inventar novas formas de sociabilidade à margem das relações de casal, ao menos cabe a esperança de ser único pelo menos para uma pessoa.

Enquanto no passado a pessoa constituía um casal com a finalidade de criar uma família e transmitir valores para a geração seguinte, agora a vida em casal passa a ser um remédio para o seu mal-estar interno e uma forma de preencher um vazio interior. Muitos se comportam como se se tratasse de uma relação “amorosa milagrosa”, tentando se apropriar do positivo do outro, de seus valores e de seus conhecimentos. Daí o tipo de queixas que se dão nessas separações: “Tu te aproveitaste de mim, me utilizaste”.

Essa forma de vínculo tende, necessariamente, ao fracasso, pela excessiva e impossível exigência que

se espera do outro: "Amo esta pessoa porque amo a imagem de mim mesmo que ele ou ela me devolve". Isso implica que, se o outro atravessa um mau momento, como uma depressão, já não pode me devolver uma imagem gratificante de mim mesmo; então, "irei buscar outra pessoa que possa me dar essa imagem positiva e me permita seguir sendo alguém ou manter-me em um ilusório pedestal".

De fato, nessas condições, é difícil distinguir entre amar alguém diferente, a adoração de ser amado e a adoração de si mesmo. Se o outro é uma prolongação narcisista, está obrigado a alimentar constantemente o ego de seu parceiro. Quando um indivíduo se sente inseguro e espera que um amor lhe proporcione maior autoestima, os casais são igualmente inseguros, e um pode sentir-se tão pouco seguro no seio de uma relação quanto fora dela.

Por isso, o amor pode transformar-se em ódio se o outro acaba por se tornar motivo de decepção. Como as relações passionais se repetem e duram cada vez menos tempo, acabam por perder seu poder reparador das identidades feridas. Então, depois de algumas experiências dolorosas, na qual a busca compulsiva do amor se converte mais em adversidade do que em prazer, o indivíduo vê-se tentado a se proteger, afastando-se em solidão.

A perda da força do amor e seus conflitos: a necessidade do amar antes do amor

A perda da força reparadora do amor acarreta um pré-requisito: a necessidade de amar antes do surgimento do amor.

As relações estabelecem-se com muita rapidez, e a pessoa diz amar cada vez mais cedo: uma espécie de hipertrofia dos afetos. Contrariamente à época em que se deixava que os sentimentos fossem se instalando progressivamente para confessar um dia, com timidez, "te amo", as palavras precedem agora os sentimentos, como se a força delas pudesse criar o amor numa coincidência com os sentimentos.

Poucas semanas depois do começo de uma relação com um homem contatado via internet, Maria, de 39 anos, percebeu que era criticada por não dizer palavras de amor:

– Como queres que me entregue se não me dizes que me amas?

– Mas é que recém nos conhecemos!

– Tua reticência a dizer que me amas demonstra que não estás disposta a te comprometer! Adeus!

Se a ruptura do compromisso pode ser tão rápida, é porque esse tipo de amor só pode ocorrer na reciprocidade imediata. Para dar meu amor, tenho de estar seguro do amor do outro, e para isso necessito que ele me demonstre. Observam-se e se julgam mutuamente: qual dos dois se abrirá primeiro? Em nossa época, "eu te amo" significa "te amo neste momento". A afirmação já não é sinônimo de uma relação firme e de com-

promisso: “Como me sinto bem contigo, o que sinto acho que deve ser amor, mas se tu me decepcionas, não te adaptas ao que espero, então meus sentimentos se desvanecerão”. Queremos que um parceiro nos satisfaça incondicionalmente. A menor imperfeição é irremediável e ameaça ser fatal para a relação. Bauman, em uma entrevista, falou do seu espanto em saber que uma pessoa fez 500 amigos em um dia no Facebook, enquanto ele, aos 86 anos, tinha feito no máximo uma meia dúzia. Comentou que é fácil se desfazer de uma pessoa apertando a tecla *delete*; difícil é examinar as diferenças e terminar relacionamentos face a face.

Desconfiança e persistência dos estereótipos: a revolta da mulher e o passado revivido

Além da necessidade de perfeição, outra consequência é um tipo de desconfiança semelhante ao que foi mencionado no campo profissional.

Os adultos jovens da década de 2000 entabulam relações com a finalidade de escapar à solidão, mas, com frequência, se decepcionam e acabam por se encontrarem também sós e abandonados em uma relação incerta. Uma vez que as relações entre os sexos se tornaram difíceis, cada qual crê estar sendo prejudicado por essa mudança. A necessidade de calor, de ternura e de intimidade é acompanhada de extrema desconfiança.

Essa geração viu como seus pais se divorciavam, traíam, machucavam-se, e tiveram penosas experiências amorosas que lhes demonstraram que a confiança

podia ser destruída com facilidade. Nada mais é seguro: do mesmo modo que se pode perder o trabalho da noite para o dia, as uniões podem dissolver-se com facilidade. Em qualquer área, encontra-se a mesma necessidade de reconhecimento. Jovens e menos jovens queixam-se de encontrar em seu parceiro as mesmas dificuldades que em seu mundo de trabalho: "Não me compreendem, não reconhecem o que faço, nem meu valor".

Bem ao contrário de um amor recíproco e duradouro que supõe compartilhar e reconhecer a mútua interdependência: para conservar o outro, há que fazer concessões, compromissos, inclusive adaptações, sem que necessariamente deva esperar-se uma compensação. Freud chegava a dizer que certo grau de sujeição era necessário para que uma relação durasse. Mas esse acerto costumava se levar a cabo às expensas do companheiro mais dependente, isto é, na maioria das vezes, a mulher. E como podemos constatar, atualmente, a mulher não tem mais desejos de se submeter.

Quando se cria um vínculo amoroso, este dá poder a um sobre o outro, o que cada vez mais se percebe como uma ameaça, porque cada qual teme tanto mais a dependência quanto mais vulnerável se sente. Efetivamente, ao nos enamorarmos, nos colocamos em uma situação de perigo e podemos temer que o sofrimento seja maior do que o prazer. Por isso, ante o risco emocional que implica uma relação íntima, podemos sentir a tentação de manipular as emoções do outro enquanto nos protegemos de qualquer sofri-

mento afetivo. Os adultos jovens que buscam amor se questionam: "Como criar um vínculo que não seja vivido como uma ameaça?" .

No passado, a instituição do matrimônio dava uma garantia de perenidade do vínculo, mas agora nenhuma união está assegurada para toda a vida. Na maioria das nações desenvolvidas, a média de duração dos casamentos é de dez anos, e os divórcios produzem-se rapidamente, basta ir ao cartório mais próximo. O risco de separação é maior em torno do terceiro ano do casamento. Mas se de um lado as mulheres conseguiram elevado grau de independência, de outro, especialmente as mais jovens seguem acreditando no mito do grande amor que dura para sempre. Já as mais velhas perderam essa ilusão. Sonham com uma companhia em uma relação de igualdade que exclua as grandes emoções amorosas, mas que lhes proporcione segurança afetiva. Por outro lado, muitos homens seguem na busca da mulher idealizada que não existe e na persistência da eterna juventude simbolizada pela virilidade. Daí saltam de galho em galho como um chipanzé ao menor sinal de decepção ou falta de alimento psíquico. São como crianças mimadas e desamparadas na busca da mãe, não obstante o brilhantismo de sua atividade profissional.

As décadas de 1990 e 2000 marcam uma inflexão histórica no modelo tradicional da relação de casal. Agora vivemos em média 75 anos, o que permite, em princípio, cerca de 50 anos de vida em comum. No entanto, é ilusório acreditar que poderíamos viver com o mesmo companheiro durante meio século. Nossas so-

iedades mudam, nós também mudamos com a idade, e é improvável que possamos viver essas mudanças com a mesma pessoa, já que cada vez somos mais exigentes, queremos tudo, a felicidade em todas as formas: uma vida sexual plena, uma vida pessoal intensa, uma vida social excitante e uma situação profissional satisfatória.

Um casal não é uma construção rígida, evolui com o tempo, e poucos serão capazes de seguir essa evolução permanecendo juntos. Alguns farão de tudo para que dure sua relação e estarão dispostos a adaptar-se e a inventar outras formas de estar juntos. Outros preferirão não salvar uma relação a qualquer preço; quando esta já não mais funciona, tentarão outra. Então esboçam-se diferentes modelos de casais, uns já conhecidos, outros novos.

Os diferentes modelos de casais: uma poligamia sequencial

Entre esses diferentes modelos, podemos citar o casal fusionado (ser tudo para o outro, em geral sem filhos), casal que não convive (impossibilidade de se comprometer, temor da perda da individualidade), casal de autonomia limitada (quer o amor sem os compromissos de uma relação, casas separadas, amigos separados, viagens separadas), casal com contrato temporal (trata o outro como objeto de consumo que se descarta pelo excesso de ofertas), casal parcial (o outro é visto apenas como uma vagina, um pênis), casal animal (só admite um vínculo mais íntimo se estiver misturado com um animal, cão, gato). Mais elaboradas

são as tentativas de legalizar os assim chamados casais de três (conciliam a bissexualidade com a heterossexualidade dos membros), os casais abertos (liberdade sexual completa na qual a fidelidade está baseada na duração), os casais distantes que se encontram com hora marcada, os casais perversos (em geral pela internet, não podem se encontrar para manter relações sexuais). Recentemente, talvez como defesas ao que se passa na vida sequencial, ressurgiram os casais aristocráticos (relações de interesse financeiro como ocorria no século XV, uniões por afinidades religiosas, financeiras ou cômodas, para manter a ilusão do vínculo).

A vida em casal, semelhantemente à vida profissional, tornou-se cada vez mais sequencial. Uma vida adulta está formada por períodos que alternam uma vida de casal sem convivência e sem filhos, depois uma vida de casal com filhos, seguida por uma separação e novamente a vida de solteiro, novas uniões, depois, eventualmente, uma família recomposta, depois, nova separação, inclusive outra família recomposta, etc. Em caso de separação, em geral os homens encontram uma nova companheira pouco tempo depois, e por outra parte a maioria começa a buscá-la antes inclusive da separação efetiva. As mulheres, ao contrário, em geral, precisam de um tempo para habituar-se antes de voltar a procurar outra pessoa.

A permanente esperança

Como em nossos dias é comum que os indivíduos tenham relações sucessivas, sequenciais, poder-se-ia

supor que a esperança de encontrar um grande amor que se manterá para sempre esteja se extinguido.

Entretanto, não é o que observamos na prática diária, pois quase todos mantêm manifesta ou latente essa esperança. Porém, como esse desejo fica, na maioria das vezes, escondido, com o passar do tempo comprova-se que as uniões se encadeiam cada vez com maior rapidez, até que, cansada de mudanças sequenciais, a pessoa decide ficar só, ou suportar uma união baseada em bases falsas, para manter a ilusão da ausência de solidão, como observamos no filme de Woody Allen "Você irá encontrar o amor dos seus sonhos", no qual ilusão e realidade se alternam sucessivamente enquanto o diretor apresenta um painel da sociedade atual.

A alternância de parceiros é aceita relativamente bem enquanto a pessoa tem a sensação de que é ela quem escolhe, mas chega um momento em que as possibilidades de encontro se restringem e a situação está decidida. As mulheres de mais de 55 anos sabem que inclusive se conectando em páginas de encontros na internet não será fácil encontrar um companheiro, e, além disso, os hábitos de vida farão que, quanto mais tempo passe, mais difícil seja, para elas, se adaptar ao novo. Acomodam-se no que se chama "apatia do celibatário", o que também costuma ocorrer nos homens. Mas o que parece uma atitude natural é um sério problema de saúde mental, que precisa ser tratado.

Homens versus mulheres ou mulheres versus homens

Penso que o problema nas mulheres é aparentemente mais complicado porque, em geral, como vivem em grandes grupos e reclamam dos homens, tendem a alimentar uma desesperança irreal, retroalimentando a solidão. Isso acontece porque elas não levam em conta que a fragilidade masculina é muito mais grave, porque os homens são extremamente dependentes das mulheres. Sucesso profissional, mulheres mais jovens, trocas frequentes de companhias mascaram uma incompetência e solidão baseada no temor, ou melhor, no terror de depender da mulher, que atinge problemas onto e filogenéticos: voltar para o interior do corpo da mãe, o grande mar, e morrer engolfado. Além disso, com o passar do tempo, o homem tende, com mais frequência, a se retirar do convívio social, tornando-se um caçador solitário.

Tanta incompreensão de ambas as partes acaba convencendo de que a vida não proporciona mais possibilidades.

De outra parte, em geral, as mulheres que permanecem casadas por medo da solidão persistem em declarar mais fidelidade do que os homens; mantêm a monogamia, mas com ajustes. Alguns homens tendem a se aferrar à comodidade da vida de casal e, se não estão satisfeitos com a relação com sua companheira, buscam compensações em outra parte, invocando o pretexto da nova liberdade sexual para realizar uma vida dupla. Sua justificativa consiste então em dizer que não querem abandonar mulher e filhos, que não

desejam romper uma família. Isso é que vive Maria, de 43 anos, médica e casada com João, jornalista. Pensa em deixar seu marido porque ele a engana. No início, não queria dar-se conta; logo ficou impossível não perceber o que estava acontecendo. Queixou-se do fato, e João prometeu que deixaria suas aventuras. Mas não cumpriu a promessa, dizendo que não tinha importância, porque ficava com ela. Pouco a pouco, a relação desmoronou. Como não podia mais ficar quieta quando descobriu as chamadas telefônicas, os torpedos, os e-mails de outras mulheres, Maria passou a discutir muito, acreditando que seus sentimentos contavam pouco para ele. Não se dava conta de que ele, filho mimado, era tão ou mais dependente dela do que das outras mulheres. Maria racionalizava que sua vantagem sobre as outras era que vivia na casa e ficava perto dos filhos. É o que podemos chamar do paradoxo da solidão: ruim com ele, pior sem ele. Não conseguia dar-se conta de sua desvalorização e de sua importância para o marido. Não é diferente do que acontece com os homens, apenas mudam as racionalizações, como mostrou o exemplo clínico.

Em nome da tolerância e do novo casal, às vezes convivem as famílias legítimas, as ex-esposas e as amantes. E encontramos, em algumas famílias ocidentais, o modelo da antiga china, com a primeira esposa, que é com quem se deixa ver nas reuniões oficiais, depois a primeira concubina, em detrimento das outras mulheres com quem se relaciona. Os meios de comunicação descrevem essas famílias como o novo modelo de família, a tribo ou o clã: elogiam-se esses

homens que saem de férias com a mulher e os filhos, sua ex e o ex de sua mulher e os filhos dos diferentes casais. No entanto, a realidade é muito menos simples, e, privadamente, há quem sofra e não se atreva a dizê-lo pelo receio de ser considerado intolerante ou de mentalidade estreita.

Paulo, de 58 anos, acaba de deixar a esposa por uma mulher mais jovem, que era sua amante havia algum tempo. Propôs a sua mulher manter a casa da praia em comum, para seguir mantendo o vínculo com os filhos. Ante a negativa dela de encontrar-se com a nova companheira de seu ex-marido, ele impôs alternar o uso da casa, um fim de semana para cada um, com os filhos. Quanto à nova mulher, mantém vínculos fortes com seu ex-marido, que voltou a casar-se com a melhor amiga dela. O convívio entre eles é manifestamente aceito por Paulo, por considerar-se um homem culto e evoluído. Enquanto isso, sofre de inúmeras patologias somáticas que o conduzem à procura de inúmeros médicos e intermináveis cirurgias, e de ciúmes intensos em relação à antiga mulher, que começou a se relacionar com um antigo colega da escola.

Comentários finais

Como se pode observar, é cada vez mais difícil formar um casal tradicional como eram nossos avós ou até mesmo nossos pais. Ao não haver garantias da existência de um estado de enamoramento, do aparecimento do príncipe ou da princesa encantada, e ao haver a presença de desconfiança mútua, pode ser mais fácil ficarmos sós. Pode-se escolher perma-

necer solteiro de forma definitiva, mas ter uma rica vida amorosa. Sem dúvida alguma, é uma forma de evitar a fusão e de preservar a própria independência, bem como de se proteger contra as relações homem/mulher, que se tornaram cada vez mais complexas e indefinidas. O fato é que não existe o certo ou o errado, o pior ou o melhor, o falso ou o verdadeiro, mas o que cada um deseja e consegue dentro de condições realísticas.

Creio que é mais difícil para um terapeuta tolerar que um paciente decida por opção, e até mesmo por contingência, viver em solidão. Aceitar casais homossexuais, homens e mulheres que adotam filhos e constituem uma família, é mais fácil – não só pela ação da mídia como também pelas evidências de que tais uniões trazem benefícios para esses grupos e pela própria evolução da mente do terapeuta – do que suportar que aquela pessoa por ele atendida tenha decidido viver em solidão. É possível que, entre os fatores que entram em jogo, esteja a impossibilidade, na mente do terapeuta, de recuperar a imago da dupla parental.

Cabe ao terapeuta não julgar as novas composições familiares, e sim ajudar que cada paciente encontre o melhor caminho para si.

Médico, Psiquiatra pela UFRGS, Psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre, Professor de Psiquiatria da FUMM e do Centro de Estudos Mário Martins.

Referências

- Hirygoyen, M.F (2007). ***Las nuevas soledades. El reto de las relaciones personales en el mundo de hoy.*** Barcelona: Paidós. 2008.
- Freud, S, (1930). **O mal estar na cultura.** In SE XX Winnicott. D. W. (1958),. **The capacity to be alone.** In: The Maturational Processes and the Facilitating Environment New York: International Universities Press. 1965 Environment. P. 29-36. cuilitting
- Bauman, Z. (2004). **Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos.** Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2005.

O mecanismo da desmentida e a doença terminal

Silvia Stifelman Katz

Você, que está na quarta década da vida (ou, se mais velho, quando passou por essa fase), de vez em quando pensa sobre a própria morte? Você pensa nela tanto quanto seus pais ou avós parecem pensar? O que faria se estivesse se sentindo ameaçado por um processo incontrolável em seu corpo, como se, diariamente, acordasse (se é que estivesse conseguindo dormir) com um assaltante lhe apontando uma arma com o dedo no gatilho? Como reagiria se estivesse começando a concretizar todos os seus planos e sonhos de vida e, de repente, sentisse que poderia ser excluído de suas próprias conquistas?

Não há uma maneira única de encarar a proximidade da morte, e as atitudes das pessoas em relação a ela refletem sua personalidade e experiência de vida.

Durante cinco anos, acompanhei a trajetória de uma jovem mulher que, aos 33 anos, um ano após o nascimento de seu terceiro filho, descobriu-se portadora de um câncer deveras invasivo, e que lutou muito para viver até o fim, valendo-se, principalmente, de um mecanismo de defesa denominado desmentida.

Pretendo, com este trabalho, revisar o conceito de desmentida e expor, por meio da ilustração do caso dessa paciente, como esse mecanismo pode ser utilizado pelo ego a favor da pulsão de vida.

A psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1969,1970) definiu cinco estágios pelo quais passam os doentes terminais: 1) negação, 2) raiva, 3) barganha por tempo extra, 4) depressão e 5) aceitação. Dentro dessa classificação, a desmentida corresponderia ao primeiro estágio, que ela descreve como negação – nos dicionários de psicanálise, os dois termos não são sinônimos.

Desmentida (ou recusa, do alemão *Verleugnen*) é um mecanismo utilizado pelo ego diante de uma realidade que lhe resulta intolerável.

A desmentida não consegue ser absoluta, pois sempre a realidade, inclusive a que especificamente se quer desmentir, é em parte percebida. Isso implica na formação de uma cisão do ego pré-consciente (VALLS, p. 204-205), em que uma das partes aceita uma afirmação contraditória com o juízo da outra. Trata-se de uma cisão que, como efeito, organiza de modo peculiar o pré-consciente e confere, a cada uma de suas partes, destinos distintos.

Na desmentida, o pré-consciente fica a serviço de um ego-prazer purificado que sofreu um trauma. Freud (1925h) sustenta que ao ego-prazer corresponde o juízo de atribuição (que atribui ou não atribui uma propriedade: boa ou má, útil ou prejudicial a uma coisa). Para o ego-prazer purificado, o desprazeroso é não ego, e por isso seu destino é a não existência em decorrência do ódio, enquanto só o investido como ego é entendido como ser. Nesse caso, a realidade intolerável é desprazerosa e, portanto, fica fora do ego.

Com efeito, a desmentida tem a função de sustentar o ser, o sentimento de si.

Freud (1927*d*, 1940*a*) (Maldavsky) afirmou que, ante o registro de uma percepção traumática, um mecanismo fundamental do ego para preservar-se da desorganização é a desmentida. Classicamente, durante o desenvolvimento emocional, destacou (1925*j*) a sua importância não só para o menino, ao registrar a falta de pênis na mulher, na fase fálica, como também para a menina, ao registrar essa diferença de sexos, ainda que nesse caso a desmentida não opere em relação com a percepção do objeto, senão que em relação com a percepção do próprio corpo. Por outro lado, sustentou que a desmentida pode ocorrer também ante a realidade de morte de um progenitor.

A montagem do mecanismo de desmentida inclui, pois, dois componentes: um deles ligado ao rechaço de um juízo, e o outro, à transformação de uma suposta realidade, de tal modo que corrobore a falsidade da afirmação traumatizante.

A natureza dos componentes da montagem da desmentida requer uma análise diferente: 1) o que se desmente; 2) o processo de colocar uma substituição; 3) os efeitos da eleição do substituto, que constitui, em realidade, uma abertura à psicopatologia.

Embora não seja de nosso interesse neste trabalho, gostaria apenas de deixar registrado um exemplo clássico de desmentida patológica, que é o fetichismo. Essa condição previne o sujeito da homossexualidade efetiva, mas a libido com a qual o fetichista se vincula ao objeto é homossexual, ou seja, desmentidora da diferença sexual; entretanto, consegue, na ação, a heterossexualidade, à custa da existência do fetiche. No

caso da desmentida patológica, ela atua em função da pulsão de morte.

Em situações de doença terminal, como a da paciente que acompanhei, e também em pessoas com deficiências físicas, muitas vezes se observa a presença da desmentida como melhor forma de adaptação à vida, sendo que nesses casos a consideramos como uma desmentida funcional, e não patológica, que, dessa forma, atua em função da pulsão de vida.

Carolina, como chamarei a paciente, buscou psicoterapia logo após a cirurgia para retirada do tumor e antes de iniciar a quimioterapia. Estava casada com seu amor e companheiro da adolescência, um jovem profissional em plena ascensão, tinham três filhos pequenos, e ela estava iniciando um trabalho promissor. Apesar de uma ansiedade latente, desde o início apresentou-se com muita coragem e muita esperança em sua recuperação, sendo que os únicos momentos em que se observava alguma depressão era como efeito colateral da quimioterapia, sentimento que ela até então desconhecia e que nomeei para ela. Continuou trabalhando em seu negócio, só o interrompendo por curto espaço de tempo, nos dias que se seguiam à aplicação da quimioterapia.

É importante destacar que em nenhum momento, desde o início até o fim, a paciente desconsiderou a importância do tratamento oncológico e da continuidade do acompanhamento, mas se percebia claramente que a consciência da gravidade da sua doença ficava a cargo de seus familiares.

Durante os dois primeiros anos, os exames de Carolina, que eram aguardados com muita ansiedade,

apresentaram bons resultados. Continuou levando sua vida como era antes, com a família, no trabalho, com os amigos e atividades sociais.

Por ocasião das avaliações do terceiro ano, apareceram as primeiras metástases ósseas. Quando o oncologista lhe comunicou a situação e o fato de que teria de se submeter novamente à quimioterapia, a primeira reação de Carolina foi perguntar se perderia o cabelo, ao que ele lhe respondeu que, com aquele tratamento, possivelmente não, com o que ela reagiu com vibração naquele momento, segundo seu próprio relato. Esse foi um exemplo claro de sua cisão do ego, recurso que continuou usando sempre, desmentindo o fato de a doença estar evoluindo e invadindo outras áreas de seu corpo.

A partir desse momento, Carolina deixou o trabalho e passou a dedicar muito do seu tempo para si, ocupando-se com várias espécies de ajudas alternativas, além de fazer ginástica, massagem, cursos, viagens. Mas a convicção em sua recuperação era imensa, e cada vez que os tratamentos oncológicos mostravam bons resultados, sua esperança era incrementada.

Em uma ocasião, tendo ido fazer uma revisão no ginecologista, este lhe deu uma “receita” que ela me mostrou na consulta – desmentindo claramente o “documento”, no qual estava escrito o endereço de um restaurante em Paris. Ao ler a receita, senti um desconforto, pois fiquei com a parte do ego da paciente que pôde ler: “Não há remédio a prescrever; aproveita o restinho da tua vida indo a um bom restaurante francês”.

De modo geral, nos intervalos dos tratamentos, embora com grande ansiedade latente, Carolina sen-

tia-se bem fisicamente, gostava de sair, de se divertir, de viajar, inclusive para lugares mais distantes. Organizou uma grande festa de 37 anos, com a qual se envolveu muito e se sentiu muito feliz, momento em que apresentava aspecto físico muito saudável, com um leve sobrepeso, o que não prejudicava a sua beleza.

Nos exames seguintes, as metástases ósseas haviam se espalhado significativamente, mas o oncologista não deixou isso claro para ela, pois ele conseguia lhe transmitir o que ela queria ouvir, embora sem lhe ocultar a verdade sobre o estado dela. A impressão que eu tinha, pelo que ela me contava, é que o oncologista comunicava o que estava acontecendo sem invadi-la com a verdade nua e crua, e ela se limitava a entender o que queria e a não questionar o futuro que os exames revelavam.

Poucos meses antes do fim, quando Carolina se preparava para viajar para encontrar o marido, que estava fazendo um curso no exterior, apareceram sintomas neurológicos. Na consulta com o oncologista, o médico ligou na sua frente, naquele mesmo momento, para o marido dela, dizendo para ele voltar para Porto Alegre. Carolina ficou muito ansiosa e, na saída do consultório, acompanhada da mãe, ao atravessar uma avenida e ver um ônibus passar em sua frente, relata que pensou: "Por que eu não morro logo atropelada por um ônibus, aí acabava tudo de uma vez; o meu marido ia refazer a vida dele, meus filhos, com o tempo, iam esquecer, e eu não tinha que passar por toda esta espera". Esse, talvez, tenha sido um dos únicos momentos em que o discurso da paciente demonstrou

um ego integrado e consciente do que estava acontecendo com ela. Também se pode entender por que seu ego desmentia a realidade: esta despertava uma ansiedade insuportável, a ansiedade de reconhecer a proximidade de sua morte.

Os tratamentos continuaram a aliviar a sua dor física, e nesse momento entrei em contato pela primeira vez com seu oncologista, que me afirmou: "É o início do fim". Acrescentou ainda: "É muito difícil lidar com Carolina, pois ela nega muito". Alguns profissionais de saúde acham que fracassaram se não conseguem levar o paciente ao estágio final de aceitação da doença, segundo o modelo de Klüber-Ross descrito anteriormente.

Por diversas vezes, eu pensara em contatar o oncologista, mas, até então, acabava sempre achando mais importante poder acompanhar as ideias da paciente a respeito de sua evolução, pois, para ela, manter a sua defesa era questão de poder suportar psiquicamente o seu estado físico. Penso que dessa forma, ouvindo a sua versão somente, poderia ajudá-la com mais facilidade; de certa maneira, compartilhar de sua desmentida poderia ser mais útil.

Em seus últimos meses de vida, ainda continuava lutando bravamente acompanhada pela desmentida. Ainda conseguia manter-se bem ativa e vaidosa como sempre fora. Medicada, manteve-se sem os sintomas neurológicos, o que a fez reviver as esperanças. Um dia, me contou um comentário que um colega de seu filho mais velho fizera para ele ao saber de sua situação. O menino dissera: "A minha mãe me disse que quando atinge o cérebro é o fim". "Imagina!", ela me

disse. Por outro lado, lembrava-se de uma vizinha que um ano antes havia morrido com metástases no cérebro e se preocupava por uns instantes, mas em seguida dizia: “Ah, mas ela estava infeliz, não se dava bem com o marido, sua filha estava num país distante...”, encontrando sempre um argumento no qual se agarrar para justificar sua esperança.

Finalmente, seus últimos movimentos foram de grande atividade em relação à organização da casa. Faxinou todos os armários, desfazendo-se de tudo o que não queria mais. Um dia apareceu em meu consultório com vários objetos, dentro de um saco, que lembravam doença; queria me mostrar antes de doar a uma instituição. Havia, entre outras coisas, a peruca que usara por ocasião da quimioterapia, uma bengala e uma “tala” para a perna que usara uma vez que quebrara a perna esquiando. Como já não podia dirigir e por sugestão de seu oncologista, selecionou um motorista de confiança para conduzir seus filhos.

Morrer, assim como viver, é uma experiência individual. As pessoas que funcionam com o mecanismo da desmentida no caso de uma doença terminal provavelmente conseguem lidar com a proximidade da morte de forma menos dolorosa.

Silvia Stifelman Katz

Médica, Psiquiatra pela UFRGS, Psicanalista da SBPde-PA, Professora da FUMM e do Centro de Estudos Psiquiátricos Mário Martins.

Referências

Maldavsky, D. **El complejo de Edipo positivo: constitución y transformaciones.** Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.

_____. **Estruturas Narcisistas, constituição e transformações.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1992.

Valls, J L.. **Diccionario Freudiano,** Julian Yebenes, S.A., Colección Continente/Contenido, dirigido por la Dra. Mercedes Velo.

Sentimento de culpa: origens e desenvolvimento²

José Ricardo Pinto de Abreu,
Tatiane Gil Asnis, Deborah Fuzina,
Luciana Cioffi e Camila Biazus

Introdução

Inicialmente distinguiremos o que é *culpa* de *sentimento de culpa* e *sentimento inconsciente de culpa*. *Culpa* refere-se à conduta negligente ou imprudente, uma falta voluntária a uma obrigação ou a um princípio ético. No sentido jurídico, *culpa* leva a uma sentença que deve ser imputada em resposta à não observação das leis, por ação ou omissão, conforme entendimento dos tribunais que decidem com base nelas. O culpado é aquele que foi julgado e que, tendo infringido a lei, recebe a correspondente pena, punição. Portanto, após uma avaliação objetiva, devidamente ajuizada, recebe a sentença, mesmo que o infrator se considere inocente. O culpado é sentenciado e pode não se sentir culpado, assim, a *culpa* é atribuída de fora para dentro, da sociedade para o réu.

Sentimento de culpa é um desconforto interno caracterizado por um estado ansioso que faz o portador se sentir devendo, inferiorizado, desvalorizado, diminuído, envergonhado. É percebido conscientemente, podendo ter como consequência o desespero ou ati-

² Apresentado na XXV Jornada Paulo Guedes, Porto Alegre, 31 de outubro e 1º de novembro de 2014.

tudes de arrependimento e reparação. Antecipa-se à punição (ou é aparentemente a própria).

O *sentimento de culpa inconsciente* caracteriza-se por não ser reconhecido objetivamente, isto é, o portador não sabe que está sob ação dele, que pode ser percebido indiretamente pelos seus derivados como nos atos e na conduta, denotando necessidade de castigo. Conforme Melanie Klein, ao percebemos em nós mesmos impulsos de ódio em relação a uma pessoa que amamos, passamos a sentir-nos preocupados ou culpados. Tendemos a manter em segundo plano esse sentimento de culpa, por ser extremamente penoso. Porém, ele se manifesta de diversas formas disfarçadas e constitui fonte de perturbação em nossas relações pessoais. As descobertas psicanalíticas revelam que esses sentimentos estão profundamente enraizados.

Considerando que o *sentimento de culpa* é muito frequente na clínica psiquiátrica e psicoterápica, sendo recorrente motivo para busca de tratamento, decidimos revisar o que pensam alguns autores quanto a suas origens e seu desenvolvimento, no sentido de desencadeamento de quadros psicopatológicos que exigem abordagens específicas e apropriadas.

Revisão

Vários psicanalistas ocuparam-se das origens, manifestações e consequências do sentimento de culpa. Nesta breve revisão, optamos por examinar alguns autores significativos. Antes, devemos assinalar que o papel da culpa na sociedade tem sido alvo de con-

siderações de ordens filosóficas, religiosas e culturais, constituindo a base sobre a qual se desenvolvem alguns sistemas de pensamento.

Cultura e religião

Nossa civilização ocidental judaico-cristã entende que desde muito cedo produzimos ações que conspurcam nossa pureza original, por isso nos tornamos devedores a Deus. Não fomos capazes de desfrutar o benefício da vida e da felicidade por sermos fracos e sujeitos a tentações, desafiando a confiança divina. Ao longo dos tempos, tornamo-nos pecadores. Sem condições de corrigir nosso rumo, tendemos a viver em pecado. Na cristandade, para salvar-nos, Jesus assume nossos pecados e por nós morre na cruz. Desde então tornamo-nos culpados e contraímos uma dívida eterna perante Deus. Face a isso, temos que seguir o rito da religião, que poderá nos oferecer a salvação, e necessitamos sistematicamente nos arrependermos, prestando contas desse arrependimento que promete purificar nossa alma. Desse modo, conseguiremos ficar quitados com Deus, que nos indicará o caminho para uma vida mais tranquila por toda a eternidade e nos livrará de castigos até o fim dos tempos.

Entretanto, apesar da influência das religiões e da alternativa de salvação oferecida, esse caminho não tem sido eficaz, pois, mesmo cumprindo todos os preceitos religiosos, ainda estamos sujeitos a sentir culpas intoleráveis e necessitar de mais ajuda, além do que a religião tem tentado proporcionar.

Freud – culpa edípica e superego

Freud, correlacionando os atos obsessivos com as práticas religiosas, diz:

Aquele que sofre de compulsões e proibições comporta-se como se estivesse dominado por um sentimento de culpa, do qual, entretanto, nada sabe, de modo que podemos denomina-lo de sentimento inconsciente de culpa. Esse sentimento de culpa origina-se de certos eventos mentais primitivos, mas é constantemente revivido a cada nova provocação. Acarreta um furtivo sentimento de ansiedade expectante, uma expectativa de infortúnio ligada, através da ideia de punição, à percepção interna da tentação. O paciente ainda tem consciência de que deve fazer isso ou aquilo para evitar algum mal. Assim, o cerimonial (ritual) surge como um ato de defesa ou de segurança, uma medida protetora.

Conforme Brenner, o sentimento de culpa, após o estabelecimento da teoria estrutural de Freud (1923) foi considerado um estado de tensão entre o ego e o superego e se manifesta como uma necessidade de castigo. Conforme Freud, o superego forma-se por identificação com os aspectos morais e proibitivos dos pais em consequência do abandono das relações de objeto incestuosas do complexo de Édipo. Por esse motivo, ele é o substituto e herdeiro das relações de objeto edípicas. A partir desse momento do desenvolvimento, a criança tem a moralidade internalizada, e todo mau procedimento pode ser punido, suscitar arrependimento e ser corrigido a partir dos seus próprios valores. A severidade da punição depende principalmente da intensidade dos impulsos hostis dirigidos aos pais à época do complexo de Édipo.

Ao longo do desenvolvimento, podem ocorrer acréscimos e modificações no superego à custa de novas identificações com os aspectos morais dos objetos. Podemos dizer que, após a fase edípica, o superego determina e impõe as atividades defensivas do ego contra os impulsos do ID. A desaprovação do superego corresponde à última de uma série de situações de perigo às quais o ego reage com ansiedade (as situações de perigo que antecedem são perda do objeto, perda do amor do objeto, temor a castração). A desaprovação do superego tem como consequência produção de sentimentos de culpa ou remorso que são sentidos conscientemente como culpa, inferioridade, autodepreciação. Uma característica da atividade inconsciente do superego constitui-se na necessidade de expiação ou castigo. Desse modo, fantasias ou desejos conscientes e inconscientes podem ser alvo de punição, como podem ser os delitos cometidos em realidade.

Melanie Klein – as ansiedades arcaicas

Conforme Hinshelwood, conceituado autor kleiniano, o superego, entre outras funções, originaria os estados mentais de culpa. Também apresentou outra concepção do superego indicando que ele poderia ser decomposto de certo número de figuras internas, conhecidas como objetos internos, que tinham relação entre si e com o ego. Referiu que o superego se formava antes da idade indicada por Freud, antes mesmo de ser estabelecido o complexo de Édipo tal como descrito por ele. Por fim, Melanie Klein desenvolveu

uma teoria própria a respeito das origens do superego, radicalmente diferente, que se baseava no desvio inicial da pulsão de morte.

O superego arcaico da criança seria severo e a perseguiria com intensos castigos. Formado no contexto de impulsos orais e anais, resultaria de figuras internalizadas tanto do pai quanto da mãe, ou seja, o superego passou a ser visualizado como um conjunto de objetos internos dotados de fantasias. A psicanálise kleiniana, cada vez mais, passou a analisar esses objetos internalizados.

A mente da criança começou a ser entendida como um povoado de objetos internos, sendo alguns dotados de qualidades boas, e outros, más. A severidade do superego poderia ser modificada pela influência do objeto externo real. Klein gradativamente afastou-se da teoria clássica de superego (relacionando sua origem ao nascimento) e passou a conceder a ele menos importância em si e a dar cada vez mais importância à ideia de objetos internos que povoavam o mundo interno. O abandono da teoria clássica do superego proporcionou alguns novos desenvolvimentos, entre eles, o da posição depressiva (1935) e posteriormente da posição esquizoparanoide (1946), que, por sua vez, trouxeram outros desenvolvimentos para o entendimento do *sentimento de culpa*, sendo notável a contribuição de Grimberg nesse sentido, o que veremos adiante.

Grimberg – culpa depressiva e culpa persecutória

O sentimento de culpa está inteiramente ligado a essas posições descritas por Melanie Klein. É dividido em culpa persecutória e culpa depressiva.

A culpa persecutória é precoce, e o ego é imaturo. Configura-se de acordo com o processo primário, vivenciada de forma atemporal. Age determinando inibições de todo tipo, reprimindo a vida pulsional (erótica e agressiva) do indivíduo ou atitudes masoquistas extremas de autocastigo e privações. Condena o paciente à paralisação de suas atividades normais. É culpa que tende não a reparar, mas a apaziguar um objeto temido e perseguidor. Está presente em qualquer psicose ou neurose.

A culpa depressiva é sentida por um ego mais integrado para vivenciar e utilizar os seus efeitos reparadores. Rege-se pelas características do processo secundário, adquirindo distinção entre passado e presente. Predominam sentimentos de responsabilidade, nostalgia e preocupação pelo objeto e pelo próprio ego.

Tanto a culpa persecutória, que depende da pulsão de morte desfusionada, como a culpa depressiva, que existe em função da pulsão de vida, encontram-se fundidas, como as duas classes de pulsões. Em momentos mais regressivos, em que a atuação da pulsão de morte é mais significativa, conseqüentemente será mais intenso o funcionamento da culpa persecutória correspondente.

Diferenciar as duas classes de culpa é imprescindível para ajudar os pacientes a liberarem-se da culpa persecutória. Assim, é possível adquirir a capacidade de sentir culpa depressiva, tornando-se reparatória para o seu ego e para os seus objetos.

Maldavsky – a culpa no desvalimento

Autores contemporâneos como Maldavsky e Costa têm dado importantes contribuições para o entendimento dos pacientes que não correspondem à clínica do simbólico. Com efeito, esses pacientes questionam as hipóteses estabelecidas em relação à representação simbólica da erogabilidade e dos mecanismos de defesa. Na vida pulsional desses pacientes predominam a apatia, abulia, letargia, sonolência, prostração, astenia, desânimo, desvitalização (às vezes confundida com depressão) e sintomas físicos (que não correspondem às somatizações históricas), denotando quadros clínicos em que faltam as emoções. Diferentemente das neuroses, psicoses e perversões, os sintomas apresentados não permitem redução histórica ou simbólica das vivências. Também não podem ser concebidos como satisfações sexuais substitutivas e por isso não respondem às abordagens psicanalíticas clássicas baseadas na associação livre e nas interpretações.

Para dar conta desse universo sensorial caracterizado pela falta de qualificação e cuja lógica não é a do prazer-desprazer, mas a da tensão-alívio de descarga, muito mais primitiva (carente de inscrições psíquicas, portanto sem subjetividade), são necessários novos

aportes teóricos. Por isso alguns indicam a necessidade de um novo paradigma, que é o de tornar consciente a percepção, diferente do tradicional, que é tornar consciente o inconsciente. Esse universo compreende o que se denomina a clínica do vazio ou do desvalimento (estão incluídas nas patologias do desvalimento, segundo Maldavsky, pacientes com traços autistas, as neuroses tóxicas e traumáticas, as adições, os transtornos alimentares, as perturbações do sono, a violência vincular, a promiscuidade). A etapa evolutiva a que correspondem esses quadros remonta ao surgimento da vida psíquica, a partir do encontro entre o substrato neuroquímico, o recém-nascido e o mundo extracorporal, a mãe e suas capacidades de entender o bebê.

Na depressão sem tristeza, tomando-a como modelo desses quadros, cujo ponto de fixação corresponde à libido intrassomática, portanto anterior à relação de objeto, a perda é de um contexto construído por um conjunto de excitações mundanas relativamente monótonas, como se observa nas patologias do desvalimento.

Podemos dizer que o ponto de partida dessas depressões parece ser uma falha na captação da afetividade nas primeiras semanas de vida, devido à falta de um outro empático capaz de senti-la. Nesse caso, o estímulo não é processado, e o afeto transborda ou se mantém diminuído, ficando, assim, sem o registro psíquico. Na vida pulsional desses pacientes, predomina uma tendência a se deixar morrer, identificada com a apatia, e sua defesa mais consistente é o repú-

dio do afeto, o qual compromete os fundamentos da subjetividade. Nesses quadros não estão presentes a culpa nem o objeto. Esses aspectos podem ser encontrados junto com outras correntes psíquicas em algum paciente em particular.

Caso clínico

Masculino, 48 anos, casado, dois filhos, técnico em eletrônica e ensino superior incompleto de engenharia, natural e procedente de uma cidade do interior.

Procura atendimento por ser muito preocupado com o futuro, só pensa em trabalhar e não consegue se desfazer desse comportamento. Buscou ajuda por insistência da esposa, que percebe que esses aspectos pioraram ao longo dos anos. É dono de uma loja de produtos elétricos e presta assistência técnica. Apesar de ter dois funcionários, ele se prontifica a fazer todas as atividades, pois não consegue delegar funções, e como é perfeccionista em tudo que faz, confia apenas no seu trabalho. Os clientes gostam do seu serviço, por isso, quando chegam à loja, pedem apenas por ele. Não se permite alimentar, beber água, nem urinar durante o expediente de trabalho, pois perderá tempo e dinheiro. Nunca tirou férias. Duas vezes tentou ir para a praia com a esposa e os filhos, mas recebeu algumas ligações de clientes no primeiro dia e retornou para sua cidade. Admite não saber negar qualquer coisa que o solicitem, inclusive aos domingos não sai de casa, pois o abordam na rua solicitando serviços, e não quer desagradar, acha que as pessoas vão estranhar se mudar o seu padrão de lidar com os

clientes. O domingo é considerado o pior dia, porque a loja não abre e não sabe fazer outra atividade a não ser trabalhar. Relata não saber ter hobbies e se sente culpado se não está trabalhando. Diz que a cultura italiana em que foi criado reforçou o seu jeito de pensar, economizando dinheiro em tudo e não se permitindo comprar nada para si ou para os filhos, pensando no futuro e não vivendo o presente. Considera-se ausente da vida dos filhos, não consegue brincar ou interagir com eles. Sua esposa trabalha, e é ela quem compra qualquer coisa de que a família precise, pois ele não consegue gastar dinheiro.

É o quarto de uma prole de quatro filhos. Tem dez anos de diferença para o terceiro irmão. O pai era caminhoneiro, passava até três meses sem vê-lo, pois fazia longas viagens. O pai faleceu quando o paciente tinha 10 anos, de câncer de intestino, aos 50 anos. Fala que teve muito pouco contato com o pai. Faz as contas dizendo que seu pai viveu até os seus 10 anos, mas passava meses sem ver o pai, então deve ter convivido com ele por uns três anos. Sempre foi muito apegado à mãe, e quando o pai faleceu, passou a ser o companheiro dela, pois os outros irmãos já haviam saído de casa. Dormiu com a mãe até os 14 anos. Tem medo do escuro até hoje. Aos 15 anos, foi morar em Santa Maria, para estudar, como os irmãos. Relata que foi uma boa experiência, apesar de ter sido sofrido ficar longe de qualquer referência. Retornou a sua cidade alguns anos depois. A mãe, sempre muito invasiva, não aceitou quando ele começou a namorar. Ela faleceu há seis meses por complicações decorrentes

de um AVC. Ele tem certeza de que irá morrer cedo, como aconteceu com o seu pai; acha que terá alguma doença.

No caso relatado acima, parecem coexistir duas correntes psíquicas bem nítidas. Uma corresponde aos sintomas que apontam para uma organização obsessiva, em que o paciente evidencia necessidade de trabalhar de modo punitivo com a finalidade de evitar o sentimento de culpa que ele se atribui e que fica muito reforçado se ele não está constantemente ocupado. O que é aparentemente claro possivelmente encobre conflitos mais profundos relacionados a sua relação de características incestuosas com a mãe e sofrimento de rivalidade e ódio onipotentes que podem ter aniquilado o pai da sua fantasia. O paciente, nessa corrente representada pela repressão, utiliza mecanismos de defesa da linha da neurose obsessiva que se mostram ineficazes. O paciente paga o castigo trabalhando de modo estafante tal como descreve e não desfruta do dinheiro que acumula.

De outra parte, chama atenção que o paciente (um *workaholic*) tem uma compulsão que pode estar assentada em outra dinâmica representada pela corrente da recusa. Percebe-se que ele é sintônico, parece que se orgulha do seu jeito de trabalhar e diz, racionalizando, que está consoante com suas tradições étnicas. Sua atividade incessante substitui o pensar e o sentir, e ao mesmo tempo parece não sentir culpa pelo fato de que sua conduta causa dano a si e a sua própria família. Tal conduta visa defendê-lo de ansiedades ainda mais profundas, que ele não percebe,

representadas por um estado de ansiedade mais castrófico (ansiedade automática). Parece que, ao lado do pai ausente, a mãe, sedutora, intrusiva, pode ter sido pouco empática.

Conclusão

O sentimento de culpa costuma estar presente em quase todos os casos que atendemos e algumas vezes é o que traz o paciente ao tratamento. Como expressão de conflito entre EGO X SUPEREGO ou entre objetos bons X objetos maus, se fará presente nos pacientes. Entretanto, nas situações mais regressivas como o desvalimento, poderá estar ausente, uma vez que se trata de quadros sem subjetivação e de vazio emocional. Vai variar o modo como se apresenta, algumas vezes encoberto por mecanismos de defesas, parecendo inexistente; outras vezes tão explícito que parece ser o problema do paciente. Nesse último caso, provavelmente é uma expressão encobridora, uma vez que pode estar no lugar de algo bem mais grave e profundo. Pode variar de intensidade, podendo ser muito intenso nos quadros melancólicos e nos neuróticos obsessivo-compulsivos. Nos quadros maníacos, está aparentemente ausente, sendo encoberto pela exacerbada autoconfiança desses pacientes, que a mantêm à custa de mecanismos projetivos que frequentemente se rompem e, então, evidenciam a depressão e os intensos sentimentos de culpa encobertos.

A abordagem dos sentimentos de culpa merece um estudo abrangente do paciente, considerando

todos os recursos de ego, o seu superego, as condições de realidade e contexto em que vive. Segundo Grimberg, existem diferentes técnicas para abordar o sentimento de culpa. Alguns psicanalistas tendem a centrar suas intervenções na necessidade de libertar seus pacientes de uma culpa que é considerada patológica e à qual o sujeito se submete por masoquismo. Por outro lado, outros psicanalistas seguem outro caminho, em que o núcleo de todo o conflito neurótico reside justamente na negação da culpa causada por suas próprias fantasias agressivas contra os objetos. Por meio da análise das defesas e da exploração da transferência, o terapeuta se tornará disponível para o desenvolvimento de uma nova relação objetal; ele vai assumindo um papel de objeto bom, introjetado sem as distorções da projeção. O mesmo autor diz que o processo terapêutico seria uma busca da verdade sobre a pessoa. À medida que mudam as relações objetais internas ao longo da psicoterapia, a pessoa é capaz de perceber e relacionar-se de forma diferente com as pessoas externas, e quem sabe, dessa forma, pode tornar-se um pouco mais livre dos efeitos destrutivos da culpa.

Citando Grimberg:

Claro que não é o suficiente conhecer a verdade autêntica para conseguir a libertação. O segundo passo no processo terapêutico consistirá em como manejar essa verdade. Mas é indubitável que na medida em que o paciente se inteira de que não foi tão onipotentemente destrutivo como supunha, de acordo com as suas fantasias inconscientes, produzirá uma modificação apreciável na qualidade da culpa e estabelecerá uma mudança na sua atitude emocional e no seu comportamento. Uma das mudanças

será na relação transferencial positiva com o analista, determinando a superação das resistências que impediam o maior ganho do insight ou aquisição da verdade para si próprio.

Tratando-se de pacientes que apresentam falhas na simbolização, é importante o terapeuta manter-se empático, sustentando a eficácia simbólica do seu pensamento, fazendo frente às vivências contratransferenciais que obliteram essas funções. Os pacientes precisam ser reconhecidos na sua subjetividade. O terapeuta, portanto, empresta o seu aparelho psíquico para proporcionar representações que compensem sua carência simbólica, por isso nomeia, aponta os sentimentos. Revela que é capaz de registrar, na sua subjetividade, inclusive seus sentimentos de dor, de tristeza, de remorso e de culpa.

José Ricardo Pinto de Abreu

Psiquiatra pela UFRGS, Psicanalista pela SBPdePA, Mestre UFRGS, Professor, Supervisor e Coordenador da FUMM e do Centro de Estudos Mário Martins.

Tatiane Gil Asnis

Psiquiatra, Professora e Supervisora da FUMM.

Deborah Fuzina

Médica, Especialista em Psiquiatria pela FUMM.

Luciana Cioffi

Médica, Especialista em Psiquiatria pela FUMM.

Camila Biazus

Médica, Especialista em Psiquiatria pela FUMM.

Referências

- Freud, S. (1907). **Obras Completas de Sigmund Freud.** Vol IX. Edição Standard Brasileira. **Atos obsessivos e práticas religiosas.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Klein, M. **Amor, Ódio e Reparação.** 2. ed. São Paulo: Imago, 1975.
- Grimberg, L. **Culpa e Depressão.** 1. ed. Lisboa: Climepsi, 2000.
- Costa, Gley P. **A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- Brenner, C. **Noções Básicas de Psicanálise, Introdução a psicologia psicanalítica.** Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Hinshelwood, R. D. **Dicionário do Pensamento Kleiniano.** Porto Alegre: Artmed, 1992.
- Mijolla, A. **Dicionário Internacional de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2005.

Aferir ou inferir?

Fernando Ferreira de Souza e
Mateus Frizzo Messinger

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo propor a discussão dos aspectos objetivos e subjetivos presentes no trabalho médico e psiquiátrico. Assim, buscamos definir o ato de aferir dados da realidade objetiva e o ato de inferir possíveis relações entre esses dados como ações primordiais no trabalho clínico. Apesar do condicional usado no título do trabalho, entendemos que exista não aí uma oposição excludente, mas sim duas formas de agir que, na sua interação, permitem qualquer trabalho clínico. Tendo isso em vista, usamos uma vinheta clínica de Kraepelin para ilustrar uma maneira de trabalhar em psiquiatria que, buscando lidar de modo objetivo com a doença mental, acaba por não valorizar a capacidade de comunicação entre médico e paciente.

Por outro lado, usamos uma cena de um romance que narra a interação entre uma paciente suicida em um hospital psiquiátrico e o médico que vai atendê-la.

A prática médica geral e a prática clínica na psiquiatria

No dicionário Houaiss, o termo aferir refere-se a comparar (pesos e medidas) com padrões; examinar a exatidão de (instrumentos para pesar, medir etc.);

julgar por comparação, avaliar, verificar. Por sua vez, o termo inferir diz respeito a concluir pelo raciocínio, a partir de fatos ou indícios; deduzir. Em medicina, muitos sinais são avaliados partindo de aferições. Por exemplo, dispondo-se de um manguito e um estetoscópio, pode-se aferir a tensão arterial de uma pessoa.

Partindo de estudos populacionais, níveis elevados de tensão arterial foram associados a doenças cardíacas ou renais. Partindo de estudos fisiopatológicos, níveis elevados de tensão arterial foram associados a dano vascular que, por sua vez, foi associado a doença cardíaca ou renal. Dessa forma, dados que podem ser aferidos foram acumulados e relacionados, permitindo que deles se pudesse inferir uma relação com um desfecho clínico – doença cardíaca ou renal.

Buscando uma padronização de um dado variável na população a fim de que se pudesse prever e evitar ou amenizar essas doenças, propôs-se um ponto de corte como o valor mais alto para a tensão arterial normal. Hoje esse valor é de 140/80mmHg, mas, como se trata de um valor escolhido com o embasamento científico disponível em momento histórico específico, esse valor já mudou e pode mudar novamente seguindo as mudanças no conhecimento médico. Um determinado número de aferições acima desse valor foi definido como suficiente para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e justifica o uso de medicações e a prescrição do que

se chamou de “mudanças do estilo de vida”, que incluem desde sugestões de dietas e exercícios físicos até orientações quanto ao número de horas de traba-

lho por dia, de horas de sono ou a frequência da atividade sexual que são considerados saudáveis. Essas mudanças buscam promover o que, no mesmo tom, se definiu como “qualidade de vida”. Uma maneira de viver que, de acordo com o conhecimento médico atual, prolonga a expectativa de vida e a saúde das pessoas. As prescrições de medicações para baixar a tensão arterial, assim como as prescrições que se acredita estarem de acordo com uma melhor “qualidade de vida”, também têm mudado periodicamente, de acordo com os resultados das últimas pesquisas médicas.

Nesse contexto, a psiquiatria clínica tem buscado maneiras análogas para determinar diferentes diagnósticos e tratamentos e melhorar a qualidade de vida da população. Partindo da padronização dos critérios diagnósticos das doenças mentais (de acordo com o Código Internacional de Doenças e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, podem ser aplicadas, por exemplo, escalas que buscam avaliar os sintomas que caracterizam cada condição.

Dependendo da contagem final na escala, considera-se que a pessoa tem ou não tal distúrbio – algumas vezes sugerindo também o grau de comprometimento ou a severidade do quadro.

Essas avaliações buscam orientar a prescrição dos tratamentos (por exemplo, determinada medicação ou técnica de psicoterapia), tendo suporte na autoridade dos especialistas que orientaram as sucessivas edições do CID e do DSM, que servem como molde para os estudos clínicos realizados após suas publicações. Porém, o conteúdo humano que pode estar pre-

sente na interação que se desenvolve entre médico e paciente nessas avaliações não é considerado relevante. Mesmo que possa ser objeto de estudo (qual a sensação despertada no médico ao aplicar uma escala em determinado paciente, por exemplo), o que se valoriza aqui são os dados objetivos que podem ser aferidos e o que daí se pode inferir dentro dos modelos descritivos dos manuais diagnósticos. Talvez se possa supor que uma pessoa que vem sofrendo com algum distúrbio psiquiátrico vá ter algum alívio ao ouvir que o resultado de sua avaliação condiz com manifestações de uma doença conhecida e tratável. Talvez, não. Porém, é difícil imaginar uma pessoa deprimida subitamente mais contente por seu score final na escala *Hamilton* passar de 23 para 22 (uma redução que, na interpretação dessa escala, é entendida como uma mudança de um quadro depressivo muito severo para um quadro clínico severo). Além disso, a fenomenologia descrita no CID e no DSM mudou diversas vezes desde a primeira edição, deixando evidente o caráter experimental e aleatório dos critérios ali descritos. Desde o DSM-III, por exemplo, os transtornos depressivos fazem parte do grupo maior dos transtornos de humor, dando a impressão de que a depressão é uma condição basicamente afetiva. O antigo diagnóstico de um transtorno de personalidade depressiva foi retirado do manual nessa edição, deixando em segundo plano as manifestações do jeito de ser da pessoa depressiva – a sua maneira de pensar e imaginar, de sentir e perceber seu mundo interno e externo, de falar e de se expressar (MC WILLIAMS, 2011).

As sucessivas edições do DSM:

“Se tornaram cada vez mais objetivas, descritivas e essencialmente não fundamentadas em teoria. Essas edições, inevitavelmente, minimizaram os aspectos subjetivos e apoiados em inferências do diagnóstico. Aspectos esses nos quais a maior parte dos clínicos, no final das contas, sustenta a sua avaliação” [MC WILLIAMS, 2011, p. 10, tradução dos autores].

Kraepelin e a comunicação técnica

Em seus seminários de psiquiatria clínica, Kraepelin trazia os doentes que estavam hospitalizados para mostrar aos seus alunos o exame semiológico que conduzia. Na transcrição de um desses seminários, lemos: “Senhores, à sua frente hoje vocês têm um homem de constituição forte e bem nutrido, de 21 anos de idade, que foi admitido no hospital há algumas semanas. Ele senta quieto olhando silenciosamente para a frente, e não ergue os olhos quando falamos com ele, mesmo que, evidentemente, entenda muito bem todas as nossas perguntas, já que ele as responde adequadamente, ainda que de maneira lenta e geralmente depois de repetirmos a pergunta. A partir de suas curtas respostas, pronunciadas em tom baixo, entendemos que ele pensa que está doente, mas não conseguimos nenhuma informação mais precisa sobre a natureza de sua doença ou sobre seus sintomas. Essa peculiar falta de qualquer sentimento forte diante das impressões da vida é fundamental e, junto com a preservação da capacidade de entender e de lembrar, formam a sintomatologia característica para o diagnóstico *dessa doença que temos diante de*

nós. Torna-se ainda mais claro se observarmos o paciente por algum tempo e vemos que, apesar da sua boa educação, ele fica deitado na cama por semanas ou meses, ou fica sentado por aí sem demonstrar sentir a menor necessidade de ocupação. Ele se encolhe, com o olhar fixo para a frente, inexpressivo, até que um riso sem motivo ocasionalmente apareça ou, na melhor das hipóteses, que ele vire por algum tempo as páginas de um livro, aparentemente sem ter o que dizer, e sem se preocupar com nada. Mesmo quando ele recebe visitas, ele se senta sem demonstrar interesse, sem perguntar o que se passa em casa, nem mesmo cumprimenta adequadamente seus parentes, e retorna indiferente para a enfermaria. [...] Com muito custo ele pode ser induzido a escrever uma carta, respondendo que não tem nada sobre o que escrever. Assim, às vezes ele escreve para o médico, expressando todo tipo de ideias distorcidas e malformadas, com uma maneira peculiar e boba de brincar com as palavras, em estilo razoavelmente de acordo com os padrões, mas com pouca conexão. Nessas ele implora por 'um pouco mais *allegro* no tratamento', e diz que um 'movimento *liberacionário* tendo em vista a expansão do horizonte' irá 'ergo impor alguma criatividade nos seminários' e '*nota bene*, pelo amor De Deus, não quero ser combinado com o grupo dos inofensivos. O trabalho profissional é o bálsamo da vida'" (KRAEPELIN, 1904, p. 21, tradução e grifos nossos).

Ao lermos essa e outras detalhadas descrições semiológicas de Kraepelin, fica evidente sua capacidade de observação e o valor que ele dava aos sinais obje-

tivos que apareciam na sua interação com o paciente. A importância do trabalho de Kraepelin nos é clara até hoje. Suas descrições e diferenciações entre as síndromes psiquiátricas seguem servindo como pontos de referência para a orientação dos profissionais da área. A sua descrição da demência precoce (esquizofrenia) e da doença maníaco-depressiva (transtorno de humor bipolar) ainda podem ser usadas para definir a escolha entre a prescrição de uma medicação antipsicótica ou estabilizadora de humor, medicações essas que não se conheciam na época de Kraepelin. Porém, seu trabalho não via importância no que lhe diziam os pacientes ou em como se sentiam ao interagir com Kraepelin e seus alunos. Como se o conteúdo das cartas que, forçado, o paciente escrevia ao médico nada mostrassem além de alterações da forma de pensamento, sendo o conteúdo expresso ali não levado em consideração como uma tentativa do paciente de expressar (à sua maneira desconexa) o que talvez estivesse sentindo em relação ao médico, ao hospital, ao tratamento. Atualmente, esse tipo de postura médica talvez seja mais tecnológico, mas mantém o distanciamento que tenta passar por objetividade científica. Recentemente, em uma discussão de caso com uma colega, fiquei sabendo sobre uma consultoria que um psiquiatra clínico prestou a um rapaz que ela estava medicando e vendo em psicoterapia. Depois de realizar uma série de exames de imagem que descrevem diferentes aspectos da atividade cerebral, o doente sentou-se frente ao médico e ouviu a interpretação desses estudos. Foi informado sobre os problemas

que seu cérebro tinha na atividade dopaminérgica e gabaérgica e recebeu a orientação de usar determinadas medicações e de fazer exercícios físicos regulares. O paciente estava em tratamento por uso de cocaína injetável, abuso de múltiplas medicações psicotrópicas e episódios depressivos graves, com tentativas de suicídio. Após a consultoria, ele teria comentado com sua terapeuta que achou aquela avaliação estranha, como se o médico tivesse caído de paraquedas em sua vida. Longe de tentar aqui desqualificar a possível importância dos achados desses exames, esse tipo de prática deixa a impressão de que a diferença entre um médico especialista em radiologia funcional e um médico psiquiatra talvez se limite à prescrição de medicações e a orientação de mudanças no “estilo de vida”.

Ao longo de seu trabalho, Freud formulou uma teoria na qual colocou os processos físicos ou somáticos como base do psíquico e inferiu das lacunas que sua própria observação ia delineando a existência de uma instância inconsciente que agregava as atividades orgânicas do corpo humano com o funcionamento característico do psiquismo (FREUD 1938 [1940]). Dentro dessa teoria, buscou entender as manifestações da subjetividade humana como fonte de informações sobre o estado psíquico da pessoa e como meio pelo qual uma técnica terapêutica pudesse atuar a fim de lidar com o sofrimento. Muito se fala sobre a resistência que a teoria freudiana recebeu no seu surgimento devido à maneira como a sexualidade foi abordada. Nossos antepassados da Era Vitoriana poderiam se escandalizar ao ler sobre os desejos sexuais

do pequeno Hans ou sobre os desejos homossexuais do político Schreber. Talvez essas questões não sejam mais relevantes atualmente. Para não nos afastarmos muito no tempo, em fevereiro de 2014 foi veiculada no portal de notícias da Rede Globo, na Time News-Feed e no The Guardian, a notícia de que, em uma exposição de arte em Londres, um rapaz de 19 anos irá ter sua primeira relação homossexual passiva, diante de uma plateia prevista de 50 a 100 pessoas, como parte de um projeto cultural que visa explorar o ideal da virgindade. A resistência atual ao contato com a subjetividade e a busca de um modelo clínico baseado em exames feitos a distância parecem ter outras motivações. Freud, em um de seus últimos textos, escreve que:

“A psicanálise tem pouca chance de se tornar bem-vista ou popular. Isso não se deve apenas ao fato de a psicanálise ter a dizer algo que ofende a sensibilidade das pessoas. Quase a mesma resistência se dá pelo fato de que a nossa ciência envolve um número de hipóteses propensas a parecerem muito estranhas às maneiras ordinárias de se pensar e que contradizem fundamentalmente as visões correntes” [FREUD, 1938, apud GREEN, 1986, p. 17, tradução nossa].

Sobre essas palavras, Green comenta que:

“Freud alude aqui ao inconsciente. Ele explica que as resistências ao inconsciente não se dão apenas pelo censor moral, mas também por um censor intelectual, como se a existência do inconsciente ameaçasse a razão e a lógica” [GREEN, 1986, p. 17, tradução nossa].

Ao se levar em consideração a inferência freudiana do inconsciente – uma organização básica comum à subjetividade de todos nós –, a postura de Kraepe-

lin e de seus alunos necessariamente muda. Não mais médico e pupilos se encontram diante de *uma doença* abstrata e distante, mas sim diante de um ser humano que tem basicamente a mesma estruturação psíquica que eles e que, se suas manifestações clínicas puderem ser avaliadas empaticamente, irá despertar no interlocutor manifestações que exigirão mais do que objetividade científica para serem toleradas e que podem possibilitar mais do que o brilho e a admiração dentro de uma comunidade científica.

O romance e a comunicação literária

Otto Fenichel (1998, p. 6) relata, em sua introdução à "Teoria Psicanalítica das Neuroses", que "não é em absoluto verdade que, quando se discutem acontecimentos da vida humana, se tenha de escolher entre a descrição vívida, intuitiva, de um artista e a abstração indiferente do cientista que pensa apenas quantitativamente". Apresentando a situação de sua obra como baseada nos princípios básicos descobertos pelo método empírico laborioso, manifesta que "não há necessidade, nem é permissível perder o sentimento quando o sentimento é cientificamente investigado". Em seguida, acrescenta que Freud certa vez disse que não tinha culpa de seus relatos clínicos darem impressão de um romance, concluindo que, para o entendimento do sofrimento psíquico, seriam necessárias a leitura tanto de casos clínicos romanescos como de livros de teoria psicanalítica.

Nesse sentido, citamos abaixo um trecho do romance de David Foster Wallace (Infinite Jest).

Nessa cena, um residente de psiquiatria estabelece o seu primeiro contato com uma jovem que estava internada em um hospital psiquiátrico após uma tentativa de suicídio por ingestão de altas doses do antidepressivo Tranilcipromina.

A paciente, senhorita Gompert, parecia tanto estar lutando por respirar quanto respirando tão rápido que podia induzir hipocapnia; o médico também não pôde deixar de notar que ela tinha mamas relativamente grandes, que ascendiam e logo caíam dentro do círculo que seus braços formavam ao abraçar os joelhos. O olhar fixo e vago da garota registrou o surgimento dele na porta, mas seus olhares não pareceram se cruzar quando ele caminhou em direção ao leito. [...] “Você deve ter tido realmente vontade de se machucar, então, me parece”. [...]

“Eu não queria especificamente me machucar. Ou, sei lá, me punir. Eu não me odeio. Eu só queria sumir. Eu não queria mais brincar, só isso”. “Brincar”, disse ele balançando a cabeça em concordância, fazendo pequenas anotações rápidas.

“Eu só queria deixar de estar consciente. Eu sou uma forma totalmente diferente disso que vocês chamam depressiva. Eu queria parar de me sentir assim. Se eu tivesse pelo menos conseguido me colocar num coma longo eu teria feito isso. Ou me dado choque, eu teria feito isso”. O médico estava escrevendo com grande esmero. “A última coisa que eu ia querer mais era me machucar. Eu só não queria mais me sentir assim. E não acredito... acreditava que essa sensação fosse sumir nunca. Eu não acredito. Ainda não acredito. Eu preferia não sentir mais nada do que me sentir assim.”

[...] “O que estou tentando perguntar, eu acho, é se esse sentimento que você está comunicando é o sentimento que você associa com sua depressão.” O olhar dela desviou dele. “É assim que vocês querem chamar, eu suponho.” O médico fez clique em sua caneta, lentamente, por algumas vezes e explicou que ele estava mais interessado em como *ela* iria escolher chamar o sentimento, uma vez que o sentimento era dela.

Ela voltou a estudar o movimento dos próprios pés. “Quando as pessoas chamam assim eu fico de cara porque eu sempre penso que depressão soa como se tu só ficasse muito triste, tu fica quieto e melancólico e só senta calmo na frente da janela olhando ou só ficando por ali. Num estado de não se preocupar com nada. Um tipo de estado de tristeza pacífica.” Ela pareceu ao doutor decididamente mais animada agora, ainda que ela parecesse incapaz de estabelecer contato visual com ele. A respiração dela voltou a acelerar. O médico se lembrou que episódios clássicos de hiperventilação eram caracterizados por espasmos carpopedais, e se lembrou de monitorar as mãos e os pés da paciente cuidadosamente durante a entrevista atento para qualquer sinal de contração tetânica, a qual, caso ocorra, deve receber a prescrição de cálcio endovenoso em uma solução salina na porcentagem que ele precisaria checar rapidamente.

“Bem *isso* — e ela apontou para si — não é um estado. Isso é um *sentimento*. Eu sinto por tudo. Nos meus braços e pernas.”

“Isso estaria dentro de sua queixa, suas mãos e pés? ”

“Por tudo. Minha cabeça, garganta, bunda. No meu estômago. Está por tudo em toda parte. Eu não sei como eu poderia chamar isso. É como se eu não pudesse ficar fora o suficiente para chamar de qualquer coisa. É mais para horror do que para tristeza. É mais para horror. É como se alguma coisa horrível estivesse por acontecer, a coisa mais horrível que tu pode imaginar, não, pior do que tu pode imaginar porque tem a sensação de que tem alguma coisa tu deva fazer prontamente para parar isso mas tu não sabe o que é que se tem que fazer, e aí está acontecendo, também, todo o horrível tempo, está pra acontecer e acontecendo, tudo ao mesmo tempo.”

“Então tu diria que ansiedade é uma boa parte das tuas depressões?” Agora já não era mais claro se ela estava respondendo ao médico ou não.

“Tudo fica horrível. Tudo que tu vê fica feio. Lúgubre é a palavra. O Doutor Garton disse lúgubre uma vez. Essa é a palavra certa pra isso. E tudo soa dissonante, agudo e dissonante, como se todos os sons que tu escuta de uma hora pra outra tivessem dentes. E cheirando mal como

se eu continuasse cheirando mal logo depois de sair do banho. É tipo, qual o motivo de eu tomar banho se tudo cheira como se eu precisasse de outro banho.”

[...] A expressão da jovem mulher, por sua vez, revelou que ela havia decidido fazer o que fosse necessário para ter a sua aposta nele, assim, tão cedo na relação terapêutica.

[...] “Escuta”, disse ela. “Tu já ficou enjoado? Eu quero dizer nauseado, como se tu soubesse que está para vomitar?”

O médico fez um gesto do tipo sim é claro.

“Mas isso é só no teu estômago”, disse a Kate Gompert. “É uma sensação horrível, mas é só no teu estômago.

[...] Imagina que tu sentisse isso por todo o teu corpo e por tudo em volta. Tudo através de ti. Como se todas as células e todos os átomos ou células cerebrais, ou o que seja, estivessem tão nauseados que fossem vomitar, mas não pudessem vomitar, e tu te sentisse assim o tempo todo, e tu tivesse certeza, tivesse certeza absoluta que o sentimento nunca ia sumir, tivesse certeza que tu fosse passar o resto da tua vida natural te sentindo assim.” [WALLACE, 1996, p. 70, tradução dos autores].

Nesse trecho, tanto a preocupação do médico residente com os sinais e sintomas da paciente quanto seu esforço em diagnosticar adequadamente a condição clínica (preocupado inclusive em manejar eventuais emergências caso a intoxicação da paciente ainda tenha efeitos em seu organismo) se encontram com a tentativa dela de expressar à sua maneira o que vem sentindo. A imagem que surge aí nos parece sintetizar o que nos propomos a discutir.

Conclusão

Longe de se excluírem mutuamente, a objetividade do trabalho clínico e as manifestações subjetivas que surgem no atendimento são partes de uma interação fundamentalmente humana.

Os sinais e sintomas vivenciados por uma das partes são aferidos e levam a inferências dentro do conhecimento teórico da outra parte. Duas pessoas em presença mútua tentam manter a sinceridade consigo e com o outro, frente a uma experiência emocional perturbadora. Dessa forma, tendo a presente revisão como ponto de partida, propomos a discussão do atual estado da comunicação e da relação entre médico e paciente no contexto do conhecimento científico atual.

Fernando Ferreira de Souza

Psiquiatra e Psicoterapeuta formado pela FUMM. Especialista em Psiquiatria pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Supervisor da disciplina de Interconsulta Hospitalar e do Grupo de Estudos em Dependência Química do Curso de Psiquiatria e da Residência Médica em Psiquiatria da FUMM.

Mateus Frizzo Messenger

Médico, Psiquiatra pela FUMM, Professor de Psiquiatria da FUMM e do Centro de Estudos Mário Martins. Mestrando do Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS.

Referências

- OGDEN, T. G. **Esta Arte da Psicanálise**. 1. ed. Porto Alegre: SPPA / Artmed, 2010.
- ROSENFELD, H. **Impasse e Interpretação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. 1. ed. São Paulo> Editora Atheneu, 1932/1998.
- FREUD, S. **Compendio del psicoanálisis**. In: Obras Completas Sigmund Freud. Tradução de Luis López-Ballesteros y de Torres. 1. ed. (Vol. 3, pp. 3379-3418). Buenos Aires: El Ateneo, 1938 [1940]/2003.
- GREEN, A. **On Private Madness**. London. The Hogarth Press Ltd, 1972/1986.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M.S. Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- MCWILLIAMS, N. **Psychoanalytic Diagnosis**. 2. ed. New York: The Guildford Press, 2011.
- MCWILLIAMS, N. **Psychoanalytic psychotherapy - a practitioner's guide**. New York: The Guildford Press, 2004.
- WALLACE, D.F. **Infinit Jest**. New York: Back Bay Books, 1996.
- KRAEPELIN, E. **Lectures on Clinical Psychiatry**. Edição digitalizada por Google. New York: Hefner Pub. Co.,1904.
- Time NewsFeed: **19-year-old Will Lose His virginity in Front of a Crowd for the Sake of Art**: <http://newsfeed.time.com/2013/10/25/19-year-old-will-lose-virginity-in-front-of-a-crowd-for-the-sake-of-art/>. Acessado em 29/10/13.

G1 Pop e Arte: **Artista inglês gay de 19 anos quer perder a virgindade diante do público**: <http://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2013/10/artista-ingles-gay-de-19-anos-quer-perder-virgindade-diante-do-publico.html>. Acessado em 29/10/13.

The Guardian: **Art student wants to lose virginity in front of audience - has he gone too far?**: <http://www.theguardian.com/education/2013/oct/28/art-student-lose-virginity>. Acessado em 29/10/13.

Psicoterapia com pacientes e com familiares de candidatos a transplante de órgãos

Nicole Campagnolo, Aline Kives Berger,
Camila Casagrande Biasuz e Jussara Pecis Lerrer

Introdução

“A atitude de Praskóvia Fiódorovna para com a doença do marido consistia, em resumo, em declarar a todos e ao próprio Ivan Ilitch que ele era o único culpado da moléstia e que esta não passava de mais um dos inumeráveis dissabores que causava a ela. Ivan Ilitch sentia que as palavras dela saíram involuntariamente, mas, mesmo assim, não se tornavam mais aceitáveis para ele.”

Nesse pequeno trecho do livro “A morte de Ivan Ilitch” (1886), de Leon Tolstoi, a esposa de Ivan, Praskóvia, parece ter muita dificuldade de reconhecer e manejar seus próprios sentimentos, projetando sua angústia no marido. A culpa que os familiares podem sentir com relação à doença dos pacientes pode ser influenciada por múltiplos fatores, como relacionamentos previamente conflituosos, sensação de impotência frente à evolução da doença e mudanças importantes no cotidiano do familiar devido aos cuidados com o doente, podendo gerar sentimento de raiva pelo paciente e sua patologia e, inconscientemente, desejo de morte dele, como ilustrado neste outro trecho do livro citado:

“É impraticável dizer como se dera aquilo, pois viera passo a passo, imperceptivelmente. Mas no terceiro mês da doença aconteceu que a mulher, a filha, o filho, os colegas e conhecidos, os médicos, os criados e, sobretudo, o próprio Ivan Ilitch se inteiraram de que todo o interesse que ele podia despertar nos outros consistia em saber quando abriria uma vaga, quando descansariam os vivos da angústia que causava a sua presença, e quando ele mesmo iria se livrar dos seus padecimentos.”

Esses sentimentos são percebidos com frequência nos familiares que acompanham os pacientes em lista de espera para transplante pulmonar no Serviço de Interconsulta Psiquiátrica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Em sua maior parte, saem de sua cidade natal para acompanhar o doente e acabam por se afastar de sua família, amigos e trabalho, o que gera pressão e sobrecarga considerável para esses acompanhantes.

A maioria das duplas paciente-cuidador que acompanhamos é de cônjuges, porém, este trabalho visa analisar o que acontece não somente nas relações conjugais, mas também em todo tipo de relação que existe entre paciente e cuidador e nos pactos inconscientes que acabam sendo feitos entre eles, assim como a abordagem psicoterapêutica realizada nesse contexto.

Revisão

A espera pelo transplante de um órgão do qual depende a própria sobrevivência constitui cenário no qual o traumático está presente, impondo dramáticos efeitos na vida de pacientes e familiares.

Freud postula sobre a primeira noção de trauma, associando-o a uma situação desencadeadora do desenvolvimento de um sintoma. Nesse momento, a natureza do sintoma para Freud está sempre ligada a uma real vivência sexual precoce que necessita ser lembrada para que o sintoma seja resolvido. Em 1897, em carta redigida ao amigo e interlocutor Fliess, o pai da psicanálise diz não mais acreditar em sua “neurótica”, abandonando, então, sua teoria da sedução e abrindo caminho para um aparente abandono da noção de trauma. Novos estudos a respeito da etiologia da histeria passam a dar vigência ao conceito de fantasia, o qual, inicialmente, parecia abolir a ideia de trauma. Porém, ao contrário de abandonar o conceito de trauma, Freud o ressignifica e amplia no decorrer de seus escritos. O conceito de trauma é retomado no final da Primeira Grande Guerra Mundial, quando Freud se vê diante de quadros clínicos apresentados pelos sobreviventes do campo de batalha. O conceito de trauma, teorizado a partir desse cenário, no texto de 1920 “Além do princípio do prazer”, é caracterizado como uma situação de invasão de quantidades. Nessas situações, o sujeito vê-se frente a estímulos, experiências que o psiquismo não consegue processar, aludindo, assim, ao impacto daquilo que escapa ao universo representacional do sujeito, pela sua magnitude e intensidade. Dessa maneira, a vivência traumática invade o psiquismo, acarretando o desmoronamento das barreiras de proteção que, sob funcionamento normal, viabilizam o processo de ligação e de processamento psíquico das experiências vividas

pelo sujeito. É importante salientar que essa intensidade é da ordem do excesso de ausência ou do excesso de presença. Ou seja, diante da compreensão do traumático como algo que escapa da possibilidade do sujeito de processar psiquicamente, a ausência de cuidados necessários oferecidos pelo meio inviabiliza que o sujeito acione recursos para lidar com intensidades provenientes externa e internamente. Diante dessa situação, o sujeito vê-se desamparado. Essa noção é indicada por Freud quando ele alude ao estado de desamparo inerente à condição humana.

Ao atribuir destacado valor à causa externa no processo de adoecimento, Ferenczi postula que o traumatismo é precedido de um sentimento de segurança em si e na realidade, que é abandonado pela intensidade de eventos oriundos da realidade, gerando sentimento de decepção e descrença. Como causa externa destacada pelo autor, pode-se pensar no contexto apresentado pela espera por transplante, o adoecimento físico como marca do real que invade a rotina de tais sujeitos. O sentimento de descrença, em situações mais graves, pode progredir para um estado de choque e comoção psíquica. A teorização ferencziana sobre o trauma alude ao que fica impossibilitado de ser simbolizado pelo excesso vivenciado e pela impossibilidade de um entorno que minimize os efeitos da intensidade que adentra abruptamente o psiquismo. Assim, a noção de desamparo oferece terreno para a compreensão do sujeito atordoado no contexto do traumático, no qual impera a intensidade de sua dor psíquica. Freud alerta para o caráter para-

lisante da dor, a qual evidencia a falta de recursos psíquicos qualificados e eficazes para lidar com os novos aportes de energia.

Na situação traumática configura-se uma desestabilização da economia psíquica, fazendo com que o sujeito experimente um estado de atordoamento frente ao que lhe ocorre.

Na paradoxal situação de espera por um transplante, faz-se presente o risco iminente de morte e um necessário investimento na esperança da vida. Os critérios de inclusão de um paciente na lista de espera explicitam tal paradoxo. A certeza de proximidade da morte serve como fator propulsor do ingresso no cenário da espera.

Quando pensamos na relação paciente-cuidadores, a compreensão psicodinâmica assume complexo caráter, que merece ser discutido. Notamos que, em alguns casos, uma severa patologia das funções do superego conduz a comportamento indiferentemente negligente e francamente hostil, que expressa níveis primitivos de agressão, a qual começa a dominar e amiúde destrói a dupla paciente-cuidador.

Quando a patologia do superego é severa, precursores do superego, ao mesmo tempo idealizados e persecutórios, limitam a integração do superego e facilitam a excessiva reprojeção de núcleos do superego no parceiro, o que permite que um, ou ambos, tolerem em si mesmos uma contínua reencenação de padrões contraditórios de caráter. Um dos parceiros acusa, critica e deprecia o outro e, por meio da identi-

ficação projetiva, inconscientemente induz esses comportamentos no outro.

Essas projeções podem refletir-se em distanciamento emocional defensivo entre os parceiros, que evolui em período de meses ou anos. No que tange aos casais, às vezes a dupla pode simplesmente “congelar-se” numa posição de distanciamento, que se reforça com o passar do tempo e conduz à eventual destruição ou colapso do relacionamento amoroso. Outras vezes, esse distanciamento permite a preservação da intimidade do casal em algumas áreas. Esse distanciamento crônico, mas controlado, interfere na intimidade do casal e em suas estabilizadoras continuidades comuns.

Desenvolvimentos secundários podem incluir uma racionalização reativa do comportamento agressivo de cada parceiro contra o outro.

Sem dúvida, o doente apresenta na sua personalidade as condições necessárias para assumir a doença que a família lhe delegou. Importantes estudos salientaram a influência preponderante exercida pelo ambiente familiar do indivíduo doente na origem e desencadeamento da sua doença.

Pichon-Riviere postula que o membro doente é o expoente máximo e o depositário das ansiedades e tensões de seu grupo familiar.

Quando o doente se comporta com mais normalidade, perturba-se o equilíbrio da família; em alguns casos, outra pessoa da família pode adoecer. Enquanto o paciente está doente, a família sente-se mais unida por esse peso em comum. Para além disso, cen-

trando a atenção no doente, os outros membros da família evitam enfrentar as dificuldades que existem entre si. Em função dessa dinâmica, temos que ficar muito atentos, pois a mudança gerada pela terapia supõe para o doente não a simples ameaça de uma forma de vida diferente, mas a responsabilidade de desfazer a família ou o fundamento de um dos seus membros.

Observamos que muitos casais se afastam afetivamente durante o processo evolutivo da doença. Quando esse distanciamento não é percebido e as investidas amorosas de ambos não são feitas, percebemos sofrimento muito grande dos envolvidos. Muitos não falam sobre isso ou inconscientemente negam, porém, pela angústia percebemos que algo não está bem.

A gratidão é também uma das maneiras pelas quais o amor se desenvolve e se perpetua. A capacidade de gratidão, para a qual contribuem o ego e o superego, é básica para a reciprocidade nos relacionamentos humanos; ela se origina no prazer do bebê com o reaparecimento, na realidade externa, da imagem da mãe ou do cuidador gratificantes. A capacidade de tolerar a ambivalência, que marca a mudança da fase de aproximação da separação-individação para a fase da constância do objeto, também é marcada por aumento na capacidade de gratidão. A conquista da constância de objeto também aumenta a capacidade de sentir culpa pelas próprias agressões. A culpa, conforme Melanie Klein salientou, reforça a gratidão.

A culpa também aumenta a idealização. A idealização mais primitiva é a da mãe, na fase simbiótica

do desenvolvimento, que evolui para a idealização da mãe da fase de separação-individuação. A integração do superego, que promove o desenvolvimento da capacidade para a culpa inconsciente, também estimula o desenvolvimento da idealização tanto como formação reativa contra essa culpa quanto como expressão direta da mesma culpa. Essa idealização, estimulada pelo superego, age como poderoso reforço para a gratidão como componente do amor.

O problema é que a prolongada dependência infantil e a necessária internalização da autoridade dos pais durante nossa demorada infância e adolescência tornam quase impossível conceber um superego que não inclua componentes masoquistas, isto é, alguma necessidade inconscientemente motivada para o sofrimento e sua dinâmica subjacente.

Em circunstâncias extremas, a agressão excessiva reflete-se na autodestrutividade primitiva. Uma severa doença inicial, com dor prolongada, ataques físicos e/ou sexuais, relações cronicamente abusivas e caóticas com um objeto parental, tudo isso pode se refletir em severa destrutividade e autodestrutividade.

Durante o acompanhamento dos familiares desses pacientes que se encontram enfermos cronicamente, percebemos que eles passam a viver a vida do companheiro doente e de todo o processo que envolve a doença. No caso do paciente com uma pneumopatia terminal que está aguardando em lista para transplante pulmonar, esse processo envolve muitas vezes mudar de cidade, mudar de hábitos, frequentar regularmente o ambiente hospitalar para realização de consultas

médicas e de tratamentos. Além disso, também têm de prover as inúmeras demandas que um pneumopata terminal necessita, como o uso de oxigênio, que na maioria das vezes é feito continuamente, sem o qual o paciente não conseguiria viver. O doente passa a ser o indivíduo mais importante da relação, e o cuidador frequentemente assume sozinho os cuidados e orientações da equipe médica. O cuidador começa a exigir de si mesmo um excelente desempenho, numa fantasia de que conseguirá estar sempre bem física e emocionalmente para garantir a sobrevivência do familiar doente. E surpreendentemente vemos que, nessa tentativa de estar sempre muito bem, o familiar é acompanhado de períodos de muita solidão. Ele, muitas vezes, deixa de lado a sua rotina, o seu meio social e os seus desejos em nome da pessoa enferma. E essa negação dos próprios desejos termina por gerar sentimentos ambivalentes e conflituosos, principalmente de amor e raiva. No momento em que um paciente atravessa um estágio de raiva, os parentes próximos sentem a mesma reação emocional. Primeiro há raiva do médico que examinou o doente e não apresentou logo o diagnóstico; depois, do médico que os informou da triste realidade. Há muito de inveja nessa reação, pois os familiares se sentem frustrados por não poder estar com o paciente e cuidar dele. Há também muita culpa e desejo de recuperar as oportunidades perdidas no passado. Quanto mais pudermos ajudar os parentes a extravasar essas emoções antes da morte de um ente querido, mais reconfortados se sentirão os familiares.

Nesse contexto observamos que a resiliência é uma defesa que está muito presente tanto em doente como em cuidadores. A resiliência refere-se ao processo que permite retomar algum tipo de desenvolvimento, apesar de traumas ou circunstâncias adversas. É descrita como a possibilidade do indivíduo de enfrentar as adversidades, manter uma capacidade adaptativa, recuperar-se, conseguir supera-las ou até ser transformado por elas. É referida por mecanismos que explicam a “superação”. Esses processos sociais e intrapsíquicos possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo que o indivíduo viva em ambiente não sadio, que resulta da combinação dos atributos da criança ou do jovem com seu ambiente familiar, social e cultural. A resiliência não pode ser pensada como algo que nasce com o sujeito nem como algo que ele adquire durante o seu desenvolvimento, pois ela não é fixa, pode variar dependendo do contexto.

O que é uma família atual? Por constituição da família, entendemos ser um grupo que deve estar sustentado por leis necessárias à convivência humana. É importante que elas estejam claras, pois são essas leis que irão formar o grupo. O núcleo é o vínculo, a origem é o vínculo, não a pessoa. Portanto, nas relações intervenculares é que vão se desenvolver as regras de onde irão se estabelecer os grupos.

Do ponto de vista da Teoria do Desvalimento de David Maldavsky, quando aparecem famílias tóxicas, o lugar do sujeito não se produz. Não existe um contexto empático. A angústia é descarregada uns nos outros e não existe um interlocutor básico. Famílias

tóxicas com processos somáticos são geradas por esse tipo de vinculação. Também as famílias endogâmicas funcionam desta maneira: fechadas como um clã, como uma massa sem subjetividade. Ao invés de vínculos intersubjetivos, em que se respeita a singularidade, existem vínculos transobjetivos – em que um se mete dentro do outro psíquica e fisicamente também. Então, toda essa toxicidade se atravessa entre membro e membro. Dessa maneira, circula pulsão tóxica, pulsão esta que se dirige não para fora, e sim para dentro. Muitas vezes, nesse tipo de família existe um membro que não permite a vitalidade do grupo porque necessita controlar, ter o poder. Portanto, nas famílias tóxicas e endogâmicas, o vínculo é interno, e ficam as relações como se só houvesse mundo interno. É preciso abrir esse vínculo e trabalhar a realidade externa.

Que famílias atendemos na Santa Casa? Podemos dizer que a família que atendemos nos grupos, na maioria dos casos, é uma família que está vivendo um contexto intoxicante, com poucas saídas ou válvulas de escape. Essas famílias não têm escolha, vêm de longe de sua terra natal, na maioria das vezes largaram tudo e todos e têm de encarar a doença junto com o paciente. Esse paciente em questão tem de ser acolhido pela sua família, e esta tem de se mobilizar pelo que a doença exige: atenção constante. Assim como a mãe de um bebê recém-nascido costuma agir: saindo pouco, temendo se afastar. No caso do familiar/cuidador, o temor de se afastar se dá pelo medo constante da morte.

Abordagem psicodinâmica

Como o paciente em fase terminal não pode encarar a morte o tempo todo, o membro da família não pode, nem deve, excluir todas as outras interações para ficar exclusivamente ao lado do paciente. Às vezes, ele também sente necessidade de rejeitar ou fugir das realidades tristes para encará-las melhor quando sua presença se fizer mais necessária. A culpa talvez seja a companheira mais dolorosa da morte. Quando uma doença é diagnosticada como potencialmente fatal, não é raro os familiares se perguntarem se devem se culpar por isso. "Se ao menos o tivesse mandado antes a um médico!" ou "Eu deveria ter notado a mudança mais cedo, encorajando-o a buscar ajuda logo" são as frases que ouvimos com frequência da boca das mulheres de pacientes em fase terminal. É desnecessário dizer que um amigo da família, um médico da família, podem ajudar muito uma mulher assim, aliviando-a de uma censura sem fundamento, fazendo-a entender que fez todo o possível para conseguir ajuda. Entretanto, dizer "Não se sinta culpada, porque você não é culpada" não é o suficiente. Quase sempre os pacientes se culpam devido a ressentimentos com o falecido. Quem, num momento de raiva, não desejou que alguém "sumisse do mapa", "se danasse"?

Quando a raiva, o ressentimento e a culpa se apresentam, a família entra numa fase de pesar preparatório, igual ao do moribundo. Frequentemente ouvimos parentes dizerem com orgulho que sempre mantiveram um sorriso nos lábios na frente do paciente, mas que um dia não puderam continuar as aparên-

cias. Poucos percebem que as emoções genuínas de um familiar são muito mais fáceis de aceitar do que uma máscara enganadora, através da qual o paciente enxerga de qualquer jeito e que, para ele, tem mais sentido de falsidade do que de solidariedade numa situação triste.

O modelo desenvolvido pela psiquiatra de origem suíça Elisabeth Kübler-Ross propõe uma descrição de cinco estágios pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e a tragédia. Esses estágios são conhecidos como “os cinco estágios do luto” (ou da dor da morte, ou da perspectiva da morte): negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esses estados são dinâmicos e podem coexistir por determinado período, conforme o contexto e história de vida do paciente. O mesmo acontece com os familiares, que também os vivenciam.

Se os membros de uma família podem juntos compartilhar essas emoções, enfrentarão aos poucos a realidade da separação iminente e chegarão juntos a aceitá-la. O período de fase final, quando o paciente se desprende paulatinamente do seu mundo, inclusive da família, talvez seja o de desgosto mais profundo. Não compreendem que o moribundo, que encontrou a paz e a aceitação da sua morte, tem de se separar, passo a passo, de seu ambiente, inclusive das pessoas mais queridas.

Como poderia se preparar para morrer se continuasse a manter relações cheias de sentido e que são tantas na vida de um homem? Quando o paciente pede para ser visitado por poucos amigos, depois só

por seus filhos e, finalmente, só por sua esposa, deve-se entender que essa é maneira de ele se desapegar gradualmente. Não raro os familiares mais próximos interpretam mal esse fato, como sendo rejeição, e temos encontrado diversos maridos e esposas que reagiram dramaticamente a esse desapego normal e salutar. Se conseguirmos fazer com que entendam que só os pacientes que aceitam a morte são capazes de se desapegar lentamente e em paz, estaremos prestando uma grande ajuda. Seria para eles uma fonte de conforto e consolo, e não de ressentimento e pesar. Durante esse período, a família é que precisa de maior apoio, não tanto o paciente. Não queremos concluir com isso que o paciente deva ser deixado só. Sempre devemos estar a seu dispor, mas em geral um paciente que chegou ao estágio de aceitação e de catexia pouco exige em termos de relacionamento interpessoal. Se não for explicado à família o sentido desse desligamento, podem surgir problemas.

Se tolerarmos a raiva deles, dirigida quer seja a nós, quer seja ao falecido, ou a Deus, teremos ajudado a darem passos largos na aceitação sem culpa. Se os incriminarmos por não reprimirem esses pensamentos pouco aceitos socialmente, seremos culpados por prolongar o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa deles, que resultam, frequentemente, em abalo da saúde física e emocional.

Podemos considerar que o psicanalista pode utilizar o modelo chamado *continente*, que significa deixar-se invadir por sentimentos e emoções que não podem ser pensados pelo indivíduo, e esses serão de-

volvidos adequadamente “pensados” pelo terapeuta. Como no modelo da relação mãe-bebê, sendo que o bebê, por meio do choro, mostra seu desespero, e a mãe continente acolhe, sem se desesperar, e devolve ao bebê proteção e carinho por meio de atos ou palavras. A ideia seria introjetar essa mãe continente para, assim, esta fazer parte do mundo interno do bebê. Entendemos que o foco da abordagem dinâmica dos familiares visa a auxiliar na reorganização egoica frente ao sofrimento, facilitar e trabalhar medos, fantasias, angústias, ansiedades, assim como auxiliar no enfrentamento da dor, sofrimento e medo da possibilidade e/ou proximidade da morte do ente querido. Outros aspectos relevantes seriam detectar e trabalhar focos de ansiedade, facilitar e incentivar vínculos com a equipe de saúde, além de reforçar defesas egoicas adaptativas.

Os pacientes que atendemos, como já abordamos anteriormente, referem muitos medos: haverá um órgão compatível? Esse órgão chegará a tempo? Da mesma forma, os familiares também compartilham desses medos. Além deles, também surgem os sentimentos de orfandade, o temor de ficar sem o provedor da família, assim como a perda precoce de um filho. Em muitas situações observamos que, na relação paciente-cuidador, os cuidados dispensados ocorrem na ordem inversa – os filhos estão cuidando dos pais. E isso pode assustar num primeiro momento.

Ter um espaço onde seja possível falar sobre esses temores nos parece fundamental.

Quanto à abordagem dinâmica dos pacientes, baseando-se nas vivências de sua patologia sob a ótica do trauma, ela visa compreender a vivência singular de dor psíquica desses indivíduos que enfrentam uma luta diária entre a vida e a morte. O objetivo seria poder tornar menos traumática essa vivência. Quando o trauma pode tornar-se parte do funcionamento global do indivíduo afetado, em vez de ser uma área separada e evitada, então pensamentos concretos e identificações não precisam mais tomar lugar de pensamentos criativos, sentimentos e imaginação. Em síntese, a partir daí, há possibilidade de um futuro pessoal. Participar de grupos de iguais, em geral, ajuda muito. O paciente e os familiares se beneficiam tanto do acompanhamento em grupo quanto do individual.

No que se refere aos pacientes, observamos que o grupo auxilia o indivíduo a se perceber melhor, a qualificar os seus sentimentos e falar sobre as suas angústias. Assim, podemos constatar que aquilo que num primeiro momento nos parecia ficar muito no plano do concreto passa a ter significado afetivo. O papel do terapeuta consiste em ajudar o paciente a simbolizar. Pacientes muito ansiosos ou deprimidos também se beneficiam da terapia de apoio e farmacológica, quando necessárias. O mesmo podemos dizer dos encontros com os familiares, que os fortalecem e os ajudam a acreditar que há recursos próprios para enfrentarem seus problemas. Eles precisam entender que a vida não acabou, que é necessário criar novas soluções. O grupo é uma oportunidade de os cuidadores se identificarem uns com os outros, tentando

modificar a realidade da doença que lhes foi apresentada. A vida muda muito nessas circunstâncias, mas o grupo tende a procurar a sobrevivência. O ser humano adapta-se a novas situações, apesar do enorme sofrimento e das dificuldades que o dia a dia lhe impõe. Claro que isso está diretamente relacionado à saúde mental e física dos cuidadores – não só dos cuidadores, como também de toda a família; de como essa família se organiza para enfrentar esse novo período de doença que se estabelece entre seus familiares.

Nossos pacientes apresentam sintomas psicossomáticos tanto no início quanto no curso da doença e do tratamento. Normalmente, o paciente vem para o atendimento individual ou em grupo encaminhado pelo médico, mas sempre acompanhado de um familiar. Muitas vezes, somos nós, terapeutas, quem faz a função de decodificador da angústia sinal, pois há uma deficitária estruturação narcisista nesse tipo de paciente.

Na grande maioria das vezes, é saber entender quais são os limites que a realidade externa impõe e reorganizar a vida em função deles. Aqui nos referimos ao instinto de vida, da capacidade de cuidar de si próprio para poder cuidar do outro. Dar apoio ao doente em todos os sentidos é mostrar que está por perto. Mas para isso os familiares precisam estar bem consigo mesmos, com seus corpos, com sua saúde, emocionalmente equilibrados e razoavelmente satisfeitos de viver na adversidade.

Numa ocasião, a esposa de um paciente compartilhou no grupo que teve muitas vezes vontade de de-

sistir, de dar no “pé”, de “fugir”, porém, não aguentaria a culpa de “abandonar o barco”. Contou assim uma linda metáfora: “Numa antiga fazenda tinha um capataz que foi requisitado a sacrificar um lindo cavalo de raça que tinha quebrado a pata. O capataz cavou um enorme buraco para enterrar o animal. Muito emocionado, ele não conseguiu sacrificá-lo. Em vez disso, colocou o cavalo no buraco e foi atirando terra por cima dele. Ao colocar terra em cima de terra, o cavalo começou a se erguer e, ao final, conseguiu sair capengando, mas saiu do buraco, sem ser sacrificado”.

Esta tem sido a ideia do trabalho no grupo de familiares: que cada um consiga descobrir uma forma, uma saída, apesar do sofrimento e preocupação constantes, de sobreviver às adversidades e à insegurança com o futuro. Também não se deve tratar o doente com excesso de cuidados e preocupações, deixando de lado sua própria vida.

Não se pode ajudar ao próximo sem que antes se tenha condições de ficar em pé, vivo. É preciso aceitar a doença e conviver com ela, porque não se sabe o tempo que levará para que o transplante aconteça. Também não se deve permitir que a vida passe a girar somente em torno da doença. No grupo de apoio aos familiares, falamos de vida, também falamos do medo da morte, mas focamos em como administrar e viver essa vida dentro dessa realidade. É comum, quando morre um dos doentes, logo depois algum familiar também adoecer. Muitas vezes os pacientes têm um desenlace fatal, então tratamos de proteger os familiares do doente para que a perda não seja um

novo traumatismo que provoque novas patologias nos familiares. Essa troca no grupo de iguais auxilia a enfrentar as perdas. Entre eles há uma troca ativa de ideias e apoio mútuo. A nossa escuta atenta e envolvida provoca um novo investimento nesses cuidadores, que tentam, junto conosco e com o grupo, recuperar um sentido de sua vida. O que pensamos sobre *setting* nesses casos?

Algumas vezes as mudanças de *setting* no atendimento de pacientes em fila de espera de um transplante são determinadas pelas limitações causadas pelas doenças, exigindo assim que o atendimento se realize em ambientes pouco acolhedores à dupla terapeuta-paciente. Aqui estamos falando de atendimento hospitalar, diferente dos ambientes acolhedores de um consultório particular ou mesmo em domicílio. Os grupos com pacientes são realizados na sala de fisioterapia em função da necessidade de uso de oxigênio constante, e os grupos de apoio aos familiares acontecem no estar médico, numa pequena sala, com cadeiras e poltronas, que tentamos tornar agradável. Nesses casos, o terapeuta encarregado do grupo vê-se às voltas com a tarefa de construir com os pacientes as condições necessárias para que o processo terapêutico possa se estabelecer. Outra questão importante sobre o *setting* diz respeito às limitações psíquicas de alguns pacientes em termos de capacidade associativa e de representação psíquica, convocando o terapeuta a encontrar saídas criativas e levando-o a uma participação mais ativa. Sabe-se que pacientes psicossomáticos têm um pensamento operatório pouco

desenvolvido do ponto de vista da capacidade simbólica. Inúmeras vezes o grupo centra-se em atividades meramente operativas, em que não entram em questão sentimentos, desejos ou fantasias. Os pacientes que têm capacidade simbólica acabam ajudando muito aqueles que carecem desse recurso tão importante que o ser humano tem para lidar com as adversidades que a vida ou, nesses casos, a morte lhe impõem.

Conclusão

Em primeiro lugar, não podemos deixar de citar o amor, sentimento sempre presente, de formas diferentes, nos cuidadores dos pacientes enfermos. Esses familiares, na maioria das vezes, não são residentes de Porto Alegre e vêm de outras cidades para que o paciente possa entrar em lista de espera para o transplante pulmonar. Deixam não só a sua residência, mas também sua vida profissional e social de lado para manterem esses cuidados. Dedicam-se ao paciente de tal forma que o amor implicado fica explícito.

De outro lado, aparecem outros sentimentos como os de culpa, raiva, solidão e tristeza. A culpa que os familiares podem sentir em relação ao paciente pode estar relacionada ao sentimento de impotência – acreditando que poderiam ter feito algo diferente que pudesse ter evitado a doença – e também ao sentimento de raiva – pelas dificuldades e privações impostas a suas vidas, gerando, inconscientemente, desejo de morte do paciente.

Devemos levar em consideração que o contrato não verbal do casamento provém, principalmente, de

relacionamentos na infância, e que o tipo de relação estabelecida será pautado nisso.

Muitas vezes uma severa patologia das funções do superego do familiar conduz a um comportamento indiferentemente negligente e francamente hostil, afastando-o do paciente.

Existem estágios, conforme descrito por Elisabeth Kübler-Ross, que não só o paciente, mas também os familiares enfrentam no processo da doença. É importante que os profissionais de saúde possam conhecer essas fases para dar o suporte necessário ao cuidador, dando subsídios para uma melhor aceitação e compreensão da doença e, muitas vezes, da morte. Por esses motivos, constatamos que tais pacientes exigem mais de nosso funcionamento mental e principalmente de nossas capacidades empática e criativa, estando aí a importância do uso da contratransferência para recuperarmos os afetos perdidos durante a evolução da doença.

Nicole Campagnolo

Psiquiatra e Psicoterapeuta formada pela FUMM. Especialista em Psiquiatria pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Supervisora da disciplina de Interconsulta Hospitalar do Curso de Psiquiatria e de Residência Médica em Psiquiatria da FUMM.

Aline Kives Berger

Especialista em Psiquiatria pela FUMM e pela ABP. Especialista em Psicoterapia pelo Celg/Hcpa. Supervisora da Disciplina de Interconsulta Hospitalar da FUMM.

Camila Casagrande Biasuz

Médica, especialista em psiquiatria pela FUMM.

Jussara Pecis Lerrer

Psicóloga Clínica, Especialista em Psicoterapia pela FUMM (Coordenadora e Supervisora do Curso de Psicoterapia da FUMM). Psicanalista egressa do Instituto de Psicanálise da SBP de Porto Alegre

Referências

- BOTEGA, N. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.
- COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 1999.
- COSTA, G.; KATZ, G. **Dinâmica das Relações Conjugais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- EIZERIK, AGUIAR E SCHESTATSKY. **Psicoterapia de orientação psicanalítica - Fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed.
- GRINBERG, L. **Culpa e Depressão**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000 KERNBERG, O.F. **Psicopatologia das Relações Amorosas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras religiosos e aos seus próprios parentes**. 9. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008 MENDES, LUSTOSA E ANDRADE. **Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde**. Revista SBPH, junho 2009.
- TOLSTOI, L. **A Morte de Ivan Ilitch**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.
- WASCHBURGER, E. M. P. **Transplante pulmonar e psicanálise: intersecções em um cenário de espera**. Porto Alegre, 2010.

Os transtornos de personalidade e a prática psicoterápica de orientação psicanalítica contemporânea

Gley Costa

Introdução

Os transtornos de personalidade constituem grande parte da clínica psicoterápica de orientação psicanalítica na atualidade. Tendo em vista o diagnóstico e tratamento desses pacientes, neste trabalho descrevemos os paradigmas teóricos e as abordagens psiquiátricas e psicanalíticas mais reconhecidas, introduzindo o conceito de caráter, a partir do qual chegamos à concepção de “estrutura da mente”, a qual nos permite diferenciar personalidade normal de personalidade patológica. Um caso clínico ilustra o trabalho.

Obra freudiana

Dos 23 volumes das Obras Psicológicas Completas de Freud, em apenas cinco artigos encontramos a palavra personalidade, totalizando oito referências. A primeira é de 1900, em *A interpretação de sonhos*, no capítulo que trata das relações entre sonhos e doenças mentais, dizendo que, de acordo com Spitta (1882), “nos sonhos pode haver uma reversão de personalidade” (p. 95), e, mais adiante, que, de acordo com

Radestock (1879), "nos sonhos, a personalidade pode ser cindida", equivalente, acrescenta Freud, à "cisão da personalidade na paranóia alucinatória" (p. 96-97). Três outras citações vamos encontrar ao longo artigo *O homem dos ratos*, estudo de um caso de neurose obsessiva, de 1909, em que se lê: "Meu paciente tinha se desintegrado em três personalidades: uma personalidade inconsciente e duas pré-conscientes, entre as quais pudesse oscilar sua consciência" (p. 249). Na sequência, cita uma paciente, também obsessiva, "que se viu desintegrada em uma personalidade tolerante e alegre e em uma personalidade excessivamente melancólica e asceta. Estabeleceu a primeira delas como seu ego oficial, em que pese ser dominada pela segunda" (p. 249-250). A citação seguinte vamos encontrar na descrição da teoria estrutural da mente, em *O ego e o id*, de 1923. Neste artigo, ele deixa claro que, do ponto de vista psicanalítico, o conceito de ego, constituído estruturalmente por identificações, substitui e se superpõe ao de personalidade, esclarecendo que "talvez o segredo dos casos daquilo que é descrito como 'personalidade múltipla' seja que as diferentes identificações (do ego) apoderam-se sucessivamente da consciência" (p. 45). Mas acentua: "Mesmo quando as coisas não vão tão longe, permanece a questão dos conflitos entre as diversas identificações em que o ego se separa, conflitos que, afinal de contas, não podem ser descritos como inteiramente patológicos" (p. 45). No mesmo artigo, ao explicar que, na melancolia, a catexia de um objeto perdido volta ao ego por meio de uma identificação, esclarece que esse

tipo de substituição "efetua uma contribuição essencial no sentido da construção do chamado 'caráter do ego'" (p. 43), portanto, "um precipitado de catexias objetais abandonadas que contém a história dessas escolhas de objeto" (p. 43-44). Na conferência *A dissecção da personalidade psíquica* (1933[1932]), deixa claro que concebia a "personalidade psíquica", como sendo formada pelas estruturas id, ego e superego. A última citação de Freud encontra-se em uma carta aberta a Romain Rolland por ocasião de seu setuagésimo aniversário, intitulada *Um distúrbio de memória na Acrópole* (1936), na qual, a partir de uma experiência pessoal, procura traçar uma distinção entre "desrealização", quando o ego rejeita a realidade, e "despersonalização", "que se descreve mais corretamente como 'personalidade dividida'" (p. 300).

Personalidade

De maneira geral, a literatura psicanalítica estuda a tipologia da personalidade sob o título de caráter, razão pela qual o verbete *personalidade* não costuma aparecer nos dicionários de psicanálise. Uma das exceções é o *Psychoanalytic Terms and Concepts*, editado por Moore e Fine (1990), que conceitua personalidade como um padrão de comportamento observável, costumeiro e, em condições habituais, até certo ponto predizível, caracterizando o dia a dia de cada um. De acordo com essa fonte, o termo tem aplicações amplas e abrange os conceitos de temperamento e caráter. O temperamento é a parte constitucionalmente determinada, englobando as tendências

afetomotoras e cognitivas, enquanto o caráter compreende os comportamentos egossintônicos e racionalizados resultantes de experiências evolutivas. Na prática, os dois conceitos se sobrepõem, sendo mais frequente o termo *caráter*, em duas acepções: a clínica, relacionada com a condição psiquiátrica à qual inferimos ser análoga ou à qual mais se aproxima, e a desenvolvimental, relacionada com a fase da libido de cujas características supomos derivar. No primeiro caso, teríamos, por exemplo, o caráter histérico, obsessivo, fóbico, esquizoide, depressivo e maníaco, e, no segundo, o caráter oral, anal, fálico uretral e fálico genital.

Transtornos de personalidade

Por muito tempo, os psiquiatras utilizaram o diagnóstico de “distúrbio de comportamento” ou “distúrbio de personalidade” para englobar a psicopatia, as perversões e as toxicomanias, manifestações que tinham em comum o fato das serem desaprovadas pela sociedade por se tratarem de atos aparentemente voluntários. Embora de difícil tratamento por meio do *insight*, nem por isso fogem à compreensão da psicanálise (RICROFT, 1968). Mais recentemente, foi cunhada a expressão *transtornos de personalidade*, largamente utilizada na atualidade. Conforme a *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*³, os transtornos de personalidade são condições e padrões mais ou menos estáveis de comportamento característicos de cada indivíduo que se revelam no seu estilo de vida e na maneira de se relacionar consigo mesmo e com os outros, podendo surgir precocemente, no final da infância e da adolescência, ou mais tarde, como resultado tanto de fatores constitucionais como de experiências de relacionamento. Eles não são secundários a outro transtorno mental ou doença cerebral, embora pos-

3 De acordo com essa classificação, os Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos (F60-69) incluem os Transtornos específicos de personalidade (paranoide, esquizoide, antissocial, borderline ou limítrofe e outras); os Transtornos de personalidade mistos; as Alterações permanentes de personalidade, não atribuíveis a lesão ou doença cerebral (após experiência catastrófica ou doença psiquiátrica e outros); Transtornos de hábitos ou impulsos (jogo, roubo, tricotilomania e outros); Transtornos de identidade sexual (transexualismo e outros); Transtornos de preferência sexual (fetichismo, exibicionismo, pedofilia e outros); Transtornos psicológicos e de comportamento associados ao desenvolvimento e orientação sexuais (incertezas e insatisfações com a identidade ou a preferência sexuais); Outros transtornos de personalidade e de comportamento em adulto; e Transtorno não especificado de personalidade e comportamento em adulto. Como se observa, trata-se de uma classificação essencialmente descritiva que busca uma precisão diagnóstica objetiva e isenta de teorias, visando padronizar a comunicação entre psiquiatras clínicos e pesquisadores de diferentes orientações.

sam preceder ou coexistir com outras patologias. Os transtornos de personalidade devem ser distinguidos das *alterações de personalidade*, usualmente adquiridas na vida adulta em consequência de estresse grave ou prolongado, privação ambiental extrema, transtorno psiquiátrico sério, doença ou lesão cerebral.

No campo da psicanálise, entre os que se dedicaram ao estudo dos chamados "transtornos de personalidade", destaca-se Kernberg (1984), que desenvolveu a teoria, o diagnóstico e o tratamento de pacientes *borderlines* e, também, narcisistas graves, estes últimos não incluídos na CID-10. Conforme esse autor, os quadros *borderlines* devem ser diferenciados, de um lado, das neuroses e patologia de caráter neurótico, e, de outro, das psicoses, em particular da esquizofrenia e dos transtornos afetivos maiores. Além dos aspectos descritivos da patologia, ele enfatiza as características estruturais intrapsíquicas dos pacientes com organização *borderline* de personalidade. Como forma de tratamento, Kernberg propõe a "psicoterapia expressiva" e a "psicoterapia de apoio", ambas derivadas do referencial psicanalítico, associadas, nos casos indicados, ao tratamento hospitalar prolongado em comunidade terapêutica. Em relação ao narcisismo, ele considera uma forma normal e uma forma patológica, a qual ele subdivide em dois tipos: 1) os casos de "escolha objetal narcisista", conforme Freud (1914), encontrados na homossexualidade feminina e masculina; 2) a personalidade narcisista propriamente dita, caracterizada pela presença de um *self* patologicamente grandioso. Refere Kernberg que esses

pacientes, em que pese terem um conceito muito inflado de si mesmos e um grau exagerado de autorreferência em suas interações com os outros, revelam, opostamente, sentimentos de extrema inferioridade e necessidade excessiva de serem amados, admirados e reconhecidos. Embora haja alguma integração de suas experiências de *self* conscientes, o que os diferencia dos pacientes *borderlines*, as personalidades narcisistas apresentam uma vida emocional superficial e uma impressionante ausência de capacidade para um conceito integrado dos outros. Além disso, sentem pouca empatia pelas demais pessoas e apresentam um domínio das mesmas operações defensivas primitivas que caracterizam a organização de personalidade *borderline*. Para os casos menos graves, ainda que, geralmente, costumem buscar tratamento em uma fase adiantada da vida, devido ao surgimento de sintomas neuróticos e/ou depressivos, a indicação é a psicanálise, com bom prognóstico, conforme a experiência de vários psicanalistas. Já para os casos mais graves, segundo o autor, o tratamento deve ser o mesmo daquele delineado para a organização *borderline* de personalidade.

Caráter

Se o emprego do termo personalidade é restrito em psicanálise, o mesmo não se pode dizer de *caráter*, abundante na literatura psicanalítica. Em um artigo breve, mas marcante e, na época da apresentação, polêmico, publicado em 1908 sob o título de *Caráter e erotismo anal*, Freud descreveu uma síndrome for-

mada por três traços de caráter (ordem, parcimônia e obstinação) encontrada em pacientes que na infância custaram a controlar o esfíncter anal e que, depois, revelaram prazer suplementar do ato de defecar, restando as fezes por tempo prolongado. Ele destaca que os traços de caráter permanentes são um prolongamento inalterado das pulsões sexuais que buscam descarga por meio das zonas erógenas, uma formação reativa ou, como no caso da tríade citada, uma sublimação. Estabelecendo claramente uma relação entre caráter e erotismo, em 1916 Freud publicou *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico*, compreendendo três ensaios: o primeiro sobre *As "exceções"*, dando como exemplo Ricardo III, de Shakespeare; o segundo sobre *Os arruinados pelo êxito*, exemplificando com Lady Macbeth, outra personagem de Shakespeare; e o terceiro sobre *Criminosos em consequência de um sentimento de culpa*, apresentando um ponto de vista inteiramente novo sobre a psicologia do crime. Trata-se, nos três casos, de manifestações caracterológicas evidenciadas pelo trabalho analítico, funcionando como verdadeiras resistências ao seu desenvolvimento. Em 1931, finalmente, foi a vez de *Tipos libidinais*, um estudo realizado à luz da teoria estrutural, descrita oito anos antes (*O ego e o id*, 1923), na qual Freud concebeu a mente formada por três instâncias: *ego*, *id* e *superego*. No referido artigo, descreve três tipos libidinais puros (erótico, obsessivo e narcísico) e três tipos libidinais mistos (erótico-obsessivo, erótico-narcísico e narcísico-obsessivo), todos

eles podendo existir sem qualquer sintoma neurótico, principalmente os tipos caracterológicos puros.

Deve-se a Abraham (1959) o desenvolvimento dos estudos mais importantes da literatura psicanalítica sobre o caráter, escritos em 1921 (caráter anal), 1924 (caráter oral) e 1925 (caráter genital), manifestando a convicção de que os elementos da sexualidade infantil que são excluídos da vida sexual do adulto sofrem em parte uma transformação que os converte em certos traços de caráter. A partir dessa concepção ele desenvolve a ideia de fontes orais, anais e genitais do caráter, considerando que o caráter definitivo do indivíduo depende da história de seu complexo de Édipo e, em particular, da capacidade que adquiriu para transferir seus sentimentos cordiais a outras pessoas ou ao seu meio social como um todo. Para Abraham, uma pessoa normal, no sentido social, é aquela que não se vê impedida por uma excentricidade muito grande em seu caráter de se adaptar aos interesses da coletividade, acentuando que o que a sociedade espera do indivíduo é que seus traços de caráter lhe permitam encontrar um termo médio entre a extrema crueldade e a exagerada bondade, entre a avareza e a extravagância.

Um dos tratados básicos e do mais amplo conhecimento entre psicanalistas do mundo inteiro chama-se *Teoria psicanalítica das neuroses*, publicado por Fenichel em 1945. Nele encontramos um capítulo intitulado "Transtornos do caráter: bases para a criação de uma caracterologia psicanalítica", no qual se lê: "É impossível ocupar-se de como as atitudes ou os sinto-

mas neuróticos se acham refundidos na personalidade sem um conhecimento do que é a 'personalidade'" (p. 518). A leitura desse longo capítulo nos leva a concluir que o autor equipara o conceito de personalidade ao de mente segundo a teoria estrutural de Freud e define o caráter nos termos em que descreve as funções do ego, ao acentuar que o caráter, na medida em que representa a maneira habitual de procurar harmonizar as tarefas impostas pelas exigências internas (entenda-se id e superego) com aquelas oriundas do mundo externo, constitui, sem dúvida, a função daquela parte da personalidade permanente, organizadora e integradora que corresponde ao ego. Essa compreensão do que se pretende definir com a palavra caráter em psicanálise é coerente com o texto de Freud de 1908 (*Caráter e erotismo anal*) em que afirma que "os traços permanentes de caráter são ou prolongamentos inalterados dos impulsos originais, ou sublimação desses impulsos, ou formações reativas contra os mesmos" (p. 181).

O caráter, no entanto, constitui não uma estrutura mental, mas atributos de uma estrutura, que é o ego, como acentuou Freud nas *Novas conferências* (1932) ao dizer que o caráter deve ser atribuído ao ego. Nessa linha, podemos entender o caráter como o modo de funcionamento do ego, do ponto de vista tanto defensivo quanto adaptativo, revelando suas relações com as exigências pulsionais, suas identificações objetivas, o nível dos conflitos e o mundo de fantasias e suas angústias correspondentes. Em seu conjunto, o caráter reflete a história das articulações do indivíduo

com o mundo interno e externo. O caráter pode ser funcional (adaptativo) ou patológico, não se devendo subestimar o entorno sociocultural em que ele se manifesta. No primeiro caso, fala-se, geralmente, em *caráter neurótico*, correspondendo à expressão relacional e comportamental da estrutura neurótica de base enquanto não está descompensada. No segundo caso, patológico, costuma-se falar em *neurose de caráter*, verdadeiras organizações defensivas assintomáticas, sendo as menos graves as correspondentes às personalidades histéricas, obsessivas e depressivas, as de média gravidade as caracteropatias orais, passivo-agressivas, sadomasoquistas e com componentes narcisistas e perversos, e, por fim, as mais graves, aquelas relacionadas com as chamadas personalidades infantis, narcisistas, antissociais, "como se", pré-psicóticas e psicóticas, além das derivações sexuais múltiplas e das toxicomanias. Existem autores que, levando em consideração a maneira como se articulam os mecanismos reativos e de clivagem, subdividem a patologia do caráter em "neurose de caráter", "psicose de caráter" e "perversão de caráter" (BERGERET, 1974).

Um aspecto relacionado com o caráter são os chamados *traços de caráter*, compreendendo as características complementares que se aliam ao caráter básico ou dominante. Assim, é possível descrever uma pessoa como um caráter obsessivo com traços de caráter histérico ou, opostamente, uma pessoa como um caráter histérico com traços de caráter obsessivo. Contudo, essa distinção nem sempre é considerada,

observando-se, na maioria dos trabalhos, uma superposição entre caráter e traço de caráter.

Maldavsky (1995) destacou que o universo sensorial caracterizado pela falta de qualificação afetiva, característica dos estados de desvalimento, além dos quadros psicopatológicos que configuram essa clínica, inclui os traços de caráter resultantes de uma vulnerabilidade tóxica, fruto da relação com uma mãe que não atende de maneira adequada às necessidades do recém-nascido, deixando uma falha na constituição da consciência original. Ao abordar as relações entre os traços de caráter e a fixação ao trauma, refere:

Esses traços caracteriopáticos (próprios da formação substitutiva) embricam-se em uma alternância que põe em evidência três aspectos da fixação ao trauma: a decepção da aspiração de ligação libidinal como caminho para a complexização vital; a conseqüência disto, quer dizer, a tendência a deixar-se morrer, obtendo um gozo na auto-imolação raivosa e, por fim, o esvaziamento de toda a energia inerente às pulsões de vida (p. 52).

Entre os traços de caráter mais comuns na clínica do desvalimento encontra-se a *viscosidade* (BICK, 1968), resultante da necessidade de apegar-se a um mundo imediato e sensível. Geralmente, esse apego se apresenta sob a forma de uma docilidade lamuriosa, mediante a qual o indivíduo procura despertar a compaixão do interlocutor. Os pacientes com essa característica precisam não só ver e ouvir o analista como, em muitos casos, também tocá-lo, procurando introduzir novos assuntos no final da sessão para prolongar o seu término. Entretanto, essa conduta não apresenta correspondência simbólica de inscrições psíquicas, na

medida em que, nos pacientes que compõem a clínica do desvalimento, as lembranças encontram-se desinvestidas. Em outras palavras, não se trata, como nos neuróticos, da revivescência de um luto, mas de uma tentativa de conduzir o analista para um universo relacional esterilizante e suficientemente frustrante para gerar impulsos raivosos contra o paciente e o desejo de se ver livre dele. É quando se instala esse quadro que se evidencia a eficácia da defesa e se torna exposto o mundo interno do paciente, dominado por um “déspota louco”, de quem o que mais aspira é livrar-se, refletindo a ausência de uma mãe capaz de receber, conter e atenuar a angústia de morte do bebê. Por outro lado, a situação reflete, também, a luta que o paciente empreende para receber algum investimento afetivo e o seu repetitivo fracasso. Tendo presente a libido intrassomática, refere Maldavsky (1995a) que a adesividade desses pacientes corresponde a uma lógica respiratória que visa a criação de um vazio por aspiração, tipo ventosa, bem diferente da lógica implicada na sucção oral. Eventualmente, a lógica respiratória combina-se com a lógica circulatória, quando então o nexó da adesividade é da sanguessuga. Esse traço de caráter pode ser observado em um grupo mais amplo de pacientes que apresentam a tendência a apegar-se ao analista, a elogiar o seu trabalho, sem realizar, no entanto, qualquer mudança importante.

Outro traço é o *cinismo* (MELTZER & WILLIAMS, 1988/1990), que ataca a possibilidade de gerar ilusões, condenando todo o projeto vital à aniquilação, com vista a um gozo por deixar-se morrer como re-

sultado da identificação com um objeto ominoso que destitui a relação de subjetividade. Os pacientes com esse traço de caráter costumam apresentar-se com uma fachada sarcástica, de falsa felicidade, com a qual procuram encobrir a própria desgraça, que consiste em viver sem projetos e sem esperança.

Por fim, o traço de caráter *abúlico* (MALDAVSKY, 1996) aparece nos pacientes como estado final, quando a pulsão de morte impõe a monotonia e sua tendência à inércia. Esses pacientes, descritos como apáticos, letárgicos, astênicos ou desvitalizados, verdadeiros mortos-vivos, paradoxalmente, podem apresentar, ao longo da análise, reações exacerbadas de fúria quando o analista consegue tirá-lo dessa condição anímica, revelando que, por meio desse traço patológico de caráter, aspiram impor ao mundo a mais absoluta ausência de tensão vital. Assim como os anteriores, esse traço de caráter expressa uma vicissitude da pulsão diante de um trauma, que se estabelece quando o ego se confronta com o perigo proveniente de forças que o suplantam e das quais não consegue fugir – situação em que se deixa morrer. Como salientou Freud (1923), no caso do adulto, viver tem o significado de ser amado pelo superego, correspondendo, na infância e em certos momentos ao longo da existência, merecer o amor da realidade, a qual representa o *id* e está representada pelos poderes protetores objetivos. Quando falta essa proteção, o ego não encontra outra saída que não seja abrir mão da vida. Do ponto de vista econômico, esse “deixar-se morrer”, causado por um trauma, corresponde a um desinvestimento do

ego pelo narcisismo e pela autoconservação, revelando a eficácia do impulso de morte. Maldavsky (op. cit.) destaca que esse rasgo caracterológico pode se transmitir ao longo de gerações, configurando uma “linha-gem abúlica”, como resultado de processos tóxicos e traumáticos vinculares.

Neurose de caráter

Embora de uso corrente em psicanálise, o conceito de *neurose de caráter* carece de precisão. O conhecido vocabulário de psicanálise de Laplanche e Pontalis (1967) define neurose de caráter como um tipo de neurose em que a defesa se expressa não pela formação de sintomas, mas por traços de caráter, comportamentos ou uma organização patológica do conjunto da personalidade. A origem dessa denominação remonta aos trabalhos sobre tipos de caráter relacionados com a evolução da libido de Freud (1908, 1915, 1931), os importantes estudos de Abraham (1921, 1924, 1925) sobre o tema e as concepções teóricas e técnicas de Reich (1933) sobre a “courage caracterológica”.

O termo não é utilizado com rigor, podendo designar variados quadros neuróticos que, aparentemente, não apresentam sintomas de forma evidente, expressando-se por comportamentos que demandam dificuldades de relacionamento com o meio. Geralmente as neuroses de caráter são consideradas correspondentes aos quadros psiquiátricos conhecidos ou às etapas de evolução da libido.

Em *Caráter e erotismo anal* (1908), Freud procurou explicar a formação do caráter como resultante

da utilização de dois mecanismos de defesa do ego: a formação reativa e a sublimação. Nas neuroses de caráter, predomina a formação reativa, constituindo organizações defensivas com a qual o indivíduo se defende não só da ameaça pulsional como também do próprio aparecimento do sintoma, distinguindo-se deste pela relativa integração no ego, por isso consideradas como manifestações neuróticas egossintônicas, em oposição aos sintomas neuróticos, que seriam distônicos em relação ao ego. Devido a essa presença marcante da formação reativa, as neuroses de caráter apresentam-se como verdadeiras neuroses obsessivas em que sintomas como obsessões e compulsões são discretos.

Alguns autores pretendem conferir à neurose de caráter uma estrutura psicopatológica pré-psicótica, e outros procuram situar as manifestações caracteriais entre os sintomas neuróticos e os quadros psicóticos. Contudo, o caráter não pode ser considerado uma estrutura, e, quando levamos em consideração o conceito de estrutura psicológica, como se faz habitualmente no marco teórico psicanalítico, a verdade é que a questão da presença ou ausência de sintomas perde muito a sua importância.

Neurose de comportamento

De acordo com Marty, no neurótico cada representação contém elementos de todas as etapas passadas, constituindo-se uma cadeia central que agrupa e ressignifica por hierarquia evolutiva as representações das etapas prévias, permitindo que uma situa-

ção aportada em qualquer nível de funcionamento tenha sucesso em se integrar e encontrar uma solução dentro do psiquismo. Contudo, existem pessoas que, por diversas razões, na constituição do seu psiquismo não tiveram a possibilidade de ir hierarquizando e reorganizando as funções psíquicas em sua passagem pelas diferentes etapas do desenvolvimento psicosexual até o complexo de Édipo. Nessas situações, organizam-se cadeias laterais, mais ou menos ligadas entre si, que não permitem que a excitação se reparta uniformemente entre as representações. Muitas dessas cadeias, formadas por representações-coisa ligadas à motricidade e à sensorialidade, não se prestam ao processo associativo, resultando em uma matriz representacional pobre e cheia de buracos. Esse modelo de funcionamento psíquico, de acordo com o autor, configura a *neurose de comportamento*, observada em pacientes que costumam se desenvolver intelectualmente e ser exitosos no campo profissional. Em sua vida, a atividade, particularmente a motriz, ocupa o primeiro lugar. Em oposição, a capacidade de fantasiar é muito precária, e os afetos são escassos. Quando falha o regulador principal e o conflito não pode ser elaborado devido à dificuldade de tramitar os afetos pela via mental, o inconsciente é tocado diretamente sem poder diferir a excitação. Nesses casos, é provável que o movimento contraevolutivo que se inicia não encontre pontos de fixação mentais e que, na sequência, as funções se desagreguem pouco a pouco até atingir o corpo (SOLDATI, 2015).

Análise do caráter

Partindo da base de que existem sucessivos momentos na constituição do aparelho psíquico e de que estes estão determinados por dois eixos fundamentais – a evolução da libido e a evolução do ego, com uma lógica que os articula –, podemos dizer que o método de tratamento criado e desenvolvido por Freud tem como objetivo a análise do caráter, onde se concentram as defesas mais consistentes do paciente. A verdade é que pouco adianta esbater os sintomas, mantendo a estrutura caracterológica intata. Essa linha de pensamento é coerente com Reich (1928), ao enfatizar que a sintomatologia surge de uma base caracterológica que se erige no processo analítico sob a forma de uma couraça defensiva, denominada “barreira narcisista”, a qual impede que se cumpra a regra fundamental do tratamento que é a associação livre. Esclarece esse autor que o sintoma neurótico é experimentado pelo paciente como um corpo estranho, algo disruptivo, alheio à sua personalidade, enquanto o traço neurótico de caráter, assim como a tendência exagerada à ordem do caráter compulsivo ou a angustiada timidez do caráter histérico, para citar dois exemplos, encontram-se organicamente incorporadas à personalidade. Visando enfatizar a importância da análise do caráter, Reich nos coloca diante de uma situação clínica muito interessante. Ele nos fala de dois homens com ejaculação precoce. Embora apresentem o mesmo sofrimento, um pode ter um caráter passivo-feminino, e o outro, um caráter fálico-agressivo. Situação semelhante, diz o autor, pode ocorrer com duas mulheres com uma

perturbação digestiva: numa identificamos um caráter compulsivo, e na outra, um caráter histérico. Apesar da importância da análise do caráter, salienta Reich que a análise do caráter não é uma técnica que possa ser utilizada por principiantes; deve ser usada por profissionais com larga experiência no manejo de reações transferenciais intensas resultantes da dissolução da barreira defensiva caracterológica.

Estrutura Da Mente

O importante do estudo de Reich, referido acima, é que ele nos traz a ideia de estrutura, mais além da manifestação do sintoma, ou seja, do quadro clínico, e, na concepção de Bergeret (1974), mais além, ainda, do próprio caráter, configurando o conceito de personalidade: normal e patológica. Bergeret procura articular fenômenos manifestos, expressos como caráter ou sintomas, com elementos metapsicológicos mais profundos, situados no plano menos visível e latente da estrutura da personalidade. Para ele, existe uma trilogia formada por *personalidade*, considerada como uma estrutura, pelo *caráter* e pelos *sintomas*, que, juntos, formam o quadro clínico. A estrutura da personalidade é entendida pelo autor como a base de ordenamento estável dos elementos metapsicológicos constantes e essenciais de uma pessoa, enquanto o caráter ele o descreve como o nível de funcionamento manifesto e não patológico da personalidade, em oposição à sintomatologia, que reflete o modo de funcionamento mórbido de uma estrutura quando esta se descompensa, o que ocorre quando fatores

internos ou externos de conflitualização não se encontram mais equilibrados por um jogo eficaz de variados mecanismos de defesa e adaptação. Portanto, para Bergeret, a personalidade é o modo de organização da mente a partir do qual se desenrolam os ordenamentos funcionais ditos normais, assim como seus avatares mórbidos.

Clínica

Cláudia, 30 anos, é uma mulher alta, magra, tem olhos claros e lembra outra Cláudia, de sobrenome Schiffer, modelo internacionalmente conhecida. Apesar da beleza, tem a aparência de uma pessoa cansada e excessivamente marcada pelo tempo. De certa forma, seu discurso é destituído de afeto e pueril, em que pese se comunicar com razoável facilidade. Procurou tratamento por sentir-se “estacionada na vida, desanimada e sem força para progredir”. Nos estudos, foi até o final do curso médio e nunca conseguiu manter-se nos empregos por muito tempo. Durante uns cinco anos, trabalhou como modelo e, mais recentemente, como recepcionista em eventos, e como maquiadora, quando algum fotógrafo solicita os seus serviços. Sente-se mal quando lhe perguntam o que sabe fazer. Tem vontade de responder: “Eu não sei nem quem eu sou, o que dirá o que eu sei fazer...”. Ela vive com os pais num modesto apartamento alugado e, no momento, enfrenta dificuldades financeiras.

Cláudia teve dois namoros prolongados (quatro a cinco anos), mas nunca chegou a se casar. O primeiro namorado era um viciado em drogas que veio a fale-

cer pouco depois de se separarem. O segundo tinha uma família muito rica, que não aprovava o relacionamento. Nos últimos cinco anos, não teve nenhum namorado. Ela não tem vontade de sair da cama pela manhã e passa quase o tempo todo em seu quarto, sempre desarrumado. Dorme muitas horas durante o dia e, à noite, costuma frequentar bares, onde se encontra com amigos. Não nomeia os “amigos”, assim como os “casos” que tem, cerca de três ou quatro, com os quais eventualmente viaja ou apenas se encontra para manter relações sexuais. Esses “casos” têm em comum o fato de serem homens ricos, com os quais desfruta de lugares luxuosos. Com um deles, viajou recentemente para uma feira de vestuário, mas teve de retornar pois um outro “caso” do companheiro foi ao encontro dele. Cláudia teve de ceder o lugar, mas, mais do que frustração, sentiu inveja da mulher, que, além de rica, “não tem nenhuma ruga na cara”, em que pese ser 12 anos mais velha do que ela. Não tem prazer nas relações sexuais e só atinge o orgasmo se masturbando. Experimentou todos os tipos de drogas, mantendo uso da maconha até hoje, quase diariamente.

A mãe de Cláudia tinha 42 anos de idade quando ela nasceu e, há quase 40, tem o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. Durante esse tempo, teve mais de 20 internações psiquiátricas. Uma vez, furou os tímpanos com uma tesoura para parar de ouvir vozes que a atordoavam. Em duas outras, imolou-se para matar os bichos que sentia caminhar pela superfície do seu corpo. Além disso, por criar uma

série de situações complicadas na vizinhança, ela se tornou uma pessoa pública no bairro. Por conta disso, Cláudia passou a ser conhecida pelo apelido de “filha da louca”. Apesar disso, durante as crises da mãe, sempre foi acolhida pelos vizinhos, o que lhe valeu uma rede de amizades que se mantém até hoje.

O pai, bancário aposentado, atualmente com 81 anos, foi quem sempre cuidou de Cláudia, trocando-lhe a roupa e brincando com ela quando era pequena, depois ajudando-a nos deveres escolares e dando-lhe suporte emocional até cerca de dois anos atrás, quando passou a apresentar sintomas demenciais que se acentuaram violentamente nos últimos meses. Com o agravamento da doença do pai, Cláudia sente que vem se desestabilizando emocionalmente, e, embora não perceba, essa é por certo a razão de ter iniciado uma psicoterapia neste momento, movida pela incapacidade de encontrar uma saída para a sua vida diante desse quadro. Por vezes pensa em colocar os pais numa clínica geriátrica e ir para os Estados Unidos a fim de ganhar bastante dinheiro para arcar com essa despesa. Mas quando se dá conta de que está buscando uma forma de fugir da situação, sente-se uma pessoa má e logo abandona a ideia. Tem um irmão quatro anos mais velho, que, aos 16, foi morar em outra cidade e, desde então, praticamente não mantém contato com a família.

Comentários

Cláudia configura um caso típico de transtorno de personalidade no qual os sintomas neuróticos e/

ou psicóticos não aparecem ou são discretos e dispersos, não chegando a fechar um diagnóstico estabelecido. Contudo, apresenta uma série de manifestações que se expressam na conduta, revelando um aparelho mental pouco organizado. Segundo Magdaleno (2010), observamos esses quadros em pessoas cujo psiquismo se estruturou de forma rasa, com um conteúdo pouco consistente, pouco espesso, insuficiente para dar conta das exigências da vida adulta. Como Cláudia, elas conseguem se desenvolver intelectual-mente e até obter êxito no campo profissional, mas a atividade, particularmente a motriz, é prioritária em sua vida. Em oposição, a capacidade de fantasiar é muito precária, e os afetos são escassos.

O nosso entendimento é de que essa forma operativa sem qualificação afetiva de levar a vida revela a existência de fixações na etapa do desenvolvimento libidinal anterior à relação de objeto e, portanto, à diferenciação eu/não eu – vinculada, conseqüentemente, não ao “ter” (ter, não ter ou perder o objeto), mas ao “ser” (sentimento de si ou de existência), configurando a carência interna de um contexto empático. De fato, quando falta o outro empático, não ocorre o registro do afeto, pois, para que a criança sinta um afeto, é necessário que alguém sinta antes por ela. Como refere Maldavsky (1998), o ponto de partida da vida mental parece ser o estabelecimento de estados afetivos como conteúdo inicial de consciência⁴, de

4 Obviamente, trata-se aqui não da consciência oficial que Freud, no Projeto, chamou de secundária, implicada na formulação “fazer consciente o inconsciente”, mas de uma consciência anterior, originária, a qual chamou de neuronal, que consiste na captação da vitalidade pulsional como fundamento da subjetividade.

onde surge a possibilidade de dotar de significação o restante do desenvolvimento psíquico. Sendo assim, a não constituição desse primeiro conteúdo de consciência interfere no desenvolvimento ulterior e cria uma falha nas bases da subjetivação. Dentro dessa perspectiva, conclui-se que a origem da consciência é a mesma da subjetividade, o que equivale dizer: da circulação da libido. Nessa linha, conclui-se que Cláudia e os pacientes com semelhantes falhas estruturais agem, mas não sentem. Como enfatiza Marty (SOLDATI, 2015), nos casos em que se constata essa dificuldade de tratar os afetos pela via mental, o inconsciente é tocado diretamente sem poder diferir a excitação.

Gley P. Costa

Médico, psiquiatra e psicanalista. Membro titular da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. Professor da Fundação Universitária Mário Martins e do Centro de Estudos Mário Martins.

Referências

- BICK, E. (1968). La experiencia de la piel em las relaciones de objeto tempranas. *Rev. de Psicoanálisis*, v.28, n.1, 1970.
- FREUD, S. (1900-1901). A interpretação dos sonhos. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- FREUD, S. (1908). Caráter e erotismo anal. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. IX Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, S. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. X. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1923). O ego e o id. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, S. (1931). Tipos libidinais. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1933[1932]). A dissecção da personalidade psíquica. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *Edição standard brasileira das obras*

- psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, S. (1936). Um distúrbio de memória na Acrópole. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V.XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- KERNBERG, O. (1984). *Transtornos graves de la personalidad*. México: Ed. Manual Moderno,1988.
- MALDAVSY, D. *Pesadillas em vigilia: sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- MALDAVSKY, D. *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1996.
- MALDAVSKY, D. Casos atípicos: cuerpos marcados por delírios y números. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- MELTZER, D. e WILLIAMS, M.H. *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires: Spatia, 1990.
- MOORE, B.E. e FINE, B.D. (1990). *Psychoanalytic terms and concepts*. Londres: Yale Univ. Press.
- RICROFT (1968). *Dicionário crítico de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- SOLDATI, K. (2015). Por que ler a Pierre Marty? *Rev. Psicanálise*, v.17, n.2, 2015.

buqui

www.buqui.com.br

www.editorabuqui.com.br