

FERNANDO ALBERTO TADDEI CEMBRANELLI

**MAL-ESTAR NA “CULTURA DO RISCO”:
Uma leitura dos impasses e dificuldades criadas pelas
situações dúplices de tratamento (médico e psicanalítico).**

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FERNANDO ALBERTO TADDEI CEMBRANELLI

**MAL-ESTAR NA “CULTURA DO RISCO”:
Uma leitura dos impasses e dificuldades criadas pelas
situações dúplices de tratamento (médico e psicanalítico).**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Luis Claudio M. Figueiredo.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

2008

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Luis Cláudio Figueiredo, pelas memoráveis lições e pela orientação deste trabalho. Quando parecia difícil dar forma às questões que eu trazia comigo para a pós-graduação, nascidas de minha experiência e de minhas (ecléticas) leituras, devo a sua sensibilidade e inteligência o ter encontrado um fio na minha própria meada.

Depois, a Eliana Ribas e Sidney Casetto, cujas observações no exame de qualificação permitiram mudanças importantes no texto final.

Aos colegas da pós-graduação em Psicologia Clínica, especialmente Marina, Tatiana e Iaraci, que generosamente contribuíram com suas leituras e sugestões.

Ao CNPQ, que me concedeu uma bolsa para a realização desta pesquisa.

para Maria,

RESUMO

O exercício da clínica psicanalítica na atualidade comporta vários desafios. Um deles refere-se à coexistência com os tratamentos médicos, de maneira geral, e, sobretudo, com os tratamentos psicofarmacológicos, que cresceram exponencialmente nos últimos anos.

O que aqui se denomina “situações dúplices” de tratamento, pela psicanálise e pela medicina, torna-se a cada dia uma realidade mais comum e incontornável. Este trabalho representa uma tentativa de considerar os possíveis efeitos clínicos desta realidade sobre a situação analítica.

A pesquisa parte de dois pressupostos:

1. O contexto sócio-cultural específico que favorece fortemente as situações dúplices é aquele dominado pela preocupação com os riscos que cercam a saúde e o corpo, no interior da chamada “sociedade do risco”.

2. Os quadros psicopatológicos mais freqüentes nestas situações são as manifestações psicossomáticas, as adições e os casos em que se nota uma sobre-adaptação á realidade externa, as normopatias. Procura-se mostrar que, não por acaso, há várias ressonâncias entre os planos da cultura e da clínica.

Os dois capítulos iniciais examinam criticamente o contexto sócio-cultural referido, por meio da análise dos conceitos, valores e certos mecanismos que o engendram; isso permite situar a psicanálise, enquanto experiência terapêutica, como distinta do horizonte de adaptação e normatização que se abre para o indivíduo contemporâneo, e do qual o cognitivismo seria um dos representantes. Nesse ponto, servem de guia alguns estudos de autores que fazem uma interpretação psicanalítica da cultura contemporânea.

Na segunda parte da dissertação, algumas narrativas clínicas são apresentadas e discutidas com o objetivo de mapear o que se passa na relação entre o analista e o paciente, nestas situações. Dois tipos de efeitos são destacados: um enfraquecimento da transferência, e uma invalidação parcial das capacidades do analista, entre as quais, a capacidade de oferecer continência, nos termos descritos por Wilfred Bion. À luz desse entendimento, desenvolve-se a noção-síntese de uma “lógica do risco”, algo que pode vir interferir negativamente com a experiência analítica e seus resultados.

Palavras-chave: psicanálise, medicina, psicofármacos, psicossomática, transferência, contratransferência, sociedade do risco, função de continência do analista.

ABSTRACT

The practice of psychoanalysis holds some challenges nowadays. One of them refers to the coexistence with medical treatments in a general way and, over all, with the psychopharmacological treatments, which had grown in the last years exponentially.

The treatment of dual situation by psychoanalysis and conventional medicine becomes each day more common. This work represents an attempt to consider the possible clinical effects of this practice on the analytical situation.

The research considers two premises:

1. The specific social cultural context that favors the dual situation strongly is that one which is dominated by the concern about the risks that surround the healthy and the body, inside the “risk-society”.
2. The more current psychopathological pictures are the psychosomatic manifestations, the addictions and the cases that an exceeding adaptation is observed (normopathy). The work tries to show that there are some non accidental resonances between the cultural environment and the clinic.

The two initial chapters examine the social cultural context above critically, through concept analysis, values and specific mechanisms that produce it; this allows pointing out psychoanalysis, whiling therapeutic experience, away from the horizon of adaptation and equalization that reaches the individual, which cognitivism is one of its representatives. At this point some researches about psychoanalytical analysis of the contemporary culture are helpful guides.

In the second part of the research, some clinical narratives are presented and argued in order to show what happens between analyst and patient in these situations. Two types of effects are detached: a weakness of transference, and a partial invalidation of the analyst’s abilities, for instance, the decrease of the function of continent, as described by Wilfred Bion. Under this perspective, a conclusion that a “risk logic” appears is developed, which may affect the analytical experience and its results in a negative way.

Keywords: psychoanalysis, medicine, psychopharmacology, psychosomatic, transference, counter-transference, “risk-society”, function of continent of the analyst.

SUMÁRIO

RESUMO	v
APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	15
1.A SOCIEDADE DO RISCO COMO CONTEXTO	
1.1 Risco, o espírito do tempo.....	31
1.2 Breve história do conceito.....	33
1.3 Risco, contingência e transitividade.....	35
2. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DAS SITUAÇÕES DÚPLICES	
2.1 Da saúde (e dos riscos de perdê-la).....	42
2.2 Genealogia da medicina contemporânea.....	44
2.3 O corpo e as representações do risco.....	49
2.4 A Cultura somática: <i>bioascetismo</i> contemporâneo e <i>biossociabilidade</i>	53
2.5 A saúde como <i>ethos</i> , morada.....	58
2.6 Corpo e sobrevivência psíquica.....	63
3. ASPECTOS CLÍNICOS DAS SITUAÇÕES DÚPLICES	
3.1 Psicanálise, pílulas e cognitivismo: o “alarido vigente”.....	67
3.2 Psicanálises, fármacos e neurociências: algumas leituras.....	71
3.3 Uma psicopatologia mínima para as situações dúplices.....	86
3.4 A situação analítica: algumas considerações.....	89
4. NARRATIVAS CLÍNICAS	
4.1 Ressonância Magnética.....	95
4.2 Zeno e o último cigarro.....	108
4.3 Jonas (e a baleia).....	115
5. LÓGICA DO RISCO	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146

APRESENTAÇÃO

Não vejo um modo mais simples e direto de apresentar o tema senão evocando minha própria trajetória profissional. Sou psicanalista e médico psiquiatra. Isto significa que, além da clínica psicanalítica individual, atuo como médico em outros casos nos quais ministro e acompanho tratamentos farmacológicos, inclusive, para pacientes que estão em análise com terceiros. Some-se a estas, minha atividade de vários anos como terapeuta de um hospital-dia, instituição que se caracteriza pela multiplicidade de enfoques e abordagens.

Esta experiência multifacetada facultou a mim a observação do que chamo **situações dúplices**, isto é, situações em que o tratamento pela psicanálise se dá concomitantemente a um tratamento médico (psiquiátrico, mas não somente).

Quem exerce a clínica psicanalítica sabe que as situações de duplicidade se multiplicaram nas últimas duas décadas, no mesmo compasso histórico em que se deu o aumento exponencial no uso de medicamentos psicotrópicos. Hoje, com certa perplexidade, vemos os psicofármacos transformarem-se em indicação “natural” para amplo leque de comportamentos e situações de vida que nada têm de “patológicas”. Como fenômeno social e cultural isto tem ensejado várias interpretações, a partir da própria psicanálise, e da psicanálise conectada a outros campos de saber, como a filosofia, a antropologia e as ciências sociais. Alguns o vêem como um processo de **medicalização da existência**, pertencente aos mecanismos que compõem a **biopolítica**; outros têm procurado enfatizar as transformações ocorridas no “ser” da subjetividade (do hedonismo, ao auto-centramento e, deste, ao o exibicionismo), articulando-as às novas modalidades de mal-estar contemporâneo.

Um elemento recorrente na maioria das interpretações ou leituras parece ser o reconhecimento de que vivemos em sociedades que fazem da saúde um alvo preferencial na oferta de tecnologias e modismos de todo o tipo, mantendo-nos sob a promessa de melhorar os rendimentos do corpo e proteger-nos contra a dor e o sofrimento. A tecnociência médica é parte relevante deste processo.

A pergunta fundamental que pretendemos sustentar ao longo desta pesquisa dirige-se aos efeitos clínicos das situações dúplices sobre a situação analítica.

Sem abraçar nenhuma explicação determinista (que tome a clínica pelo social ou vice-versa), pensamos, no entanto, que uma série de ressonâncias e relações poderiam ser exploradas entre estes dois planos distintos, o da clínica psicanalítica e o da vida sociocultural.

Esta é a intuição básica que orientou a escolha do tema e nos permitiu formular duas questões de início:

1. Sob que condições e em que contexto sócio-cultural as situações dúplices de tratamento se instalam e proliferam?
2. Que impacto teriam elas sobre o processo de análise ou sobre a situação analítica?

Como ponto de partida para responder à primeira questão, diríamos que as situações dúplices proliferam num contexto sócio-cultural que faz da **evitação dos riscos de todo tipo e da busca permanente por proteção e segurança** duas preocupações fundamentais. Este contexto, assim caracterizado, aproxima-se da idéia de uma **sociedade do risco** (*Risiko Gesellschaft* conforme a expressão cunhada por Ulrich Beck (1988)). O tema do risco ocupa um lugar central na análise da sociedade contemporânea proposta por vários autores da sociologia de ultramar, sobretudo a sociologia anglo-saxônica¹.

No que tange à saúde e ao corpo, as preocupações com o risco e segurança impregnam fortemente os discursos médicos na atualidade, de onde emanam as condutas que se impõem como normativas para o sujeito contemporâneo. Foucault nos mostrou com suas análises sobre a sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1974, 1975, 1976) que a medicina moderna não possui apenas uma dimensão curativa; ela também encarna um poder de controle e vigilância sobre os corpos e as populações, um poder que se exerce por meio da prescrição de regras de convivência, de comportamentos e valores. Nas últimas décadas, no entanto, um sutil deslocamento se operou: em lugar de pontificar sobre o “certo” e o “errado”, a medicina ambiciona transformar-se numa pragmática, relativamente neutra, que apenas nos instruiria sobre o “modo correto de usar” o equipamento biológico de que dispomos. Aqueles que estão em desacordo com tais prescrições ou, de algum modo, desafiam a “gorda saúde dominante” de que a medicina se faz avalista, costumam enfrentar um duro opróbrio. É o que se passa com a legião de fumantes, obesos, sedentários, e tantos outros “descuidados de si” que não gozam de trégua ou descanso.

A segunda questão (que concerne aos efeitos clínicos sobre a análise) confunde-se com a própria razão de ser deste estudo; a rigor, só poderíamos respondê-la ao final de todo um caminho percorrido. Mas, desde já, um dado da realidade nos anima a supor que sim, é

¹ Ver: Ulrich Beck (1988, 1995, 2000, 2001), Niklas Luhmann (1993, 1997), Anthony Giddens (1990, 1995, 1999, 2002), Frank Furedi (2001).

muito provável que as situações dúplices tenham repercussões clínicas sobre a situação analítica.

Pois, os **sintomas que afetam o corpo, os sintomas somáticos**, de modo geral, constituem, juntamente com as **adições ou toxicomanias**, o território por excelência das situações dúplices. São estes os pacientes que costumam ser encaminhados de um consultório a outro (do médico ao psicanalista e vice-versa); e são estes, mais do que todos, os que resistem a ambos, tanto á farmacoterapia quanto à *talking cure*. Pelo que representam de opacidade e resistência aos tratamentos, estes quadros tendem a semear um sentimento de impotência/inoperância no médico e no psicanalista; diante deles, é comum que o médico, por exemplo, aja reativamente, exacerbando sua “função apostólica” (BALINT, 1959). Isto significa que ele se vê compelido a conduzir o tratamento e tudo o mais que diga respeito à vida do paciente, infantilizando-o, numa clara extrapolação de seu papel normativo e prescritivo².

E o analista? Ora, é sabido que sintoma somático e as doenças orgânicas em geral representam um desafio para a psicanálise. Talvez, o próprio modo como costumam ser encarados pela investigação teórica em psicanálise, isto é, oriundos de uma clivagem entre o psíquico e o somático, e indicando uma impossibilidade de simbolização, explique a reserva com que são recepcionados na clínica. Somatizações no decorrer da análise podem ser, não apenas surpresas embaraçosas, mas um estorvo: onde estão as associações do paciente em torno daquilo que incidiu em seu corpo (se é que ele chegou a mencioná-lo)? Onde se ligam às fantasias, onde estão os afetos que poderiam acompanhá-los? Alguns analistas vêem nas somatizações, quando predominam, uma contra-indicação para a experiência analítica. As soluções aditivas, por sua vez, nada ficam a dever em termos de problemas que trazem para a manutenção do enquadre, para o manejo clínico e os resultados da análise.

Talvez, parte das dificuldades, em ambos os casos, decorra das **ressonâncias contratransferenciais** que costumam suscitar. Uma hipótese é de que o corpo, ao vir à cena em sua realidade biológica (distinta da realidade erógena, que o reveste simbolicamente)³, afeta de modo mais ou menos intenso o analista, cutucando com “vara curta” seus fantasmas e sua própria relação com a dor e a morte.

² “Um aspecto particularmente importante da função apostólica é a necessidade que o médico sente de provar ao paciente, ao mundo inteiro e, sobretudo, a si mesmo, que é bom médico, um profissional do bem, digno de confiança e capaz de ajudar” (BALINT, 1959, p. 185).

³ Estamos aqui no âmbito da oposição teórica formulada por Freud entre “somatização” e “conversão”, apoiada na distinção feita por ele entre neuroses atuais e psiconeuroses. Oposição de cunho epistemológico que dá margem a todo o desenvolvimento ulterior de discussões entre o estatuto do “somático” e do “psíquico” em psicanálise e psicossomática.

Considerando que outros obstáculos e dificuldades possam advir da própria condição de duplicidade, o que veremos no correr desse estudo, sugiro que eles sejam compreendidos de dois modos: 1). Como um **enfraquecimento da transferência**, quando a privam de sua força e dos elementos que fazem dela “objeto essencial de uma análise” (FREUD, 1912, 1914); 2). Como uma **invalidação parcial das capacidades do analista**. Aqui não me refiro apenas à capacidade de escuta, mas à possibilidade básica do analista, tendo se colocado diante de seu paciente, oferecer-se como suporte para suas transferências (ser tomado como objeto de sua fantasia e destinatário de seus afetos), e, ao mesmo tempo, deixar-se afetar por ele, contratransferencialmente (falar de contratransferência é essencialmente falar desta possibilidade de ser “afetado”, seja pela pessoa do analisando, pela situação vivida ou por seu discurso).

Chamarei ao conjunto destes efeitos, **lógica do risco**, hipótese que tentarei desenvolver ao longo desse estudo.

Quanto à organização do texto, esta obedecerá à seguinte divisão por capítulos. O primeiro será dedicado ao tema do **risco**, iniciando-se por uma apresentação sumária do conceito até sua assimilação pela teoria sociológica como *sociedade do risco*. Em seguida, o risco será considerado em sua relação com a **contingência**, o **acaso** e o **acontecimento**. A intenção é desenvolver a idéia de que a prática clínica da psicanálise deve compromissar-se com o trânsito, com a simultaneidade de registros subjetivos, em lugar de promover as identidades fixas ou sínteses unificadoras que procuram conjurar a instabilidade e a contingência.

No segundo capítulo abordarei alguns fatores sócio-culturais e ético-políticos que, a meu ver, fomentam e legitimam situações dúplices. A própria noção de saúde será então considerada a partir da imprecisão de seus contornos no mundo atual. Comentarei, em seguida, alguns aspectos da medicina contemporânea, para ressaltar que ela seria impensável sem a noção de risco, enquanto cálculo das probabilidades da ação humana e redutor das incertezas. A preocupação com o corpo, os discursos médicos e as estratégias de “cuidado de si” (ponto de partida para duas novas denominações criadas recentemente, o *bioascetismo contemporâneo* e a *biossociabilidade*), serão analisadas, ao lado de conceitos como o de *biopoder* e *biopolítica*, propostos por Michel Foucault (1974, 1975, 1976). Sobretudo, a *hipótese biopolítica*, como a chamaremos no correr desse estudo — hipótese de inspiração foucauldiana, amplamente aceita e valorizada nas análises que hoje se faz da sociedade contemporânea — será objeto de uma rápida apreciação. Por meio de uma crítica pontual a

alguns de seus aspectos (mas sem pretender destituí-la de seu lugar de prestígio), buscaremos apenas sublinhar o que parece estar fora do seu alcance explicativo e que, a nosso ver, que abre caminho para novas possibilidades de compreensão (e manejo) das situações dúplices de tratamento: a dimensão inconsciente, a causalidade psíquica, nos termos de André Green (1995).

No capítulo seguinte, o objetivo será o de explorar os aspectos clínicos que concernem à prática da psicanálise nestas situações. Começo por acompanhar algumas leituras que psicanalistas fizeram das questões de interface com a psiquiatria, neurociências e psicofarmacologia. Não obstante haver muitas diferenças, há um denominador comum nestas leituras: elas pouco se detêm sobre o problema da duplicidade ou sobre o uso simultâneo de psicanálise e fármacos; por outro lado, elas oferecem um diagnóstico do social e da subjetividade hoje, no interior do qual o uso abusivo de drogas e fármacos ocupa um lugar estratégico.

Assim é que o fármaco/droga transforma-se numa espécie de analisador do sujeito contemporâneo: seu uso ou abuso teriam o condão de desvelar tanto o empobrecimento da vida subjetiva (a incapacidade de simbolizar) quanto a intolerância à dor psíquica, duas marcas distintivas dessa mesma subjetividade.

Obviamente que pode se questionar de várias maneiras a pretensão a um “diagnóstico” de tal amplitude. Mas, em lugar de refutá-lo, o que pretendemos mostrar é que estes mesmos sintomas (o empobrecimento da vida psíquica, incapacidade de simbolizar, intolerância à dor), são adequados para delinear uma **psicopatologia mínima das situações dúplices**, em cujo quadro figuram formas de sofrimento psíquico recorrentes na atualidade que costumam “empurrar” o paciente do psiquiatra ao analista e vice-versa: os acontecimentos somáticos, as normopatias, as adições ou toxicomanias.

O desafio de tomar em análise e tratar estes pacientes, na vigência das situações dúplices, leva a que consideremos sumariamente alguns conceitos, como o de *situação analítica*, de *par analítico*, *transferência* e *contratransferência*; além do conceito de *continência do analista*, *função continente* ou *função alfa*, nos termos de Bion (1962a, 1962b).

Na segunda parte desta dissertação, três narrativas ou vinhetas clínicas serão apresentadas, desde o ponto de vista do analista, entremeadas com comentários e acréscimos de outros autores da psicanálise.

A primeira delas refere-se a um quadro de normopatia ou de doença normótica; trata-se de uma paciente cuja análise transcorre num cenário de sobre-adaptação (ao analista,

inclusive), até o momento em que ela se vê alcançada por uma doença somática que a faz desmoronar; a análise prossegue, não obstante os “ruídos” gerados pela interferência do tratamento médico, o que passa a ser, então, problematizado.

O segundo caso é, na verdade, um personagem de ficção, tomado de empréstimo da literatura universal: Zeno, herói do romance de Ítalo Svevo, “A Consciência de Zeno”, permite que se introduza a questão metapsicológica e psicopatológica das adições ou toxicomanias.

A terceira vinheta clínica pode ser considerada um desdobramento da segunda: reproduzindo uma situação relativamente comum nos dias de hoje, um homem em análise, fumante crônico, é instado a deixar o cigarro por recomendação médica, após haver sido diagnosticado um quadro de arritmia cardíaca de alto risco. O conflito deságua numa crise de angústia diagnosticada e tratada como “síndrome do pânico”. Neste caso, é a abordagem clínica das adições e dos eventos psicossomáticos o que se põe em causa.

No capítulo seguinte, dedico-me a lapidar a idéia de uma **lógica do risco**, à luz dos casos clínicos apresentados.

INTRODUÇÃO

Este estudo terá como objeto as situações dúplices de tratamento, definidas como as situações em que uma análise ocorre simultaneamente a um tratamento médico (em geral, psiquiátrico, mas não somente). Pretendo abordá-las do ponto de vista do analista. A pergunta essencial dirige-se aos possíveis efeitos desta configuração sobre o desenrolar da análise.

“Situação dúplice” não é uma expressão de uso corrente no meio psicanalítico, mas a circunstância a que se ela se refere, esta sim, torna-se cada vez mais comum na clínica contemporânea, e não exatamente porque nossos pacientes estejam mais “doentes” do que outrora (no sentido médico da palavra).

O fato é que vivemos num tempo em que os poderes atribuídos à medicina exercem forte apelo. Há vários modos de ouvi-lo: como promessa de mitigar a dor e o sofrimento, como fórmula para incrementar os rendimentos do corpo e da mente, ou como atalho que nos garantirá uma reserva de saúde no futuro. Foi assim que a medicina tornou-se pródiga em oferecer “novidades” e “prescrições” quase ao mesmo tempo: de um lado, as novas drogas e próteses surgem a cada dia, numa uma espiral contínua de invenção tecnológica que alimenta a ambição de “curar” e “restaurar”; de outro, a prevenção de fatores de risco para o adoecimento configura o campo dos discursos preditivos e normativos. Tudo contribui para a crença de que será possível, num futuro próximo, senão uma vitória completa sobre a natureza, ao menos, estender ao máximo as capacidades do corpo, adiando indefinidamente o encontro com a dor e a morte. Em poucas palavras, eis o que alguns chamam “dimensão prometeica” ou “faustiana”⁴ da tecnociência médica (MARTINS, 1996 *apud* SIBILIA, 2003, p. 13), ou ainda, “cyborgueana”⁵ (HARAWAY, 1988).

Mas, creio que além deste, outro aspecto deve ser considerado; o caráter irresistível dos recursos médicos decorre de uma lógica que governa boa parte de nossas ações e se distribui por toda a vida social: a busca incessante por segurança e proteção, justamente porque ambas são fugidias e parecem nos faltar a todo o momento. Na assim chamada *sociedade do risco*, como se verá no correr desse estudo, estamos devotados a minimizar o

⁴ Pela nova alquimia das tecnociências, o “homem pós-biológico” seria capaz de transcender os limites físicos do envelhecimento e da morte.

⁵ Segundo Donna Haraway, a medicina contemporânea seria um dos dispositivos de acoplamento entre o orgânico e o inorgânico, que nos franquearia a possibilidade de tornarmo-nos “quimeras, híbridos de corpos e máquinas, verdadeiros ciborgues” (HARAWAY, 1988).

risco onde quer que esteja, e a preocupação com a saúde e o corpo assume lugar central. Por este caminho (embora não o único), o corpo transforma-se numa espécie de palco onde se encenam os dramas contemporâneos relativos à identidade, ao sentido da vida, e à sobrevivência; são os “teatros do corpo”, na expressão de Joyce McDougall (1989).

Considerando que este possa ser o contexto sócio-cultural no qual se engendram e se multiplicam as situações dúplices de tratamento — a sociedade de risco (*Risiko Gesellschaft*) — pergunto: Quais repercussões as situações dúplices poderiam ter sobre a condução e o manejo clínico da análise? Seriam elas um fato desprovido de maior interesse, nulo de efeitos “colaterais” sobre o que se constrói na relação analítica?

São questões que se dirigem à situação analítica e terminam por manter o trabalho do analista sob foco. Podemos seguir perguntando: de que modo analista é afetado pelos sintomas e demandas que recaem sobre o corpo? Como ele “escuta” os pacientes somáticos e os adictos, os que escolhem soluções químicas para responder á dor psíquica e os que não resistem aos “paraísos artificiais”? Ou ainda: o que ele, analista, faz com o ruído produzido pelas intervenções e prescrições médicas quando este se infiltra na polifonia da transferência?

Com estas interrogações de início, a dissertação afirma desde já o seu caráter híbrido — o psicanalítico imbricado no social e cultural —, porém, com a preocupação de não se afastar demasiado do que de fato interessa: os efeitos sobre o exercício da clínica psicanalítica. Três narrativas ou vinhetas clínicas virão integrar a segunda parte desta dissertação, com este objetivo.

Será preciso relacionar agora alguns pressupostos da pesquisa. O primeiro deles é de que os discursos médicos na atualidade, que se baseiam na prevenção de riscos e na regulação dos comportamentos humanos pela lógica dos resultados, devem ser vistos em estreita relação com a concepção cognitivista que os informa. O que quero dizer com isto? Falando sumariamente, o cognitivismo representa uma tentativa de abordagem científica do funcionamento mental que parte do estudo dos sistemas de representação do conhecimento e das teorias de informação. Nas últimas décadas e depois robustecido pelos conhecimentos das neurociências sobre o cérebro, deu origem a uma concepção do “humano” que se sustenta numa analogia entre o cérebro e o computador, e caminha no sentido de reduzir a função do pensamento a procedimentos formais ou sintáticos, do qual restam abolidas a intencionalidade e a subjetividade.

Uma concepção cognitivista toma o homem a partir de um conjunto de programas de ação, e se ocupa essencialmente com ativar/desativar os sistemas motivacionais que o levam a

agir deste ou daquele modo⁶. Ela se coaduna perfeitamente com os discursos sobre riscos, pois tende a reduzir todo problema de agência humana a uma contabilidade em termos de perdas e ganhos.

Falando sumariamente — e sem levar em conta o que há de específico nas diversas correntes do cognitivismo — o que aqui se intitula “**concepção cognitiva do humano**” resulta da **separação entre razão e afeto, inconsciente e consciente, mundo subjetivo e objetivo**. Portanto, nos antípodas da psicanálise (e do que ela aporta para que pensemos a subjetividade, a cultura e o mundo em que vivemos).

É neste sentido que recorro a uma reflexão de André Green que poderia servir de epígrafe a este trabalho:

“É absolutamente impossível tentar pensar os fundamentos do sujeito sem ver aí o trabalho da pulsão. Um Eu ou um sujeito amputado de sua dimensão pulsional é uma entidade não vivente, mecânica, operatória ou, se quisermos, cognitiva” (GREEN, 2002, p. 157).

Sem dúvida, uma frase densa e lapidar. Porque alguns dos termos empregados por Green evocam questões candentes de toda sua obra e tem relação direta com o que se disse há pouco sobre o cognitivismo. Vejamos: primeiramente, a dimensão pulsional, situada no centro da idéia de *sujeito* ou *subjetividade*; em seguida, o adjetivo *vivente*, remetendo à idéia de *discurso vivo* (GREEN, 1973), por meio do qual o autor, em outra ocasião, conclamou a que a psicanálise estivesse à altura de restituir à palavra sua função plena de simbolização e figuração (o que dependeria, segundo ele, de que a experiência analítica se deixasse fecundar pelo que emerge dos processos primários, do mundo dos impulsos e dos afetos); por fim, àquilo que é *vivente*, Green contrapõe justamente a dimensão meramente operatória, instrumental, ou cognitiva.

Aliás, diga-se que André Green vem tentando, há algum tempo, definir o mal-entendido que ele considera estar no epicentro da crise do “entendimento psicanalítico” na atualidade (GREEN, 2001, p. 489). Aqui, ele o faz sem rodeios, nomeando o “opponente” a ser considerados em sua força, organização tática e inquestionável poder de expansão: a *tendência objetivista*, próxima do pólo das ciências da natureza, que tem favorecido, “no seio da psicanálise, o desenvolvimento de modos de pensamento muito distantes do pensamento

⁶ Não por acaso, a medicina mental serve-se do cognitivismo e o faz trabalhar intensamente, inclusive como instrumento psicoterapêutico de eleição.

freudiano sobre o psiquismo, em proveito de uma *psicologia pseudo-psicanalítica*” (op. cit., grifo meu)⁷.

Joel Birman (1999, 2002) é outro autor que tem denunciado uma vertente cognitivista no pensamento e na prática da psicanálise. Para ele, os modelos advindos do cognitivismo fascinam cada vez mais o campo dos saberes sobre o *psíquico*, e o das ciências humanas num sentido mais geral, em virtude de seu viés conciliador entre natureza e cultura:

“os discursos harmonizadores, com suas tecnologias específicas, são o canto da sereia para a psicanálise dos tempos atuais: boa parte da comunidade analítica tende a encampar a tese da cura do mal-estar e do desamparo, silenciando e desvitalizando o pensamento freudiano mais potente” (BIRMAN, 1999, p. 111).

Quando prevalece uma espécie de complacência crítica, em detrimento do núcleo mais radical da leitura freudiana sobre o mal-estar na cultura, então uma perspectiva normalizadora, uma “medicalização do social”, poderia se consumir sem maiores resistências. A isto, o autor chamou de “constrangedor *bricolage* de psicanálise, neurociências e cognitivismo (op. cit., p. 113).

Seja por ambicionar o estatuto de objetividade e neutralizar a distância que a separa das ciências da natureza, seja pelo anseio de ser vista como um discurso harmonizador e solucionador de conflitos básicos, o fato é que a psicanálise se faz interpelar pelo cognitivismo e pelo triunfalismo cientificista, na mesma proporção em que se multiplicam na clínica cotidiana as situações dúplices de tratamento.

Um segundo pressuposto é o de que seria possível encontrar uma curiosa ressonância entre o cognitivismo (tal como o descrevemos) e um conceito eminentemente clínico: o de “pensamento operatório” e seu correlato, a “vida operatória”. Descritos inicialmente por Marty e M’Uzan (1962), criadores da Escola de Psicossomática de Paris, ambos os conceitos

⁷ Green refere-se aqui ao cognitivismo, mas não apenas; tal seria o caso, igualmente de certas “pesquisas” em psicanálise baseadas em métodos de avaliação quantitativa, de medição e objetivação da experiência clínica, que atropelam as exigências singulares do procedimento psicanalítico, a pretexto de obter um status de cientificidade. A crítica também alcança as perspectivas de desenvolvimento teórico-clínico, abertamente reducionistas, que se apóiam nas chamadas “técnicas de observação”. Escreve o autor, a propósito: “o grande mal-entendido que incide sobre estas pesquisas ignora a importância de dois fatores inerentes aos modos de produzir conhecimento pela psicanálise. A meta principal é sempre a descoberta mais precisa possível dos processos intrapsíquicos inconscientes por meio do que revelam a associação livre no paciente e a atenção flutuante no analista. De fato, as dimensões intrapsíquicas e intersubjetivas são inseparáveis na abordagem psicanalítica. (...) Parece claro que todas as técnicas baseadas na observação não conseguiriam responder a essa exigência” (op.cit., p. 489).

ultrapassaram o âmbito da psicossomática e mostraram-se fecundos do ponto de vista da clínica psicanalítica em geral. Desde que foram formulados até a atualidade, vêm sendo objeto de discussão por psicanalistas de várias escolas e gerações.

O “pensamento operatório” seria um pensamento consciente basicamente desprovido de ligações com a atividade fantasmática e onírica, e voltado para o factual, para o atual, em que predomina uma estrita preocupação com a causalidade e a lógica. Como diz Marty:

“O pensamento operatório, ligando-se a coisas e não a conceitos abstratos, a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, sugere a precariedade da conexão com as palavras e um processo de investimento de nível arcaico” (...) “As poucas representações que parecem existir são (como os sonhos), pobres, repetitivas, contendo a marca do atual e do factual” (MARTY, 1990, p. 17).

A noção de “vida operatória”, por sua vez, segue-se à de “pensamento operatório” para melhor incluir a dimensão na qual a existência do indivíduo parece devotar-se aos resultados práticos, às interações mecânicas e superficiais.

Acompanhando de perto o pensamento de Marty e colaboradores — mas para dele divergir em questões fundamentais como a do sentido e da significação do sintoma somático — está Joyce McDougall. Ela ressalta que o pensamento operatório não é apenas uma maneira de pensar, mas um modo de relação com o outro, consistindo numa “forma de relação objetal marcada pela pobreza de investimentos libidinais e pela ausência de reação afetiva frente a perdas ou a outros tipos de acontecimentos traumatizantes” (MCDUGALL, 1978b, p. 158).

Este foi o ponto de partida para o desenvolvimento ulterior de seu rico pensamento teórico-clínico sobre a linguagem do corpo no tratamento, em que se põe em discussão a causalidade do sintoma orgânico, a relação que com os traumas precoces e as repercussões sobre o desenvolvimento libidinal e narcísico dos chamados pacientes somatizadores; um conceito de especial relevância clínica é o de **desafetação** (MCDUGALL, 1978a, 1978b), forma específica de defesa do psiquismo contra afetos, fantasias e representações insuportáveis ligadas a experiências traumáticas muito precoces.

Ora, se o pensamento operatório consiste nesse modo bizarro de “relação” que busca desvencilhar-se mundo dos afetos para apoiar-se inteiramente na realidade factual externa, ele se assemelha com o que cognitivismo dominante prescreve como *modus operandi* ideal para o indivíduo lidar com a incerteza e a contingência. O cognitivismo seria esta receita cabal de “desafetação”, que se apresenta como sendo o caminho logicamente fundamentado,

cientificamente fundamentado; o prestígio que se lhe outorga no interior da *sociedade do risco* decorre de ser ele tomado como “o caminho racional”, em contraposição às sendas do “irracionalismo”, místico ou romântico.

Sei que a ressonância que aqui se sugere entre cognitivismo e pensamento operatório equivale a uma transposição arriscada de um plano a outro (da clínica á cultura); nem sempre fazemos exercícios hipotético-dedutivos desse tipo sem incorrer no erro de confundir a psicanálise com instrumento heurístico ou reformista, ambições que não lhe cabem e das quais ela deveria manter distância. Mas, a relação vem a caráter para marcar uma oposição (ético-clínica) entre psicanálise e terapias cognitivas, e, sobretudo, desvelar a ambição que é intrínseca ao cognitivismo: “des-subjetivar” (GREEN, 1995b, p. 74). Voltaremos a essa questão oportunamente.

Passo, a partir de agora, a comentar alguns aspectos das situações dúplices com o objetivo de melhor explicitá-las.

O primeiro aspecto diz respeito à idéia de coexistência entre a análise e abordagem médica. Se definirmos as situações dúplices como aquelas em que o tratamento analítico concorre com o tratamento médico-psiquiátrico, teremos marcado o caráter “concorrencial”, que de fato, pode vir a prevalecer, em certos casos.

O dicionário Houaiss ensina que o verbo concorrer significa tanto “produzir-se ou acontecer no mesmo momento, simultaneamente”; quanto “encontrar-se em oposição, o mais das vezes, de interesse, na pretensão de um mesmo objetivo, cada qual visando suplantar a outrem” (HOUAISS, 2001, p. 788); envolve, portanto, as acepções opostas de *convergência* e *competição*. Creio que ambas podem se apresentar sutilmente combinadas, amalgamadas, em proporção variável, nas situações dúplices.

A rigor, não haveria motivos para qualquer forma de competição entre psicanálise e psiquiatria. Enquanto experiências concretas, elas são tão diferentes quanto dois planetas — dois modos distintos de conceber o sofrimento psíquico e duas experiências com objetivos e resultados diversos, para dizer o mínimo. Por esta razão, tratamento psiquiátrico, ainda que apoiado inteiramente numa causalidade orgânica, não deveria sentir-se incomodado pelo tratamento analítico. O mesmo se poderia dizer da experiência da psicanálise. Tampouco ela precisaria ser resguardada contra as injunções do “mundo lá fora”, um “mundo frio e sem coração”, para falar como Lasch (1977), no qual a tecnociência médica faria o papel do sedutor ou vilão da história. É, portanto, discutível dizer que o tratamento médico “atrapalha” ou “perturba” o bom andamento de uma análise. Melhor supor que o tratamento médico,

quando acontece simultaneamente, é um elemento a mais na vida do paciente que está em análise, e que o fato será assimilado ao tecido das narrativas e merecer alguma atenção do par analítico, se isto se justificar no contexto da transferência.

Lembremos que, numa certa concepção da transferência, a partir de Melanie Klein (1952), tudo o que se manifesta numa sessão e tudo que nela emerge terá o analista como causa e mesmo o que se passa fora dela será referido à situação transferencial. A esta ampliação do conceito seguiu-se a redefinição da contratransferência, de modo que nada mais pôde escapar ao campo da chamada “situação total” (JOSEPH, 1990): emoções, defesas e relações de objeto, bem como as respostas do analista passam a ser a própria condição de possibilidade e o instrumento do trabalho analítico. A pensar assim, um tratamento médico que se apresente concomitantemente com a análise é menos uma intromissão indevida do que uma oportunidade para elaboração, quando não é um acontecimento suscitado pela própria análise⁸.

Mas, curiosamente, não é assim que os psicanalistas, em geral, costumam encarar a questão da duplicidade quando dão testemunho de sua prática clínica. Aliás, eles sequer a abordam. São discretas ou parcimoniosas as produções escritas sobre o tema; raros os relatos em que as vicissitudes do tratamento farmacológico simultâneo sejam consideradas, para o bem ou para o mal; e inexistentes, pelo que pude ver, as passagens em que o analista concede ter “encaminhado” seu paciente para ser medicado por um psiquiatra, por exemplo. Estas observações contrastam fortemente com o fato de que as produções teórico-clínicas em psicanálise fazem da psicofarmacologia e do crescimento das neurociências um objeto de estudo e de interpretação do social e da cultura.

O segundo aspecto a ser considerado refere-se aos modos básicos pelos quais se armam as situações dúplices. Não está em jogo apenas a sedução exercida pelas novidades tecnológicas, ainda que elas sejam porta aberta para o sonho demiúrgico de vencer a dor e o sofrimento. Há milênios o homem recorre à “substância-médico” (BALINT, 1959), que, no entanto, possui uma longa lista de usos e abusos, indicações e contra-indicações, nem sempre consideradas.

⁸ É consenso que o marco histórico desta redefinição é o texto de Paula Heimann, onde ela diz: “Uma das conseqüências teórico-clínicas, relevante para o que aqui se discute, é o fato de haver tornado menos sustentável a perspectiva do analista *impassível e emocionalmente imune*, visto que, doravante, a mente do analista e a do paciente passam a compor os objetos da observação analítica. Ainda assim, o postulado freudiano sobre a neutralidade do analista permanece válido, na medida em que ao analista caberia reconhecer os sentimentos suscitados pela transferência e submetê-los à tarefa analítica, de modo que ele (analista) seja sempre um *reflexo do paciente em um espelho* (HEIMANN, 1950 grifos meus).

São basicamente três estes modos: quando o paciente em análise decide, de moto próprio, consultar um médico; quando o paciente é encaminhado pelo psiquiatra ao psicanalista; quando a decisão de procurar atendimento médico surge — ou é construída pelo par “paciente-analista” — no decorrer da situação de análise.

Nos três modos, as oportunidades ou motivações variam enormemente, sendo, porém, comum que os encaminhamentos recíprocos aconteçam diante de impasses clínicos do tipo: crises que eclodem repentinamente, atuações, somatizações graves, adições e toxicomanias; pode acontecer, o que talvez não seja tão raro, que o próprio analista trabalhe para que o paciente venha a procurar o psiquiatra (leia-se, usar medicamentos) em consequência não tanto de uma grave ou penosa crise, mas, basicamente, pelo entendimento clínico de que sua condição psíquica está a impedir que se instale o trabalho analítico (raro é o analista admitir esse fato).

A todos os modos, oportunidades e ocasiões, subjaz uma condição facilitadora que pertence à sociedade em que vivemos: podemos chamá-la de a sagrada *liberdade de escolha do consumidor* (desde que ele tenha recursos para tal), que leva o indivíduo a experimentar e consumir os recursos como num extraordinário mercado de bens e serviços. No tocante à saúde e ao corpo, isto pode ganhar a força de imperativo moral, ainda que de um modo profundamente contraditório.

Zygmunt Bauman (2000) observa que nas sociedades voltadas para o consumo, em contraste com as sociedades que apenas se ocupavam com a produção de mercadorias, um valor ético máximo é a “plenitude de escolha do consumidor” e a consequente capacidade de tratar qualquer decisão na vida como “escolha”, (ainda que o processo como um todo seja permanentemente fustigado pela incerteza e pela dúvida). Porém, atenção, diz ele: se, por um lado, mover-se num universo de amplas oportunidades, com a responsabilidade de escolher, é traço constitutivo da vida atual, por outro, é preciso fazê-lo de modo que as escolhas permaneçam “líquidas e fluidas, respeitando a data de validade de cada uma delas, pois, caso contrário, poderiam comprometer o embrião da próxima aventura” (BAUMAN, 2000, p. 85).

Bauman vê a “lógica do consumo” implicar-se no drama da construção de identidades na “pós-modernidade líquida”, contudo, instilando nela uma perene contradição: se, por um lado, a percepção de “estar inacabado, incompleto e sub-aproveitado é um estado que gera risco e ansiedade”, o contrário não traz nenhum alívio pleno, ‘pois fecha antecipadamente o que a liberdade precisa manter aberto’ (*op. cit.*, p. 87).

Não é tão estranho que a “escolha do consumidor” jogue um papel relevante nas questões relativas à saúde e ao corpo; afinal, somos consumidores de estilos, prescrições,

receitas de vida e saúde. Se comprar significa esquadrihar as possibilidades, examinar, tocar, sentir, manusear os bens à mostra, por que não estaríamos, também, em busca de uma experiência desta ordem, algo “sensorial”, quando escolhemos ir e vir dos consultórios em busca de novidades e soluções para nossas dores? Drogas e próteses não se oferecem como oportunidades irrecusáveis, senão à luz da crença de que “a felicidade depende apenas de nossa competência pessoal em escolher bem, escolher corretamente” (BAUMAN, *op. cit.* p. 87). E enquanto não formos bastante competentes nessa tarefa, deveremos nos esforçar para sê-lo.

Mas, voltemos a considerar os motivos ou oportunidades que ensejam as situações dúplices. Sem dúvida, a condição que melhor ilustra o recurso simultâneo à medicina e ao tratamento analítico é a emergência de uma doença orgânica, (especialmente aquelas de etiologia ou controle difícil), do sintoma somático, daquilo que incide sobre o corpo. Eis o fator mais relevante no engendramento das situações dúplices: o corpo. A clínica contemporânea nos defronta continuamente com uma multiplicidade de queixas que envolvem diretamente o corpo.

Num estudo em que demonstra a centralidade do corpo no desenvolvimento da teoria freudiana, Fernandes (2003) mostra que a esta extraordinária frequência de *pacientes somáticos*⁹ na clínica atual corresponderia uma “psicopatologia do corpo na vida cotidiana a que a psicanálise precisaria responder e considerar” (FERNANDES, 2003, p. 25). Desde Freud, sabemos que o corpo não é mero suporte biológico, cujo funcionamento obedeceria à organização de órgãos e sistemas, mas o território de investimentos singulares, sentidos e significações que se articulam pela fantasia e pela lei do desejo inconsciente. Lado a lado com o desenvolvimento biológico, o ser humano estrutura uma representação imaginária e simbólica de seu próprio corpo, ligando-o, por assim dizer à comunidade de outros corpos, ao universo cultural e lingüístico ao qual pertence. Há vários modos de dizê-lo, além de Freud; citemos, por exemplo, Donald Winnicott, André Green, Piera Aulagnier, Joyce McDougall, como autores que se dedicaram à questão da integração do psíquico e do somático.

Na clínica psicanalítica atual, há uma tendência a reconhecer-se que os *eventos somáticos*, talvez por sua carga de realidade e dor, podem afetar mais ou menos intensamente o analista.

⁹ *Paciente somático*, segundo a autora, seria uma definição simples para todos aqueles que “manifestam uma queixa somática ou que procuram tratamento supostamente motivados por ela” (FERNANDES, 2003, p. 30).

Fernandes aponta, de forma eloqüente, que:

“a intensidade dessa afetação interfere, certamente, na condição psíquica determinante da escuta do analista, uma condição que se instaura e se desfaz sem cessar. A violência com a qual, às vezes o corpo irrompe no espaço analítico, dificilmente pode deixar o analista indiferente. Se os males do corpo têm o poder de alterar tragicamente os destinos de uma vida, o que dizer dos pretensos destinos de uma vida?” (FERNANDES, 2003, p. 105).

O analista não pode deixar de refletir sobre o alcance da invasão da situação analítica por esse elemento específico que é a doença, o evento somático, os distúrbios orgânicos de modo geral.

Não estaria aí, ainda que parcialmente, a razão pela qual os psicanalistas sejam tão reservados quanto às situações dúplices vividas na clínica cotidiana? Menos pelo incomodo da “presença” médica, que pouco ou nada interferiria, e muito mais pelo fato de que tais situações implicam, amiúde, “o corpo”, vale dizer, ambos os corpos, do paciente e do próprio analista?

Pode ser que, frente à emergência de uma doença somática no curso da análise, cujo “processo de criação e engendramento ele é obrigado a assistir sem nada poder fazer para barrá-la”, o analista seja levado a responder desde suas próprias representações relativas à doença, com “ressonâncias contratransferenciais que remetem não apenas aos fantasmas, mas também à sua posição frente á eventualidade de sua própria morte” (*op. cit.*, p. 105).

Ora, Freud acreditava que a análise pessoal permitiria ao analista suspender os juízos de valor acerca da vida de seus pacientes, e seria o antídoto necessário para o a tentação de impor a eles seu próprio sistema de valores, suas convicções e modelos de vida. Outros autores ao longo da história enfatizaram o aspecto da neutralidade e da abstinência do analista até o limite de uma atitude de indiferença e “amoralidade”, com o intuito de resguardar a relativa autonomia do paciente, sua independência, etc. Mas, seria o caso de perguntar se não haveria nenhum lugar possível para os “valores do analista” no campo da teoria e da prática clínica. É a pergunta que se faz Joyce McDougall (1995) na tentativa de ancorar a questão da ética do fazer psicanalítico nos tempos atuais e daqui para o futuro. A busca de um valor de base tem marcado seus últimos trabalhos e sua concepção de psicanálise, motivada, sobretudo, pelo desafio clínico de tratar os adoecimentos psicossomáticos graves, as adições, as sexualidades patológicas ou socialmente desviantes (MCDUGALL, 1989, 1995).

O que ela obtém como resposta ao cabo de sua reflexão é que a questão dos fins da psicanálise deveria comprometer-se, fundamentalmente, com salvaguardar os elementos que contribuem com a **sobrevivência psíquica** do indivíduo. Mas, como definir o que é essencial à sobrevivência psíquica deste ou daquele indivíduo? Eis a questão. Não é fácil respondê-la. Mas ela voltará algumas vezes no correr desta dissertação, dada a pregnância que vejo no conceito de sobrevivência psíquica para pensarmos certas modalidades de sofrimento e mal-estar na **sociedade do risco** e o exercício da clínica nesse contexto.

De todo modo, para Mcdougall a questão dos objetivos fundamentais do tratamento analítico - quer tomemos a menção de Freud à capacidade de “amar e trabalhar” (FREUD, 1932), o horizonte de adaptação à realidade ou a própria idéia de “busca da verdade” sugerida por Bion (BION, 1970) – não pode ser separada do pano de fundo dos juízos de valor que inevitavelmente os acompanham e que pertencem à subjetividade do analista.

Penso que o tema levantado por Mcdougall (objetivos do tratamento e valores do analista) concerne às situações dúplices por várias razões: primeiramente, porque diante do paciente e das questões que envolvem seu corpo biológico somos levados a considerar nossas atitudes contratransferenciais em relação ao sofrimento, a dor e a morte; em segundo lugar, porque atualmente o corpo nos interpela hoje como “referente moral” das condutas, comportamentos e valores;¹⁰ além disso, a presença cada vez maior na clínica de pacientes “somáticos” tende a trazer para o tecido das sessões o espectro das prescrições médicas que jamais primam pela “neutralidade”, pois a medicina não tem qualquer problema tomar um partido moral: sem maiores dificuldades, o médico se põe no lugar daquele que sabe o que é melhor para cada um de nós, ele é a personificação da “bondade”, diria Michael Balint (1959). Enquanto o analista busca conservar sua relativa neutralidade e abstinência, o médico se doa à tarefa de instrumentalizar-nos para a “vida boa”. Temos dúvida do que seria uma “vida boa”? Não o médico. Ele parece tão convencido do que isto seja quanto confia em seus protocolos e recursos tecnológicos: a “vida boa” não se separa mais com a perspectiva de gozar a “gorda saúde dominante” (PELBART, 2000, p. 67), ou de usufruir o “esplêndido conforto e a crescente comodidade” (GADAMER, 1993, p. 83).

É justamente esta desenvoltura, esse despudor com que a medicina atual secreta moralidade, que nos remete ao pensamento de Michel Foucault. Sua “analítica do poder” reserva à medicina moderna, desde seu advento no século XVIII, um lugar estratégico no engendramento das sociedades disciplinares, através da criação de normas, regulação do

¹⁰ Tese formulada por alguns autores e que será apresentada nos capítulos seguintes.

espaço social, mecanismos de modelação de “corpos dóceis e úteis” (FOUCAULT, 1974). Do exercício do poder sobre a vida, sobre os indivíduos e as populações, em suas variadas formas, Foucault forjou o conceito de *biopolítica* (*op. cit.*, 1974, 1976), que goza de grande prestígio nas análises da sociedade contemporânea, inclusive, entre psicanalistas.

No entanto, sugeriremos que se tome alguma distância da *hipótese biopolítica*, se quisermos enxergar algo que, nos processos de subjetivação e formação da subjetividade se situe aquém ou além dos discursos, não subsumida na definição do sujeito como “efeito do saber-poder” (FOUCAULT, 1975, 1976).

Ora, quando se suprime a noção de “sujeito”, é de se esperar uma série de conseqüências. Dissemos, anteriormente, que a ambição fundamental do cognitivismo é “des-subjetivar”. Porque quando o “sujeito” está ausente, na causalidade natural, abre-se uma via em direção a uma lógica puramente mecânica dentro de um universo carente de sentido, isto é, livre de um sentido transcendente ou de qualquer outro que lhe poderia emprestar o homem (assim, a analogia entre pensamento e lógica sustenta-se melhor, menos exposta à diversidade e à heterogeneidade).

Na *hipótese biopolítica* tudo se apresenta como se devêssemos conceber o conjunto dos fatos até agora mencionados (a corrida aos psicofármacos, as situações dúplices, as preocupações com o corpo etc.) enquanto decorrência de certa estrutura que os engendra logicamente. Mas, devemos aceitar esta espécie de “compreensibilidade intrínseca” a partir de uma explicação do fenômeno sócio-cultural que exclui a idéia de sujeito? Não podemos sequer pensar no papel desempenhado pelo psiquismo destes que vão e vem dos consultórios? Onde situar a idéia de um **sujeito pulsional** ou de **pulsionalidade**, reclamados por André Green?

Ocorre que a recusa do conceito de sujeito ou subjetividade vem também de outras plagas, por razões diversas. O resultado não difere muito. A causalidade pós-estrutural, trazida pela **biopolítica** derroga inteiramente a possibilidade de postularmos algum lugar para a **causalidade psíquica** para os eventos que concorrem na montagem das situações dúplices. Mas, justo quando afirmamos que os eventos somáticos e psicossomáticos estão entre os grandes disparadores das situações dúplices, como se esquecer do determinismo psíquico que necessariamente os acompanha?

Neste sentido, André Green chama nossa atenção para um aspecto essencial e definidor de **causalidade psíquica**: natureza e cultura não podem ser considerados determinações diretas do que chamamos *psíquico*. Ainda que nutrindo-se de uma e de outra,

o *psíquico* tem outro estatuto, sendo uma espécie de criação original a partir dos fatores surgidos destas duas polaridades que, por sua vez, interagem e retornam uns sobre os outros. Não é uma simples mescla de ambos; nem é, tampouco, transcendente em relação a eles. Suas fronteiras não restam claramente definidas e podem se estender na direção da biologia como à história e à antropologia.

Disto resulta que, segundo Green, que o conceito de pulsão deve ser encarado como prévio a toda teorização sobre o *psíquico*. Inclusive, em razão de situar-se na fronteira entre o psíquico e o somático, o conceito de pulsão mostra-se, ao mesmo tempo, como “hipótese fundamental que preserva a originalidade do pensamento psicanalítico e como uma medida de salvaguarda do pensamento que havia rompido toda ligação com o *soma*” (GREEN, 1995, p. 257).

Belo enunciado por meio do qual André Green vai ao cerne da questão: “*proponho — diz ele — a idéia de que a pulsão formaria a matriz originária, fonte e fundamento da subjetividade*” (op. cit., p. 241).

Tendo chegado até este ponto da introdução do tema, creio haver reunido os elementos que me permitem formular (arriscar) uma hipótese: a de que as situações dúplices podem interferir com a *situação analítica*¹¹ pela via de um enfraquecimento da transferência e pela instalação de um estado de entorpecimento e paralisia das capacidades do analista; chamarei ao conjunto destes efeitos, **lógica do risco**.

O neologismo assim se justifica. Lógica do risco alude à teoria sociológica que tem no conceito de “risco” um elemento-chave para a compreensão da sociedade contemporânea. Um destes teóricos é Ulrich Beck, que cunhou a expressão *sociedade do risco* para designar o conjunto de transformações sofridas pelas sociedades pós-industriais nas últimas décadas, no interior da modernidade tardia (BECK, 1988); outro é Anthony Giddens (1991, 1999, 2000) para quem o risco tornou-se uma característica fundamental do mundo em que vivemos, na medida em que representa uma forma específica de nos relacionarmos com o futuro, interferindo com os processos reflexivos de construção da identidade e com o senso de “segurança ontológica”.

¹¹ Apoio-me na definição de André Green: “situação analítica é a totalidade dos elementos que constituem o relacionamento analítico, em cujo cerne podemos, com o correr do tempo, observar um processo cujos nós são apertados pela transferência e pela contratransferência, devido ao estabelecimento e aos limites do contexto analítico” (GREEN, 1988, p. 50).

Mas, aqui examinaremos a *sociedade do risco* por um ângulo ligeiramente diferente do que propõem Beck e Giddens, de modo privilegiar um aspecto particular da realidade social que eles descrevem compreensivamente: sugerimos que *sociedade do risco* pode ser interpretada como sendo aquela em que os agentes encontram-se expostos a um regime de intensa e vertiginosa estimulação por uma miríade de “mercadorias” e “objetos” (certamente, proporcionados pela sociedade capitalista de consumo), objetos que são, na verdade, nada “confiáveis”, pois que reúnem as melhores promessas de fruição às piores ameaças de frustração e logro¹².

No terreno do pensamento psicanalítico, o contato com objetos falhos e precários possui uma dimensão traumática a que correspondem cisões e dissociações patológicas, como mecanismos mais primitivos de defesa, que seriam modos possíveis de se “lidar com o intolerável, o ambivalente ou incompatível na experiência humana” (FIGUEIREDO, 2003, p. 16). Isto se coaduna com a idéia de que o que permanece irreduzível à representação é traumático por excelência, se concebermos o traumático como um “vazio de representação”:

“Quando o psiquismo não alcança uma vivência de inteligibilidade acessível ao sistema de representações por meio de uma transformação ele a viverá como traumática”
(BOTELLA e BOTELLA, 2002, p. 161).

Não se trata aqui de enveredar por nenhuma “psicologização” do social, mas de reconhecer, talvez, acompanhando Figueiredo, que a sociedade em que vivemos nos confronta com um regime de hiper-estimulação por objetos que se revelam invariavelmente incapazes de exercer as funções psíquicas que deles poderíamos esperar, configurando uma “*cultura do traumático*” (FIGUEIREDO, 2003). O corolário de efeitos e conseqüências desta realidade sobre o psiquismo individual em termos de uma “*patologia da confiança*” abre um interessante caminho para a compreensão do que está em jogo na *sociedade do risco*, e por extensão, dos fatores que predispõem às situações dúplices.

Voltemos à hipótese de uma **lógica do risco**, cujos efeitos se fariam sentir na situação analítica. Por que chamá-la “lógica”?

Qualificam-se de lógicas as estruturas formais que determinam uma ordem coerente de encadeamento de representações. Sabemos que a palavra não é estranha à teoria da

¹² O que Anthony Giddens, numa fórmula um tanto edulcorada, chamou de “... necessidade de equilibrar oportunidade e perigo” (GIDDENS, 2000).

psicanálise. Segundo Mijolla-Mellor “com a noção de originário, a psicanálise teria empurrado a questão da lógica pra aquém do pensamento consciente racional e formulado hipóteses sobre as modalidades primitivas da representação” (MIJOLLA-MELLOR, 2005, p. 1103).

Foi desde o estudo sobre os sonhos, e a partir da oposição entre processos primário e secundário, que Freud apontou o “fundamento lógico” do pensamento inconsciente (FREUD, 1900).

André Green observou que a progressão da própria obra freudiana impelira seu autor a reconhecer a existência de “modos extraordinários de pensamento” ligados ao inconsciente, modos estes que deveriam ser valorizados pela psicanálise como “outras lógicas possíveis de funcionamento psíquico” (GREEN, 1979). Diz ele:

“Muito embora seja perfeitamente sabido que os processos secundários são o processo do pensamento lógico tradicional e obedecem ao princípio de realidade, nem sempre se tornou claro que os processos primários, que obedecem ao princípio de prazer-desprazer, também tem uma lógica implícita. Suas características principais são que ela ignora o tempo; não leva em conta a negativa; opera mediante a condensação e o deslocamento; e não tolera qualquer expectativa ou demora; tem êxito em se expressar contornando os obstáculos que tentariam impedi-la de se fazer conhecer; em outras palavras, permite que nossos desejos inconscientes experimentem uma certa forma de realização (GREEN, 1979, op. cit., p. 24).

Isso significa que “a oposição entre processos primários e secundários não deveria ser descrita em termos de os processos primários serem irracionais e os processos secundários, racionais. Antes, eles são processos competitivos e complementares que obedecem a diferentes tipos de razão”. (op. cit., p. 24): “razão subjetiva” e “razão objetiva”, respectivamente. Caberia assim ao ego transitar de uma para outra, sem negar sua própria realidade psíquica e sem repudiar a realidade material, “estabelecendo conexões flexíveis, que alternadamente vão ser feitas, formando hipóteses e conclusões temporárias, depois desfeitas, abrindo lugar a outras que ofereçam uma representação melhor da situação” (op. cit.). Eis sua definição de “processo terciário”, nesse texto de quase três décadas atrás:

*“Creio ser útil pensar que uma terceira categoria de processos existe. Proponho chamar esses elementos de ligação de **processos terciários**. Isso porque, em oposição àquilo que Freud pensava, não é tanto uma questão de os processos secundários*

dominarem os processos primários, mas, antes, de o analisando poder fazer uso mais criativo da coexistência e assim fazer nas atividades mais elaboradas da mente, como faz na vida cotidiana. Talvez seja pedir demais” (GREEN, op. cit., p. 26).

Em resumo: a **lógica do risco**, como a concebemos inicialmente, seria devedora da relação entre processos primários e secundários e da relação compartilhada entre paciente e analista. Mas que, em lugar de abrir-se para um processo terciário, nos termos de Green, resultaria numa espécie de **inibição da capacidade criativa do pensar**, seja pelo predomínio esmagador dos processos secundários (uma racionalização acachapante, baseada nos ditames morais da realidade), seja pelo predomínio dos processos primários (o fluxo livre de elementos estranhos, perturbadores e enigmáticos) a que o analista não poderia se opor ou intervir, porque estaria, ele também, impedido de fazê-lo¹³.

Explorar a pertinência e a validade de algumas destas idéias a partir narrativas clínicas, seria o ponto de chegada desta dissertação, com o que daria o trabalho por recompensado.

¹³ O conceito surgiu em 1972, no texto *Note sur le processus tertiaires*, Rev. Fr. Psychanalyse, 36, pág 407-11, relacionando-se com a idéia de criatividade, porém, no âmbito mais específico do trabalho realizado dentro da situação analítica. Assim ele o define: “Entendo por processos terciários os processos que colocam em relação os processos primários e os processos secundários, de tal maneira que os processos primários limitam a saturação dos processos secundários e os processos secundários a dos processos primários (...) O trabalho de pensamento, embora seja dedicado ao exercício dos processos secundários, fica aberto aos processos primários que asseguram essa irrupção da intuição criativa exatamente no momento em que a racionalização a mais rigorosa opera (...) Compreendemos que os processos terciários não designam uma categoria especial de processos observáveis na psique ou no discurso. No entanto, eles merecem ser isolados no plano conceitual como processos de relação entre processos primários e secundários” (GREEN, 1999, p. 136).

1. A SOCIEDADE DO RISCO COMO CONTEXTO

1.1 Risco, o Espírito do Tempo (*ZeitGeist*)

É fato que há muito tempo o homem preocupa-se com o cálculo das probabilidades de êxito ou fracasso de suas ações, visando diminuir a incerteza e controlar o futuro. Quando, no entanto, a chave do progresso humano passou a ser o conhecimento objetivo do mundo, obtido pela exploração científica e pelo pensamento racional, a noção de “risco” emergiu como uma forma específica de se relacionar com o futuro, uma habilidade de “ver de antemão”, por assim dizer. Tornou-se um conceito fundamental na modernidade clássica.

Mas, hoje, a preocupação com “riscos” tornou-se onipresente e obsedante. Para muitos, transformou-se no verdadeiro espírito do tempo (*ZeitGeist*). Entre eles, o filósofo Slavoj Žižek que alerta para que se leve suficientemente a sério “o impacto da nova lógica social emergente sobre o próprio status fundamental da subjetividade” (ŽIŽEK, 2001, p. 67).

Como em nenhum outro tempo, a vida individual ou coletiva passou a ser avaliada prioritariamente sob a ótica da segurança, da prevenção ou da proteção. Discursos de todos os tipos proliferam à guisa de informar, alertar, impedir ou, simplesmente, dirigir a atividade humana para longe dos riscos, seja de danos que nos afetam, individual ou coletivamente, seja de acidentes de grandes proporções, incluindo o grande e fatal acidente, chamado por Paul Virilio de “acidente original” (VIRILIO, 2003). Na vida cotidiana o adjetivo “seguro” (*safe*) tornou-se uma espécie de rubrica que dá a um amplo leque de atividades ou artefatos humanos as qualidades e os méritos que suscitam nossa aprovação imediata. Este é um dos ângulos por onde se pode ver a chamada *sociedade do risco* (*Risiko Gesellschaft*), conceito criado pelo sociólogo Ulrich Beck (1986).

É certo que Beck não se preocupava com a constelação de impactos sobre a subjetividade que decorreriam de um mundo dominado pela incerteza. O que ele procurava designar com esse termo era a mudança fundamental ocorrida nas últimas décadas, no seio das sociedades ocidentais, qual seja: a passagem de uma sociedade industrial para uma sociedade amplamente tecnologizada em que os riscos “tornaram-se globais, não localizáveis, não sendo mais possível neutralizá-los pelos dispositivos clássicos do direito jurisdicional, da política, da ação individual ou de pequenos grupos; invadiram os espaços mais íntimos de nossa vida ao mesmo tempo em que se tornaram cosmopolitas” (BECK, 2001, p. 204).

Para o autor, a categoria “risco” tem um estatuto peculiar que ele define do seguinte modo:

“Os riscos não se referem a danos ocorridos. Não equivalem a destruição. Se assim fosse, todas as companhias de seguro já teriam ido à falência. Não obstante isso, os riscos ameaçam com destruição. Discursos sobre riscos começam onde a confiança em nossa segurança termina, e deixa de ser relevante quando a catástrofe potencial ocorre. O conceito, portanto, delimita um estado intermediário entre segurança e destruição, donde a percepção de perigos ameaçadores determina pensamento e ação. (...) Assim, pois, os riscos são uma forma de realidade virtual, virtualidade real” (BECK, 2000, p. 38).

Além desta característica, os riscos teriam também um caráter híbrido, em conformidade com uma sociedade em que natureza e cultura perderam sua distinção clássica: “riscos” são um misto de natureza e cultura, feitos pela mão do homem; sobrepõem e combinam ciência, política, ética, economia, meios de comunicação de massas, definições e percepções culturais, de tal maneira que não poderíamos hoje separar a realidade objetiva (o fenômeno de aquecimento global, por exemplo) da dinâmica cultural subjacente. O mesmo valeria para os perigos que afetam a saúde e o bem-estar físico, tão disseminados pela cultura.

Assim, de tal maneira os perigos desafiam os mecanismos de controle, de tal maneira tendem a escapar dos sistemas destinados a neutralizá-lo (jurídico, político, científico, etc.), que Beck cunhou uma metáfora: chamou-os de “quase-sujeitos”, parafraseando o conceito de “quase-objetos”, com que Bruno Latour referiu-se a certos conceitos científicos (LATOURE, 1995). Os “perigos” que rondam a vida no mundo contemporâneo, esses “quase-sujeitos”, são atores sociais potentes e rebeldes que deslegitimam e desestabilizam as instituições responsáveis por seu controle.

A sociedade assim definida, segundo ele, estaria diante do desafio de contornar a racionalidade tecno-científica e burocrática em busca dos mecanismos de reconstituição de uma esfera pública, em que uma “racionalidade dialógica”, por assim dizer, baseada na discussão e no debate, poderia definir novos rumos a seguir. Beck, nesse sentido, professa uma confiança (iluminista) na capacidade de tal sociedade criticar-se a si mesma, empreendendo reflexivamente um movimento de debate e revisão que possa evitar a tempo as conseqüências mais temíveis do desenvolvimento tecnológico e da civilização pós-industrial.

Assim como Beck, vários outros autores têm se dedicado a refletir sobre o tema do risco e sua pregnância nas sociedades ocidentais contemporâneas. Entre eles, Anthony

Giddens (1999, 2000) Robert Castel (1981, 2005), Zygmunt Bauman (2000) e Niklas Luhmann (1993, 1997). Cabe mencionar até mesmo a constituição uma vertente que ficou conhecida como “sociologia do risco”, a partir de meados dos anos oitenta.

No âmbito desse capítulo, contudo, cuja ambição é bem mais modesta do que a de propor soluções para os impasses da sociedade contemporânea, não farei abordagem mais detalhada da teoria social deste ou daquele autor. Trarei apenas algumas reflexões de Anthony Giddens, que se seguirão a estas que tomei emprestado a Ulrich Beck, com o objetivo de abrir caminho para o que se pretende: apresentar o contexto sócio-cultural da *sociedade do risco*. O pressuposto é que o contexto interfere com nossas representações da saúde e doença, condiciona a busca por soluções no plano individual e coletivo, define valores e impõe padrões de comportamento (além, de obviamente, predispor às situações dúplices). Em seguida, faremos uma breve reflexão sobre o exercício da clínica psicanalítica nesse contexto.

1.2 Breve história do conceito

Vimos, no tópico anterior, como Ulrich Beck define a *sociedade de risco* e o lugar que ele concede à categoria risco: o de um “quase-sujeito”, na cena social, isto é, um agente com poderes de desestabilizar e perturbar os sujeitos e as instituições. Agora, proponho que continuemos por outro caminho, a fim de compreender a emergência histórica do conceito na modernidade, guiados pelo pensamento sociológico de Anthony Giddens.

Antes, porém, a definição de risco, extraída do vocabulário filosófico de Nicola Abbagnano (2003) nos ajudará a perceber algumas nuances:

“Risco é o aspecto negativo da possibilidade, o poder não ser. Essa noção é freqüente nas filosofias que reconhecem o possível, tais como na de Platão e dos existencialistas contemporâneos. Aristóteles considerava na definição de risco o aproximar-se daquilo que é terrível (Retórica); para Platão, o risco é belo e inerente à aceitação de certas crenças ou hipóteses (...) No existencialismo, o risco é inerente a toda escolha que o eu faz de si mesmo e a toda decisão existencial” (ABBAGNANO, 2003).

Falar em Platão ou Aristóteles não significa que o conceito tivesse limites precisos na antiguidade clássica. Ao contrário, naquele momento da história do pensamento ocidental,

risco era um conceito ambíguo e impreciso, como veremos no decorrer do capítulo. O mesmo não se pode dizer da menção que Abbagnano faz dos pensadores “existencialistas” (talvez, referindo-se mais a Nietzsche e Heidegger, do que Sartre). Ela parece reproduzir o mesmo que o senso comum costuma enunciar com outras palavras: que viver é arriscar-se, que escolher é arriscar, que a vida é um permanente lançar de dados, etc.

O fato é que a noção de *risco*, enquanto forma específica de se relacionar com o futuro, emerge na modernidade, coincidindo com as transformações vinculadas ao Renascimento, à Reforma, à expansão marítima e descoberta da América. Segundo Giddens (1991), embora a humanidade desde sempre tivesse enfrentado perigos e diversos, essas vicissitudes eram referidas como fatalidades ou infortúnios, já que palavra não estava disponível no léxico das línguas indo-européias. É possível mostrar como se deu a incorporação gradativa de termos, passando “da *fatalidade* à *fortuna*, incorporando paulatinamente os vocábulos *hazard* (século XII), *perigo* (século XIII), *sorte* e *chance* (século XV) para finalmente, no século XIX, a palavra *risco* ganhar toda a amplitude que conhecemos” (SPINK, 2001).

Tal amplitude equivale ao campo coberto e recoberto pela incerteza, em todas as esferas da vida, como nos lembra Giddens:

“As culturas tradicionais não tinham um conceito de risco porque não precisavam disso. Risco não é o mesmo que infortúnio ou perigo. Risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras. A palavra só passa a ser amplamente utilizada em sociedades orientadas para o futuro — que vêem o futuro precisamente como um território a ser colonizado ou conquistado” (GIDDENS, 1999, p. 33).

Desse modo, o risco seria “a dinâmica mobilizadora de uma sociedade propensa à mudança, que pretende determinar seu próprio futuro em vez de confiá-lo à tradição, à religião ou aos caprichos da natureza” (*op. cit.*, p. 34). O capitalismo como sistema econômico difere de todos os outros nesse quesito: o cálculo permanente do lucro e da perda futuros, sendo por esta razão que a noção de risco historicamente se faz acompanhar pelo desenvolvimento dos sistemas de seguro, que representam meios ainda que imperfeitos de operar o planejamento e a “provisão de segurança” necessários à vida social.

Mas, embora a modernidade sempre tenha estado envolvida com riscos, no período atual, o risco assumiu uma dimensão nova e particular: trata-se de enfrentar os “riscos fabricados”, como chama Giddens, que seriam aqueles decorrentes de nosso próprio

desenvolvimento técnico e do conhecimento que adquirimos sobre o mundo (GIDDENS, *op. cit.*, p. 36), não sendo mais atribuíveis à fixidez da tradição ou aos caprichos da natureza:

“... Não se trata mais de regular o futuro, de normalizá-lo e de submetê-lo ao nosso domínio (...) As coisas não se passaram assim. Nossas próprias tentativas de controlar tendem a ricochetear e a cair sobre nós, forçando-nos a procurar modos diferentes de relação com a incerteza” (GIDDENS, 1999., p. 37).

Giddens refere-se não apenas à inquietação relativa ao que fizemos com a natureza (as ameaças de desastres por alterações do ambiente material que nos cerca, por obra de nossa própria intervenção sobre ele); mas aos “riscos fabricados” em outras esferas da vida, sobretudo o casamento, a sexualidade e a família, que passaram por profundos processos de transformação (“des-tradicionalização”) nas últimas décadas.

Esta tese, para resumi-la numa frase, é a de que “à medida que o risco fabricado se expande, passa a haver algo de mais arriscado no risco” (*op. cit.*, p. 38). A possibilidade de cálculo futuro se esvai, a provisão de segurança se esfacela.

Nesse ponto, é possível identificar uma grande concordância com Ulrich Beck. Vimos há pouco como o pensador alemão situava os discursos sobre riscos no ponto exato em que a “confiança em nossa segurança termina” (BECK, 2001, p. 38), reservando ao conceito a tarefa de delimitar uma zona intermediária entre “segurança e destruição”. Não poderíamos objetar nada quanto a isso; tudo remete a uma idéia de potencialidade, sendo o risco “uma forma de realidade virtual ou de virtualidade real” (*op. cit.*, p. 39).

Mas, será que tudo está dito a respeito de nossa forma de nos relacionarmos com o futuro? Não, dirão alguns. É o que veremos a seguir.

1.3 Risco, contingência e transitividade¹⁴

O que pudemos ver até esse momento, a partir das contribuições de Ulrich Beck e Anthony Giddens, é que a categoria *risco* não contempla, de modo algum, uma relação com a *contingência*. Esta última é palavra usada a torto e a direito, muitas vezes com significados conflitantes.

¹⁴ O título é uma alusão e homenagem à obra de Richard Rorty, *Contingência, Ironia e Solidariedade*.

É Niklas Luhmann, um dos expoentes da chamada *sociologia do risco*, quem chama nossa atenção, de modo enfático, para a “contingência como valor próprio da sociedade moderna” (LUHMANN, 1997). Para ele, o conceito de risco deve ser relativizado, uma vez que seria a crescente consciência da contingência a responsável por sua ampla disseminação na cultura atual. A consciência da contingência, por sua vez, não se apresenta sob a denominação — “filosoficamente correta - de contingência, mas sob outras formas lingüísticas” (LUHMANN, *apud* BRUSECKE, 2005); o senso comum a confunde inteiramente com a idéia de *acaso* ou com a de *algo imprevisto*. Assim é que se costuma chamar de “contingentes” todos os acontecimentos que atravessam as trajetórias planejadas: é desse modo que o administrador de empresas elabora seus “planos de contingência” para enfrentar dificuldades futuras. E o gestor de finanças públicas refere-se ao “contingenciamento” de verbas. Dois exemplos de uma confusão conceitual.

Mas a contingência não é sinônimo de *acaso*, tampouco de *imprevisto* ou *inesperado*; tal distinção é importante, não para guardar com rigor um conceito filosófico, mas para iluminarmos o que se mantém à sombra nas reflexões de Beck e Giddens acerca do risco.

O que significa, então, contingência? Podemos dizer que ela designa a condição do que é possível, porém não necessário; dito de outro modo, do que não é necessário, mas possível. “Tudo o que é contingente não é necessário, nem impossível” (LUHMAN, *op. cit.*, p. 96). Nesta definição o conceito resulta de uma dupla negação, primeiro da necessidade e, segundo, da impossibilidade. Enquanto conceito filosófico, ela tem uma dimensão paradoxal, ao desafiar a lógica aristotélica que não admite a contradição e exige identidade. “Algo é ou não é”; nunca pode “ser e não ser” ao mesmo tempo. Por esta razão, talvez, Abbagnano refira-se ao conceito como “ambíguo e impreciso” (ABBAGNANO, 2003, p. 201).

É nesse sentido que podemos dizer, com Brusecke, que toda lógica opositiva, estruturada em torno de dois pólos (*ser e não-ser*, por exemplo) costuma ter com o conceito de contingência sérias dificuldades. Porque a idéia de contingência atravessa o plano da realidade como se estivesse sempre a requerer um “terceiro pólo”, capaz de conter uma “certa indefinição, uma certa imprecisão...” (BRUSECKE, *op. cit.*, grifos do autor).

Quanto à diferença a ser estabelecida entre o *acaso* e a *contingência*, creio ser possível evitar uma incursão demasiado profunda no pensamento filosófico, que remonte a Aristóteles ou a Lucrecio, por exemplo. Em lugar disso, apoio-me nas reflexões de Clement Rosset (1971), em sua tentativa de resgatar um sentido trágico para a noção de *acaso*. *Contingência* — diz ele — “não se compreende senão a partir, e segundo, a *necessidade* — noção ignorada pelo pensamento trágico” (ROSSET, 1971, p. 82). O *acaso*, em sua dimensão trágica, seria

“anterior a todo acontecimento e a toda necessidade, do mesmo modo que o caos, pelo qual os antigos filósofos gregos designavam o estado primeiro do mundo, é anterior, de direito como de fato, a toda ordem” (ROSSET, 1971). Isto lhe permite afirmar que:

*“seria preciso, então, marcar a diferença entre um acaso, segundo a necessidade (e as séries causais), e um acaso primeiro em relação à necessidade. Velho problema de saber se a **desordem** não se pode conceber senão a partir da ordem (tese enunciada por Bérgrson), ou se podemos falar, com Lucrecio, de desordem e **acaso originais** – tese **trágica** da qual uma das primeiras conseqüências é fazer, de todas as ordens existentes e concebíveis, frutos do acaso”* (op. cit., p. 83, grifos meus).

Do ponto de vista enunciado por Rosset, o acaso trágico pressupõe uma idéia de *caos* que em nada se confunde com desordem, pois que anterior a toda idéia de ordem ou desordem. A noção de *contingência*, por sua vez, esta sim, pertenceria integralmente ao mundo em vivemos, marcado pelo princípio da imprevisibilidade; mundo no qual o acaso se apresenta como “resto” de uma ordem qualquer, que se dissipou, perdeu-se, e que, no entanto, não cessamos de perseguir.

Tal concepção mostra uma interessante consonância com a leitura empreendida por Zygmunt Bauman (1995) sobre a modernidade e a compulsiva busca pela ordem, pelo banimento da contingência e da imprevisibilidade, que a caracterizam. Diz ele:

“Dentre a multiplicidade de tarefas impossíveis que a modernidade se atribuiu e que fizeram dela o que é, sobressai a da ordem (mais precisamente, a da ordem como tarefa), como a menos possível das impossíveis e a menos disponível das indispensáveis – com efeito, como o arquétipo de todas as outras tarefas, uma tarefa que torna as demais meras metáforas de si mesmas (...) É a linguagem, através de sua função nomeadora e classificadora, quem se esforça em sustentar a ordem e negar o acaso e a contingência” (BAUMAN, 1995, p. 12-14).

Perseguimos a ordem, movidos pela necessidade de resolver a luta contra a indeterminação e a contingência; assim, toda existência humana é “moderna” na exata medida em que se sustenta e produz a partir da idéia de “projeto”, que implica manipulação e planejamento sobre a realidade; o processo pela qual o mundo se torna governável é o de separar e classificar, que resulta na fragmentação da realidade numa pletora de problemas e partes cada vez mais diminutas; no entanto, a consciência moderna encontra-se

permanentemente acossada pela percepção da inconclusividade da ordem existente, e pelo fracasso endêmico desse mesmo esforço classificatório e ordenador. “A ambivalência – diz Bauman – é o subproduto do trabalho de classificação e convida a um novo esforço classificatório” (BAUMAN, *op. cit.*, p. 26).

Esta é parte relevante de sua tese veiculada em *Modernidade e Ambivalência*: a contingência revelando-se, a cada momento, “como descoberta indesejada, como fruto da procura metódica da ordem e da necessidade” (BAUMAN, *apud* FIGUEIREDO, 2003a, p. 13).

Caminhando bem mais na direção da teoria psicanalítica e da clínica, Figueiredo (2003), tomou em conta, também as idéias de Bauman, para desenvolver uma fecunda análise sobre as relações da modernidade com a noção de traumático e de dissociação. A noção de traumático, afirma ele:

*“é definido, na psicanálise e fora dela, como o que diz respeito ao que escapa e contraria, destroça e instiga os poderes da ordem (os poderes **tout court**, pois todo poder é poder de ordenar); nessa medida, o **pático** e o afetivo (as paixões da alma) definem o traumático por excelência”* (FIGUEIREDO, 2003a, p. 14, grifos do autor).

Dito de outro modo, o projeto moderno está marcado, desde a origem, pela emergência das dissociações e pela necessidade de enfrentá-las. O projeto da modernidade, no sentido que assumiu desde o cartesianismo, reserva a todos os eventos que lhe desafiam e apassivizam (as paixões, os afetos, o impacto intolerável do que não se previra, o ambivalente ou impreciso, o desconhecido, entre outras figuras do abominável na experiência humana) uma conotação fortemente negativa; quando estes eventos não se prestam apenas para redobrar os esforços em direção à ordem, eles impõem ao sujeito um cortejo de defesas que vão das cisões (entendidas como barreiras verticais que mantêm lado a lado porções segregadas de realidade objetiva e subjetiva); aos recalamentos (barreiras horizontais que apartam da consciência os conteúdos, representações ou afetos insuportáveis); passando pelas dissociações (entre corpo e mente, psíquico e somático).

Os modos como a subjetividade moderna procurou dar conta de enfrentar as dissociações e as dicotomias em seu próprio dinamismo, constituem as matrizes históricas de subjetivação, a saber: o *liberal-iluminista*, que se caracterizaria pela busca arbitrária de uma unidade pelo subordinamento do todo a uma única parte dissociada; o *romântico*, cuja crença

na unidade confundir-se-ia, muitas vezes com a idéia de harmonia, de completude ou restauração edênica; o *disciplinar*, colado à uma idéia de funcionalidade, de “azeitamento” das partes, em nome de um ideal pragmático, acima de tudo.

Neste sentido, penso que podemos tomar os discursos sobre *risco* como uma maneira (moderna) de nos referirmos aos eventos contingentes. Tais eventos são sempre vividos pelo homem como uma possibilidade em aberto, embora, nestes casos, o potencial traumático e catastrófico estejam permanentemente à espreita; há, contudo, eventos que são identificados como sorte, benção, graça ou fortuna, porque apesar de contingentes, ocultam mais facilmente seu caráter ameaçador e podem, desse modo, ser recebidos de forma positiva: “o homem tem a compreensível inclinação de atribuir as *contingências positivas* ao seu próprio mérito e lançar a culpa das *contingências negativas* fora da própria responsabilidade (BRUSECKE, 2005, grifos do autor).

A cultura atual estabelece dois significados diferentes para a noção de *risco*: um sentido “negativo” (como sinônimo de todas as ameaças que pesam sobre seu futuro dos desequilíbrios ambientais às ameaças à saúde pública; do colapso financeiro global aos tsunamis), e um “positivo”, em que os riscos tornam-se bons e edificantes, associados ao exercício do jogo, da competição, da prosperidade em seus mais variados sentidos.

A mesma dicotomia se revela no plano da ação, coletiva ou individual: de um lado, vemos formarem-se os programas de prevenção, as operações de controle, as medidas de precaução (*accountability*); de outro, ao reverso, as práticas individuais ou coletivas que se lançam a uma exposição voluntária de si, de modo até picaresco, onde chega a reinar certa “indiferença” em relação à vida e à morte. É nesse pólo que perfilam as chamadas *condutas de risco*, reconhecidas por vários autores como marca da contemporaneidade, e que vem merecendo uma específica “sociologia” ou “antropologia dos limites” (LE BRETON, 2002). Toda conduta de risco define-se como um “jogo simbólico ou real com a morte, um pôr em jogo a própria integridade de si, não para morrer” — diz Le Breton — mas, bem ao contrário, “realizar um afrontamento do mundo cujo objetivo é *viver mais*” (*op. cit.*, p. 38, grifo meu).

Mas, não poderíamos supor que as condutas de risco são uma forma de ir ao encontro do que se teme? E, nesse sentido, não seria mais adequado falarmos de um *viver mais além do medo*? Há que se reconhecer em toda a sua complexidade a questão do sentir-se “seguro/inseguro” na sociedade do risco, sobretudo, quando ligada à adolescência e juventude. Certos movimentos individuais e coletivos que afrontam a morte (os esportes radicais, por exemplo) podem ser antes, a expressão melancólica ou maníaca de uma negação, indicando o predomínio da desesperança básica.

O que parece ficar claro é que a problemática do risco (os discursos em geral que visam controlar os eventos futuros e “equilibrar oportunidade e perigo”, na expressão de Anthony Giddens) guarda relações estreitas com o ideário da modernidade, em sua busca pela ordem e banimento do caos, do imprevisível, e do contingente. No plano da subjetividade, a busca pela unidade soberana e pela integração egóica a qualquer preço nos condena a viver sob o signo de cisões e dissociações, que poderão revelar-se mais ou menos benignas.

Na ausência de contextos sócio-culturais suportivos — em outras palavras, uma linguagem e um universo simbólico capaz de oferecer alternativas de metabolização para o impacto traumático das experiências — os expedientes para enfrentar a contingência estarão pautados pela angústia, medo e incerteza, e dissociações ainda mais radicais, patológicas, poderão sobrevir.

Na *sociedade do risco*, uma das mais disseminadas tentativas de responder a isto tende a reproduzir o padrão de uma verdadeira “receita operatória”: uma aposta maciça na clivagem entre o mental e o corporal, entre psique e soma, entre o plano da linguagem e da ação e o plano dos afetos e da fantasia. É este o universo ético, existencial, lingüístico, das formas operatórias. Visto por outro ângulo, aqui nos aproximamos da realidade clínica da *desafetação* (MCDUGALL, 1989, 1995) — quando o psiquismo sustenta uma cisão bastante precoce, que nada pode conceder à alteridade do outro e às alteridades que um comporta dentro de si.

Ora, sugiro que um modo menos dissociado, menos cindido de se enfrentar a questão do risco como contingência seria aceitando-o (a) com o seguinte estatuto, que reafirma o caráter paradoxal de toda experiência humana: como **algo que é necessariamente como é, mas também, poderia ser diferente**.

Eis o ponto de chegada deste breve percurso filosófico em que busquei explorar a genealogia do conceito de risco e suas relações com a contingência: quem se depare com a necessidade de gerir riscos (o paciente) ou de ajudar a um outro a fazê-lo (o analista) deve ter claro que o empreendimento não pode escapar das antinomias e instabilidades contidas no próprio Ser, na condição daquilo **que é necessariamente como é, mas, também, poderia ser diferente**, diferença esta que se afirma no momento em que nós menos esperamos. Quantas vezes o analista não é solicitado neste sentido e direção?

A psicanálise, enquanto experiência clínica, tem um encontro marcado com a *alteridade*. Ela mantém permanentemente aberta uma porta que faculta a surpresa do *acontecimento* (entendido como algo de que não se tem conhecimento prévio, nem pode ser inteiramente captado pela palavra e que, no entanto, nos desafia na relação terapêutica).

Creio que por essas características, a experiência analítica se afigura uma das melhores alternativas de que dispõe o indivíduo para acolher o *risco* como *contingência*.

Vejo uma convergência neste ponto com a conclusão de Figueiredo no texto em questão, ao qual recorro novamente para lembrar que, no entanto, resignação não é tudo. Como diz ele:

“O decisivo é que possamos nos abrir para e habitar com humor um espaço de jogo em que o sentido se faz como suplemento de origem (Derrida) na posteridade do sem-sentido e do contingente. Manter-se standing in the spaces between¹⁵ é renunciar aos significados definitivos, às identidades inequívocas, à alergia diante das alteridades próprias e alheias” (FIGUEIREDO, 2003a p. 39).

A idéia de saúde psíquica como *transitividade*, como capacidade de “*standing in the spaces between*”, será um bom e útil atalho para o capítulo seguinte em que se apreciará, entre outros temas, o conceito de saúde, na tentativa de captar a imprecisão de seus contornos e contradições na sociedade contemporânea.

¹⁵ Expressão de Philip M. Bromberg (1998) que se refere à capacidade de sustentar e transitar pelas múltiplas alteridades instaladas como “enclaves no psiquismo”, sob a premissa de que o self experiencia “múltiplas realidades subjetivas” (BROMBERG, 1998). *Standing in the spaces* seria, portanto, o oposto da presunção de fixar-se o sentido, negar a contingência, promover a integração/unidade do ego.

2. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DAS SITUAÇÕES DÚPLICES

2.1 Da saúde (e dos riscos de perdê-la)

O que é saúde? Nada mais fluido e impreciso do que a definição de saúde nos tempos atuais. Não me refiro, obviamente, à definição dos manuais e tratados, onde o conceito de saúde surge como o mais amplo e possível “bem estar, físico e psíquico”; ou ainda como relacionada diretamente, não à doença, mas à “qualidade de vida”. Tais definições formais são plenas de significado, mas só o encontram nos marcos teórico e epistemológico do pensamento médico. Refiro-me à percepção subjetiva da saúde, o que é bastante complexo. Inspirando-se nas palavras de Kant em *Crítica das faculdades do Juízo*, Georges Canguilhem observa que

“sempre nos encontramos numa situação embaraçosa em relação à saúde: nunca podemos, de fato, saber de nossa própria saúde, embora possamos senti-la; não há, portanto, uma ciência da saúde; ela não pode ser um conceito científico, mas a percepção (vulgar) de um estado, comum, porque está ao alcance de todos” (CANGUILHEM, 1988, p. 38).

Creio ser possível sustentar que as definições de saúde excessivamente amplas e borradas em seus contornos, não fazem mais do que repercutir as aspirações igualmente confusas a uma “saúde perfeita” — que são características do homem contemporâneo. Elas parecem ter a ambição de reunir num só conjunto, todas as figuras da felicidade terrena, e, ao mesmo tempo, conjurar o desamparo e o sofrimento. Por vezes, deságuam num misto de “ingenuidade” e de “paranóia” (WINNICOTT, 1988). Esse fenômeno é consubstancial à “cultura do risco” (e não podemos falar apenas do risco a ser evitado já que há aqueles que são compulsivamente buscados e cultivados), em que parece predominar o imperativo de submeter a vida e o corpo ao cálculo permanente de suas possibilidades de sobrevivência, física ou psíquica, individual ou coletiva.

A questão que deve ser inicialmente proposta é bastante simples: O que faz com que as situações dúplices tenham se tornado tão freqüentes na atualidade? Essa questão conecta-se diretamente a outra, amplamente debatida: seriam as biociências (incluída a prática médica) o

ponto de irradiação de valores associados ao atual culto ao corpo e ao mito da “saúde perfeita”?

Quer nos parecer, ao contrário, que elas estão sempre a reboque do que somos capazes de projetar ou sonhar, de nossa particular capacidade de suportar a dor, a tristeza como ponto de partida para alguma forma de vida expressiva.

Ou talvez, como sugere Bertrand Vergely, haja uma relação circular entre os dois termos: “o medo de sofrer e a embriaguez tecnológica concluindo um pacto” — diz ele — “por meio do qual delírio tecnológico usa a caução da saúde que, em troca, ativa o delírio tecnológico. Donde uma desumanização crescente em nome da felicidade e um aumento do niilismo” (VERGELY, 2000, p. 135).

Muitos outros autores, porém, têm creditado às biociências e ao desenvolvimento tecnológico o motor pelo qual a saúde deixa de ser esta “virtude a ser conquistada ou usufruída para se transformar em objeto de consumo, que reúne as características de ser ao mesmo tempo um *dever* e um *direito*” (*op. cit.*, p. 142, grifos meus).

Este capítulo pode ser entendido como uma tentativa de contemplar estas e outras questões que integram as condições de possibilidade de proliferação dos tratamentos médico-farmacológicos na atualidade ou, como querem alguns, de “medicalização da vida”. Dentre estas, a noção de **sobrevivência** nos parece especialmente importante.

Elias Canetti disse que “todos os desejos humanos de imortalidade contêm um pouco da mania de sobreviver” (CANETTI, 1948, p. 208). Diríamos, pafraseando-o, que há muitos casos em que todos os desejos humanos se resumem a “sobreviver”. Certas formações subjetivas, fortemente marcadas pelo temor de uma aniquilação subjetiva, podem fazer da sobrevivência física ou psíquica a questão central de suas vidas.

Mas, como veremos ao final do capítulo, **sobrevivência** pode ter vários sentidos: por exemplo, um sentido possível se confunde com necessidade básica de administrar a tensão de se viver inapelavelmente dividido entre diferentes modalidades de relacionar-se consigo mesmo e com o próprio corpo, com a “saúde” que se quer ou se persegue, vida afora. A concepção de saúde como *ethos*, como *morada* (FIGUEIREDO, 1995), nos ajudaria a compreender essa errância do sujeito contemporâneo em busca de um lugar para habitar, algo que costuma se revelar, quase sempre, bastante difícil.

2.2 Genealogia da medicina contemporânea

No plano das explicações do “porque somos o que somos” na modernidade, a medicina sempre teve costas muito largas. Desde que Foucault (1974, 1975) em suas clássicas análises da sociedade disciplinar elegeu a medicina como modelo e paradigma, sua longa ficha corrida não cessa de ganhar novos elementos indiciários que a comprometem até o Juízo Final: a ela se concede o lugar central e estratégico de haver reunido, na virada do século XVIII para o XIX, o saber-poder sobre a vida que permitiria, doravante, a gestão dos corpos e das populações. A ela se atribuiu o caráter de “matriz das novas modalidades de governabilidade” e de outras tecnologias de poder que surgiram a seguir; matriz antropológica das ciências humanas em geral, que viriam a se constituir “tendo sempre a medicina como sua referência arqueológica, todas orientadas pelas categorias do *anormal*, do *normal* e do *patológico* (BIRMAN, 2006, p. 269, grifos do autor).

Na sociedade atual, a todas estas imputações vem juntar-se esta: a de ser a medicina tecnológica que se pratica hoje em dia o grande núcleo de irradiação do triunfalismo cientificista em que a perfectibilidade do corpo físico e a procrastinação da morte são apregoadas como num mercado.

Acompanhemos, num sobrevôo, o pensamento de Michel Foucault acerca do advento da medicina moderna. Para ele, a medicina moderna, surgida na transição dos séculos XVIII para o XIX, representou uma estratégia de medicalização e normalização social que se situa no nascedouro da **biopolítica**:

*“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. **O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica**” (FOUCAULT, 1974, p. 80, grifo meu).*

O que seria biopolítica, então? Como o radical *bios* sugere o que está em causa é a ordem da vida, porém num duplo registro: o controle e regulação social dos corpos e das

populações para a produção de riquezas e a normalização das individualidades. Sendo a medicina o espaço, por excelência, de operacionalização, disseminação e catalização social.

Desde então, foram muitas as transformações operadas sobre o social a partir do crescimento tecnológico e científico. Desde então, ainda segundo Foucault, “a biopolítica tomou para si todas as variantes para gerir a vida, fazendo com que a vida e seus mecanismos entrassem definitivamente no domínio dos cálculos explícitos, e o poder-saber se transformasse num agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1985, p. 131).

Segundo Foucault, não é possível conceber a emergência histórica da medicina clínica sem articulá-la a seu “outro e seu contraponto”, qual seja, a constituição de uma medicina social que tomou a população como objeto e como alvo do novo poder, com o fito de melhor gerir as variáveis que interferiam com a produção e reprodução da riqueza. Assim uma ciência estatística, com funções de vigilância e policiamento, dedicou-se a esquadrihar os corpos e os espaços urbanos, em busca de definir as melhores condições de higiene, de regulação dos indivíduos e de seus hábitos, entre tantas outras variáveis. A categoria “população”, enquanto objeto de tecnologia política e governabilidade, foi a invenção decisiva que permitiu à medicina assumir a gestão da vida e dos corpos, no alvorecer da biopolítica no Ocidente. E as categorias do *normal*, do *anormal* e do *patológico*, surgidas na intersecção entre medicina clínica e medicina social, foram, sem dúvida, aquelas que vieram qualificar os corpos e as populações¹⁶.

Vê-se, por esta rápida glosa das teses de Foucault, que à medicina não é dado eximir-se do papel de ser o dispositivo normativo por definição, mais que um braço do biopoder. Portanto, não devemos subestimá-la; há muito tempo sua ambição deixou de limitar-se a restaurar um equilíbrio que se perdeu — o chamado retorno ao *status quo ante* —, como se a idéia de saúde estivesse ainda atrelada à “vida silenciosa dos órgãos” (LERICHE *apud* CANGUILHEM, 1988, p. 48). A medicina moderna quis ir além, encarnando como nenhum outro saber a retórica científica da modernidade. Em sua mais recente versão no contemporâneo — a biomedicina molecular e genética — os mitos de Prometeu, Fausto e Frankenstein comparecem amalgamados.

A arque-genealogia de Foucault abre caminho para dois comentários distintos que se relacionam:

¹⁶ Birman faz notar que a categoria anormal se destacava na tríade em questão, na medida em que era ela que ela tinha uma prioridade valorativa entre um pólo e outro, matriz de toda a diferença. O anormal seria uma espécie de “fio de prumo regulador entre o normal e o patológico, matéria prima por excelência destes, numa perspectiva disciplinar e normalizante” (BIRMAN, 2006, p. 269).

O primeiro: o processo histórico do advento da medicina moderna, em que confluem a clínica e a medicina social representou a incorporação do discurso dos fatores de risco, a partir da Epidemiologia, que se constitui como disciplina no início do século XIX. Eis aqui uma mudança fundamental. A preocupação deixa de ser unicamente curativa para ser preditiva do possível adoecimento futuro e das causas objetivas que predisõem a ele. Mais do que abalar as antigas concepções da doença, ela logrou expandir a noção de “causalidade”: da crença numa causa única e eficiente (*cessante causa cessat effectus*) para o plano dos modelos complexos de multi-causalidade.

É neste cenário que se introduz o conceito de “teia de causalidade” (*web of causation*), que se tornaria em pouco tempo o cânone da Epidemiologia Contemporânea. A partir de então, os padrões de saúde e doença passam a ser explicados por uma complexa trama de fatores de riscos e fatores de proteção interligados, cuja validade é testada por técnicas estatísticas e análise multivariada.

Isto guarda certa relação com a percepção difusa de que a “subjetividade” do paciente é uma preocupação cada vez mais rarefeita na medicina atual, inclusive na psiquiatria. Se a medicina podia ser vista como uma espécie de tensão entre dois modos de exercê-la, uma mescla de “ciência e arte”, hoje é possível dizer que ela se inclina fortemente para o pólo cientificista, objetivante, sem maiores constrangimentos. É a dimensão dos fatores de risco que assim o permite¹⁷.

Ora, uma tendência surge com grande estardalhaço no seio das práticas médicas da atualidade (digo que seria apenas uma tendência, já que não constitui um novo paradigma): a chamada “Medicina Baseada em evidências”. Não por acaso, o movimento originou-se dentro da Epidemiologia Clínica. Em que consiste? Segundo seus autores, trata-se do “processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (*Evidence Based Medicine Working Group apud CASTIEL, 2001*). Representa, em última análise, um esforço de superar a casuística clínica de cada médico e de seus potenciais vieses para alcançar uma *eficácia plena*. Isto só seria possível descartando-se as “intuições

¹⁷ Robert Castel (1981) aponta com argúcia esse aspecto que, em última análise, diz respeito á sociedade de risco. A prevenção moderna é antes de tudo um mapeamento dos riscos, de todo tipo. O risco não é o resultado de perigos específicos colocados pela presença imediata de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, mas sim a fusão de fatores impessoais que tornam um risco provável. Assim, a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas de prováveis ocorrências de doenças, de anomalias, de comportamentos desviantes a serem minimizados e de comportamentos desviantes a serem maximizados” (CASTEL *apud* RABINOW, 1990, p. 145).

originárias” da própria experiência profissional, aquelas que se apóiam unicamente na mestria da “arte” clínica¹⁸.

Desde o advento da medicina moderna, passando pela epidemiologia, até a “medicina baseada em evidências”, qualquer idéia de *saúde* deverá incluir uma certa noção de contabilidade, sendo a vida comparada ao efeito necessário de relações mecânicas, a um conjunto de mecanismos e fatores de risco, não mais como o estado em que não sentimos os movimentos da vida, em que todas as suas funções se realizam. Como nos diz Canguilhem, com fina ironia: “é desde este momento (lógico) que somos apresentados ao *check-up*” (CANGUILHEM, 1988, *op. cit.*, p. 42).

O segundo comentário, a partir da historicização foucauldiana, dirige-se, justamente, à idéia de saúde como *norma, normalização e normatividade*. A ele nos dedicaremos nesse momento, lançando mão de algumas idéias de Georges Canguilhem, especialmente de seu magistral estudo sobre “O Normal e o patológico”.

Esta obra, cuja relevância é atestada pela durabilidade e pertinência dos debates que suscitou, foi em verdade a tese de doutoramento do médico e filósofo francês, em 1948. Ela sinalizou uma quebra de paradigma no pensar sobre a saúde. Antes disso, a concepção médica dominante no ambiente francês privilegiava o normal, isto é, “doença” ou “disfunção” eram compreendidas como desvios de uma norma fixa, tomada como uma constante. A prática médica consistia em re-estabelecer a normalidade, sendo que a saúde era nada mais que o retorno do paciente e seu organismo à norma do qual se desviara. Canguilhem, contudo, inverte os termos da equação, ao sustentar que para todo organismo vivo, normalidade não é um estado fixo, mas a resultante de uma certa atividade que consiste em adaptar-se continuamente a circunstâncias em mudança, a ambientes variados e em variação permanente. Trata-se, em verdade, de um ataque frontal ao “*edifício de normalização*, tão essencial aos procedimentos da ciência e da medicina positivistas” (DADOGNET *apud* RABINOW, 1996, p. 127, grifos do autor).

Ora, como observa Rabinow, “a vida não é estase, um conjunto fixo de leis naturais, previamente estabelecidas e iguais para todos, às quais se deve aderir a fim de sobreviver. Ao contrário, a vida é ação, mobilidade e *pathos*, o esforço constante, mas apenas parcialmente exitoso, de resistir à morte” (RABINOW, *op. cit.* p. 128). Portanto, a noção de saúde como

¹⁸ Trata-se aqui do conceito de função apostólica proposto por Michael Balint (BALINT, 1968) levado ao paroxismo: o médico tem o direito e o dever de impor a seu paciente as regras e a conduta sinalizada pela “melhor evidência”, aquela a que se chegou pela consideração objetiva dos protocolos, meta-análises, dados epidemiológicos etc.

adaptabilidade, flexibilidade, está colocada desde o fundamento da tese de Canguilhem. Diz ele:

“Ser saudável significa não apenas ser normal em determinada situação, mas também ser normativo nesta e em outras eventuais situações. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de transcender a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações da norma habitual e instituir novas normas em novas situações” (CANGUILHEM, 1948, p. 196).

Em outras palavras, o doente é doente não por seu caráter desviante, mas porque é incapaz de se adaptar a novas situações e fixar novas normas. Há nele um enrijecimento, uma incapacidade de ser normativo e nisto reside sua desdita. Ao passo que o indivíduo com saúde sente que pode arriscar própria vida porque tem a plasticidade necessária para fazê-lo.

Ao longo de toda a sua obra, Canguilhem reafirma a importância desta noção crucial: ***faz parte da saúde poder abusar da saúde***. Em última análise, para demonstrar que é “a própria vida e não o juízo médico que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (*op. cit.*, p. 145).

Em um texto tardio de 1988, inspirado pelo pensamento de Merleau-Ponty, Canguilhem revisita o desafio de conceituar a saúde para, então, ligá-la essencialmente à “verdade do corpo”:

“Se admitíssemos que uma definição de saúde é possível, sem referência a qualquer saber explícito, onde buscaríamos seu fundamento? (...) O corpo humano vivo é o conjunto dos poderes de um existente tendo capacidade de avaliar e de se representar a si mesmo esses poderes, seu exercício e seus limites” (CANGUILHEM, 1988, p. 41).

Mas, a verdade do corpo, sua constituição ou a autenticidade de sua existência, é algo extremamente complexo; não é sequer uma idéia suscetível de representação, muito menos uma “idéia” passível de ser contida e expressa pelo saber médico. À medicina, que tende a ver no corpo uma bateria de órgãos e funções, será preciso objetar que o corpo não é “máquina” à espera de regulação. “Máquinas não adoecem e não morrem”, diz ele.

É claro que isso não impede, que uma certa idéia de corpo e de saúde seja traduzida em termos biológicos e médicos verificáveis. Esse mesmo corpo, que se revela tanto como poder quanto como entrave, sempre guardará certa relação com o “corpo-objeto” do saber médico: um emaranhado de órgãos, de setores e zonas segmentadas.

Entretanto, o que parece ser uma diferença notável trazida pelo autor nesse pequeno texto, de índole filosófica, é o seguinte: a saúde, como expressão de um corpo produzido, será sempre uma garantia vivida em duplo sentido: “*garantia contra o risco e audácia para corrê-lo*. É o sentimento de uma capacidade de ultrapassar capacidades iniciais, capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer inicialmente” (CANGUILHEM, p. 43, grifo meu).

Em outras palavras, no momento de definir a saúde, Canguilhem recorre à idéia de uma potência de expansão da vida enquanto tal, potência de viver e de agir pela vontade do corpo, não mensurável por aparelhos, não contabilizável pelo saber médico; esta saúde, emancipada do especialista em medicina ou higiene, enraíza-se na experiência comum, com o sentido moral de uma permissão de viver e arriscar, se assim podemos dizer¹⁹.

Ora, os conceitos científicos, para além de serem construções racionais, são também construções simbólicas. Meu interesse em “vasculhar” os primórdios da epidemiologia e seus conceitos, seguir Canguilhem em suas reflexões sobre o corpo e a saúde (enquanto expansão e silêncio, contabilidade ou risco a se correr), é dar a ver que toda a ciência médica que se ocupa de proteger-nos da decadência física, é insuficiente para nos dar a significação do que devemos abraçar ou evitar, do que devemos amar ou odiar, do que serão feitas nossas vidas no plano individual ou coletivo. Nem mesmo sobre o corpo tem ela o poder de legislar: “o médico é aquele que aceita, de um modo geral, que eu o instrua sobre aquilo que só eu estou fundamentado para lhe dizer, ou seja, o que meu corpo me anuncia por meio de sintomas e cujo sentido não me é claro” (CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 45). Da medicina enquanto prática espera-se uma exegese, mais do que um esforço de reparação.

Tudo isto para dizer que o conhecimento objetivo que podemos recolher sobre o corpo, sobre a saúde e a doença, bem como a régua com que medimos relações e proporções entre elas, provém de um mundo fantasístico que os alimenta e determina. O corpo é antes de tudo, um *corpo subjetivo*.

¹⁹ Nesse ponto, Canguilhem serve-se de uma passagem de Antonin Artaud que ilustra magnificamente a idéia: “só poderíamos aceitar a vida sob a condição de ser grande, de se sentir na origem dos fenômenos, pelo menos de um certo número deles. Sem potência de expansão, sem uma certa dominação sobre as coisas, a vida seria indefensável” – ARTAUD, *Lettre a la voyante*, in *La revolution surrealiste*.

2.3 O corpo e as representações do risco

Devemos, necessariamente, pressupor a maquinaria biopolítica por trás de todo acontecimento?

Vimos como Michel Foucault identificou no poder biotécnico a forma eminentemente moderna de poder. E a biopolítica como “aquilo que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos”, utilizando esse poder-saber como “agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1974).

Aqui, uma primeira questão se impõe: a sociedade moderna não foi a primeira a se dar como tarefa o controle ou gestão dos perigos que ameaçam a saúde, no plano individual ou coletivo; uma segunda, seria a constatação de que toda política que se ocupe da saúde ou do bem-estar das populações, num sentido mais amplo, implicará em proteger a vida e a integridade dos corpos, obedecendo a uma “lógica de defesa” que tanto pode assumir a forma de uma permanente depuração como nos diz Mary Douglas (1992), quanto a forma de discursos médico-higienistas.

Um exemplo retirado da própria história da medicina moderna: no coração da teoria sobre propagação das doenças epidêmicas, que conhece seu pleno desenvolvimento no século XIX, está a noção de “contágio”, isto é, a crença de que a doença se propaga por meio do contato com o outro doente ou com objetos por ele tocados. Ora, pode se dizer que “contágio” é sempre uma noção que remete à experiência básica e originária de contato com o outro. Do ponto de vista histórico, o contágio é um forte legado da cultura tardo-medieval, atravessou os períodos sombrios em que as epidemias assolaram a Europa, faz-se presente no conhecimento alquímico, nos esoterismos, nas representações religiosas. O que fez a epidemiologia da modernidade foi consagrar uma nova explicação racional para o “contágio” e assim conferir a ele um lugar no nexo de transmissão das doenças epidêmicas. É possível dizer que o homem tornou-se mais obcecado com o risco de contaminação, ameaçado por criaturas microscópicas que estão em toda parte, etc. Isso nos permitiria afirmar que teoria de doença epidêmica moderna induz a uma representação corporal que levaram a um crescente fechamento das suas *interfaces*, tornando o corpo uma cidadela mais defensiva? Obviamente que não. A relação com o corpo físico como nos mostrou Freud em toda a sua obra é especialmente complexa. O eu se constrói como correlato da forma corpórea, dele, a formação narcísica se auto-percebe como uma gestalt contínua, de onde extrai a concepção imaginária de uma superfície fechada.

Um breve excuro pela História, com a ajuda de Mikhail Bakhtin e da socióloga Bárbara Lupton nos mostrará que a maneira de concebermos nossas relações com o corpo mudou amplamente ao longo dos séculos. E mais, elas se fizeram acompanhar por mudanças concomitantes nas noções de *risco*. Em particular, a noção de “corpo aberto” que predominou na Europa durante a antiguidade e a idade medieval foi sendo, gradativamente, substituída pelo ideal de “corpo fechado”, que emergiu nos primórdios da era moderna e tornou-se hegemônica na era contemporânea. Cada modelo de corpo implicando uma mui variada *epistemologia do risco*.

Ao analisar a obra de Rabelais, “Gargântua e Pantagruel”, Bakhtin (1968, 1975) nos mostra que na era pré-moderna o corpo foi um microcosmo, um mundo aberto aos fluxos e às trocas que jorravam pelos orifícios do “baixo corpo”, sítios de geração e decadência, enquanto as regiões mais altaneiras do corpo (cabeça, mente e alma) eram privilegiadas como mais nobres (BAKHTIN *apud* LUPTON, 2005). Assim é que o corpo medieval permaneceu largamente sensual, descontrolado e volátil, um “corpo aberto ao mundo”. O corpo era visto como parte de um todo comunitário, livre para interagir com outros corpos. E desde que o corpo era “aberto”, era permanentemente suscetível de ser invadido (vulnerável). As incertezas e medos relacionados ao corpo aberto tinham um nexos com o mágico e o sobrenatural, sendo creditadas ao sobre-humano, aos demônios e aos espíritos do mal (BAKHTIN, 1975).

Para lidar com as ameaças de invasão por forças sinistras, mensageiras da doença e da morte, “um amplo espectro de tabus e rituais de proteção foram estabelecidos para policiar o corpo e protegê-lo. O corpo aberto, entretanto, era também celebrado particularmente nos rituais carnavalescos, quando a sua natureza grotesca tornava-se adequada às brincadeiras, devaneios e prazeres” (BAKHTIN *apud* LUPTON, 2005).

Assim é que Rabelais, em seu extraordinário romance, se entrega a uma propaganda deslavada do corpo aberto e da cultura do corpo escandalosamente aberto, corpo “sedento de tudo e sem medo de nada” (*op. cit.*).

Eis o significado etimológico de “Pantagruel”: sedento de tudo!

A emergência do ideal de corpo fechado na era moderna aponta para uma transformação nos modos de pensar a pureza e a contaminação. A separação entre o corpo carnal (físico) e o espírito (imaterial), sendo o corpo mais negativamente identificado à carne (essa irremediável e corrupta criatura), requeria uma disciplina sobre o desejo (BROWN, *apud* LUPTON, 2005). O interior do corpo passou a ser conceituado como caótico e perigoso, em comparação com o seu exterior. Apenas seu exterior poderia ser representado como nobre.

Assim, “a chave do progresso humano seria a autocontemplação e a adequada compreensão de seu sentido; o corpo tornou-se autônomo, individualizado e, sobretudo, fechado para os outros corpos” (LUPTON, 2005). Na era moderna o controle externo foi paulatinamente sendo substituído por tecnologias de autocontrole, cuja racionalidade diligentemente difundida em almanaques, confessionários e consultórios e salas de aula Acompanhou esse processo a criação de uma “rede de regulamentos concernentes à gestão e o controle sobre o corpo” (ELIAS, 1939).

Foi desse modo que a dolorosa e progressiva passagem do “corpo grotesco e aberto para o corpo fechado e civilizado da modernidade” resultou no incremento das ansiedades em torno dos orifícios do corpo e seus fluidos²⁰. Cito Lupton mais longamente nesse ponto:

“A ênfase na auto-disciplina dos corpos, ora tomados em sua porosidade e vulnerabilidade e postos sob a tutela de cada indivíduo resultou na intensificação do medo e da angústia de perda justamente das fronteiras entre o dentro e o fora, entre o corpo próprio e o corpo do outro, de tal modo que no século dezenove todo e qualquer aspecto mais grotesco da corporeidade era visto com absoluto asco e horror, principalmente no universo burguês. (...) Ainda hoje, as sociedades européias consideram de suma importância a mais clara separação entre corpos: que cada um permaneça firmemente encerrado dentro de seu próprio corpo é o que minimamente esperam de seu vizinho. Exceto em condições restritas de intimidade, aqueles que se aproximam demais do corpo do outro são vistos como especialmente ameaçadores ou perigosos. O corpo civilizado tem especial preocupação com a distância devida a outros corpos bem como com o fluxo de seus resíduos (...) Nariz, boca, anus, olhos e genitais produzem um tesouro às avessas; todo e qualquer contato com substâncias produzidas pelo corpo do outro tende a produzir um cortejo de sentimentos contraditórios que inclui raiva, indignação, horror, asco, repulsa, e ansiedade, inclusive no contexto nas relações íntimas e consentidas” (LUPTON, 2005, op. cit., p. 126).

Poderíamos supor que o homem de nosso tempo realiza uma nova torção, um novo esgar, insólito e anti-rabelaisiano; ele ainda mede o mundo pela fronteira do corpo, mas com

²⁰ Um exemplo extraído do universo da saúde: Há dois séculos a medicina e a bioengenharia dedicam-se à logística de manejo e eliminação dos resíduos corporais produzidos nos hospitais do mundo inteiro, com resultados sempre insatisfatórios. Uma renitente preocupação cerca as discussões sobre o tema, como se não houvesse estratégias suficientemente apaziguadoras frente ao perigo do contato com o “abjeto” que ali se encontra materializado.

uma diferença em relação a Pantagruel: ele tornou-se assustado e temente a tudo que o cerca, um corpo vulnerável por definição, (mas, ainda sedento e insaciável!).

2.4 A cultura somática: O *bioascetismo* contemporâneo e a *biossociabilidade*

Jurandir Freire Costa nos fala de uma *cultura somática* em que teríamos ingressado nas últimas décadas, no interior da qual o corpo teria se transformado no “referente privilegiado para a construção de identidades pessoais” (COSTA, 2004, p. 203). A cultura do corpo pretende entender e explicar a natureza da vida psíquica e das condutas éticas pelo conhecimento da materialidade do corpo, isto é, tomando como modelo os “desempenhos corpóreos ideais” (*op. cit.*, p. 204). Mas, não se trata, diz o autor, de atribuir a essa *virada corporal*, nem uma “preocupação excessiva e desmesurada com o corpo nem uma idolatria, e sim uma particular relação que passa a se dar entre a vida psicológico-moral e a vida física”. Estaríamos, em verdade, substituindo o *ideal do sujeito sentimental* pelo *ideal do sujeito somático*” (*op. cit.*, p. 205, grifo meu).

Por *moral do sentimento*, o autor entende o “grande modelo de construção de identidade” que imperou nos séculos XIX e XX, sendo a identidade concebida, sobretudo, como sinônimo de “vida íntima”; uma forma de subjetivação plenamente realizada no apogeu da cultura burguesa romântica e sentimental baseava-se na idéia de que o “verdadeiro eu” era o eu interior. Isto é, o verdadeiro substrato do sujeito residiria em seus impulsos, desejos e aspirações psicológico-morais. Assim é que:

“na moral dos sentimentos o corpo e seus sentidos foram submetidos a rigorosas disciplinas de adestramento: moderação dos apetites, posturas adequadas, etiquetas para o convívio civilizado, compondo um conjunto retrospectivo cujo sentido era o de sobrepujar a espontaneidade (rusticidade) do corpo em benefício da sutileza dos sentimentos. O sujeito físico seria a pedra bruta da qual deveria surgir, per via di porre ou per via di levare, o sujeito sentimental” (*op. cit.* p. 207).

Na sociedade contemporânea, ao reverso, assiste-se à revalorização hegemônica dos atributos do corpo, “para gáudio de uns e desespero de outros”. Para isso contribuem decisivamente os progressos científicos em alguns domínios, especialmente as neurociências,

os avanços tecnológicos da medicina, mas, *também fatores de ordem moral, espiritual, e política* (COSTA, 2004, p. 208, grifo meu).

Vemos que a medicina e as biociências continuam a desempenhar seu papel, mas já não estão sós na fotografia: surgem os fatores de ordem moral e espiritual e política que nos empurram em direção a valorizar o corpo como referente privilegiado.

De tão importante e privilegiado, que David Le Breton nos diz que não conseguimos deixá-lo em paz (o corpo); nós o encaramos como uma matéria imperfeita, corrigível e finalmente dispensável. O autor tenta mostrar como, na cultura ocidental pós-moderna, “temos nos dissociado de nosso próprio corpo, concebendo-o como material acidental, infeliz e moldável” (LE BRETON, 1999, p. 21). Ele não tem dúvidas de que esse grande desprezo pelo corpo, essa vontade de corrigir e eliminá-lo, está sendo pautado pelas tecnociências (medicina, genética, robótica, informática, etc.) que pretendem liberar o homem do seu corpo, mudar a condição humana, declarando o fim do corpo e das suas imperfeições (*op. cit.*, p. 48).

Parece ser a mesma convicção que levou Lucien Sfez (1995) a criar o epítome *saúde perfeita* para designar os novos tempos que atravessamos. Trata-se de uma espécie de utopia técnica emanada dos laboratórios em cujo interior futurista uma legião de pesquisadores da medicina biomolecular à engenharia genética, trabalham diuturnamente para a criação de uma nova espécie de homem, com um paraíso terrestre artificial a reboque. É o universo dos mirabolantes projetos (*projects*) no sentido que a cultura americana empresta ao termo, como o GENOMA, a BIOSFERA, que sustentam a crença de que a ciência acabará por dominar todas as variáveis do sofrimento humano. “Ter uma saúde para viver – diz o autor – mas também viver para ter uma boa saúde. Viver para fazer viver as tecnologias” (SFEZ, 1995). Seria quase o equivalente a substituir o corpo por novas tecnologias que nos fizessem prescindir do corpo.

Não vejo nesse ir e vir das considerações sobre o corpo uma incongruência: temos efetivamente que pensá-lo como um “equipamento incômodo” (Sócrates, no *Fedro*, já o dizia), e, além disso, cronicamente rebelde; corpo aberto ou fechado; equipamento maquínico sob o olhar médico; mas, com imensas possibilidades plásticas que são ditadas por nossa fantasia, ora como o objeto de adestramento em que nos dedicamos arduamente; mas também a sede e o palco de terríveis pesadelos quando sinaliza uma possibilidade de vir a claudicar. Para isso existem os médicos, pois não? Para que os culpemos se algo dá errado, ou para que nos tranquilizem quanto aos artifícios que possa nos oferecer.

A questão subjacente é que pretendemos estabelecer uma identidade, uma moral e uma sociabilidade a partir do corpo. Conforme as análises precedentes o corpo teria se tornado, enfim, o *locus* da moral, seu fundamento último e matriz de toda identidade.

A “cultura somática”, nos termos descritos por Jurandir Freire Costa, inscreve-se nesse esforço de compreender a atual “virada corporal” não apenas como efeito do triunfalismo tecno-científico, mas decorrente de transformações mais profundas no plano da “moralidade do sentimento” para a “moralidade centrada no corpo”; o que significa que o *cuidado de si* teria deixado o plano da interioridade, dos sentimentos ou das qualidades morais, para ocupar-se da longevidade, da saúde, a beleza e a boa forma. As *identidades somáticas* ou *bio-identidades*, assim definidas, seriam o resultado desta preocupação concedida aos rituais de cuidados físicos, médico-higiênicos, profiláticos e curativos, e também o traço que define esta nova forma de cuidado de si – o *bioascetismo* (COSTA, 2004, p. 190, grifos do autor).

A palavra “ascetismo”, com todas as ressonâncias filosóficas que ela carrega, parece encaixar-se perfeitamente nesse contexto. Toda ascese implica num processo de subjetivação, pelo qual o sujeito oscila entre algo a ser recusado e algo a ser alcançado, mediante as práticas ascéticas. Longe do que parecem sugerir o puro hedonismo ou o desfrute das comodidades burguesas, ou o triunfalismo cientificista, a bioascese exige enorme dispêndio de energia, vigilância e disciplina. Todo o esforço possível dirige-se à re-educação de hábitos insalubres, predatórios ou poluidores, que atentam contra o corpo. Como observa Ortega (2003), trata-se de uma subjetividade que se auto-governa e auto-pericia: “O *self* que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade”. Prossegue o autor:

“Na base de todo o processo está a compreensão do self como um projeto auto-reflexivo. O auto-governo e a formação das bio-identidades se dão através de toda uma série de recursos como manuais de auto-ajuda, terapias, fitness. A reflexividade é o processo de taxaço contínua de informação que marca não apenas o self, mas sobretudo, o corpo. A dieta e o fitness seriam os dois exemplos básicos desse processo de reflexividade corporal” (ORTEGA, 2003, *op. cit.*, p. 77).

Por meio do *fitness*, sobretudo, os sujeitos seriam definitivamente “corporificados” (*op. cit.*, p. 67) porque ele reúne, a um só tempo, a dimensão repetitiva e compulsória das disciplinas férreas aplicadas ao corpo, semelhante às técnicas de adestramento descritas por Foucault no contexto das práticas ascéticas da Antiguidade (FOUCAULT, 1985), à dimensão de flexibilidade, adaptabilidade, que integra o receituário liberal contemporâneo.

Atente-se para o significado do verbo *to fit in*, na língua inglesa: nada menos do que “adaptar-se”, “ajustar-se”, “encaixar-se”.

Outro autor que explora detidamente as superposições entre o conceito de saúde e o de aptidão ou “estar apto a”, confusão esta típica da pós-modernidade, é Zygmunt Bauman (2000). Muito embora os dois termos – saúde e aptidão – sejam freqüentemente tomados como coextensivos e usados como sinônimos, eles apontam para discursos e preocupações muito diferentes, diz o autor. A saúde, como qualquer conceito normativo, demarca e protege algum limite entre norma e normalidade; refere-se, grosso modo, à condição física e psíquica que permite satisfazer as demandas do papel socialmente designado ou atribuído, sendo uma condição razoavelmente sólida e firme. O estado de *aptidão*, por seu turno, nada tem de sólido ou preciso; a aptidão diz respeito a uma experiência absolutamente subjetiva (no sentido de experiência vivida ou sentida que dificilmente pode ser objetivada de fora); *estar apto* é colocar-se em busca de um algo a mais, de um graal que não se pode definir com exatidão, pois não se vincula a nenhum padrão particular de desempenho corporal, “mas a seu (de preferência, ilimitado) potencial de expansão” (BAUMAN, 2000, *op. cit.*, p. 92).

Aptidão, portanto, significa:

“estar pronto a enfrentar o não-usual, o não rotineiro, o extraordinário e – acima de tudo – o novo e surpreendente (...). Significa ter um corpo flexível, absorvente e ajustável. Quase se poderia dizer que, se a saúde diz respeito a seguir as normas, a aptidão diz respeito a quebrá-las e a superar todos os padrões” (BAUMAN, 2000, *op. cit.*, p. 93.).

Naturalmente, essa nova ordem moral se traduz em novas formas, novos padrões de sociabilidade. Ortega viu que:

“a biossociabilidade²¹ é uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo critérios de agrupamento tradicional como classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, etc. Criam-se, desse modo, novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação do tempo, criação

²¹ A expressão *biossociabilidade* foi criada por Paul Rabinow para referir-se à rede de circulação de identidades, discursos e práticas que surgirá a partir da nova genética e biotecnologia. Ele a considera uma revolução sem paralelos que modificará profundamente o social nas próximas décadas (RABINOW, 1997, p. 143).

de modelos idéias baseados no desempenho físico” (ORTEGA, 2003, p. 63, grifos do autor).

Descobrimos, assim, que as relações sociais estão infestadas por um léxico médico-fisicalista baseado em “constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica e outros equivalentes, que adquirem uma conotação *quase moral*, fornecendo os critérios de avaliação individual” (ORTEGA, 2003, *op. cit.* 65, grifos do autor). Ao mesmo tempo, “todas as atividades sociais, lúdicas ou religiosas, esportivas ou sexuais são re-significadas como práticas de saúde” (*op. cit.*). Chama-se a isso *healthism* ou *santé-isation*, que deve ser entendida como a moralidade da saúde, a ideologia que a medicalização adquire na bio-sociabilidade.

Ora, *bioascetismo* e a *biossociabilidade*, é bom que se diga, guardam uma relativa distância da expertise médica. Podem representar, até mesmo, um modo de nos arrancarmos desta dependência ou tirania. A ideologia da saúde e da perfectibilidade física é mais uma questão de permanente vigilância (a bioascese) que cada um deve exercer sobre o próprio corpo: o auto-cuidado ou auto-aperfeiçoamento individual são significantes privilegiados por meio dos quais os indivíduos expressam sua autonomia e se apresentam no “mundo competitivo”²².

Mas tanta dedicação e vigilância sobre o corpo não esconde o fato de que a ele dedicamos uma desconfiança permanente: não exatamente porque ele pode nos faltar, sob a forma de um adoecimento ou descompasso; mas porque não estamos seguros de que ele continuará a permitir o adestramento (a ascese, em última análise); só o aceitamos se ele consente em ser submetido a um constante processo de transformação.

Isto porque, sob os valores da cultura somática, uma saúde pobre deriva exclusivamente de uma falha de caráter ou de uma vontade fraca (acrasia). Richard Crawford, um dos gurus do *healthism* afirma que “não devemos nos iludir pensando que a doença é causada por um inimigo do exterior; somos os responsáveis por nossa doença” (CRAWFORD *apud* ORTEGA, 2003, p. 64)²³.

Mas, qual o elemento básico, estruturante da *biossociabilidade*?

²² Dados do periódico virtual *Journal of Medical Internet research* (<http://www.jmir.org>) e dos diferentes portais de saúde na WEB demonstram que cerca de 30% dos *sites* existentes estão relacionados à saúde, veiculando informações de toda ordem e visando, naturalmente a criação de uma suposta auto-expertise do consumidor no que tange aos cuidados que ele deve dispensar a seu próprio corpo e à sua própria saúde (auto-cuidado). Chama-se a esse formidável complexo: tele-medicina, cyber-medicina ou, simplesmente, *e-health*; na outra ponta começa a formar-se uma legião de usuários ávidos por informações de última fornada, os assim chamados *cyber-condriacos*.

Robert Castel não hesita em afirmar que “o parâmetro existencial fundamental da vida na modernidade tardia, que determina o modo pelo qual os *experts* e os leigos organizam seus mundos sociais, é o discurso sobre riscos” (CASTEL, 2005, 23); este seria o elemento básico: o indivíduo se constitui como dono do seu próprio nariz (e de seu próprio corpo) pela “interiorização do discurso do risco”. Assim, “corpo e self são modelados pelo olhar censurante do outro que leva à introjeção da retórica do risco” (ORTEGA, 2003, *op. cit.*, p. 64).²⁴

2.5 A saúde como *ethos*, morada

As discussões sobre o lugar do corpo na atualidade e a ênfase concedida ao bioascetismo contemporâneo evidenciam a estreita relação que os discursos e práticas relativos à saúde mantêm com a dimensão ética da existência humana. O próprio Foucault nos ensina que as éticas representam diferentes modos de subjetivação, participam da constituição das subjetividades. Como nos lembra Figueiredo (1995), a partir do próprio autor de *História da Sexualidade*: “éticas são dispositivos ensinantes de subjetivação; elas efetivamente sujeitam os indivíduos, ou seja, ensinam, orientam, modelam e exigem a conversão dos homens em sujeitos morais historicamente determinados” (FIGUEIREDO, 1995, p. 44).

Penso ser de grande valia nesse momento acompanhar as reflexões de Figueiredo (1992, 1995) a respeito da ética, sobre as formas históricas de subjetivação e a questão da saúde, que, na tentativa de iluminar os impasses do sujeito contemporâneo, esse mesmo sujeito que se apresenta nas situações dúplices de tratamento. Recorrerei basicamente a três textos do autor dedicados ao tema. No primeiro deles, Figueiredo oferece uma visão histórica da constituição de três pólos diferentes de “idéias, valores, práticas e formas de organização da vida individual e coletiva”, a saber, o *pólo liberal*, o *romântico* e o *disciplinar* (FIGUEIREDO, 1992). Florescendo com vigor a partir do século XIX, eles deram origem a

²⁴ Um novo exemplo extraído do universo dos auto-cuidados ofertados pela Internet. Um dos mais requisitados endereços de saúde da WEB é o da Sociedade Prospectiva Norte-americana de Saúde, que se dispõe a avaliar as condições de saúde do usuário mediante o preenchimento *on-line* de um questionário para avaliação dos riscos sobre ela incidem naquele momento. O portal é candidamente denominado www.youfirst.com, cuja página de recepção traz o seguinte texto: “Você está sob risco de morte precoce? Como o estresse, a falta de exercício, a nutrição deficiente, o alcoolismo, a hipertensão, o colesterol elevado, e a obesidade atingem seu bem-estar pessoal? Descubra como através de uma avaliação de saúde grátis...Manter-se saudável significa cuidar de si próprio. Em outras palavras, colocando você em primeiro lugar.

modos distintos de subjetivação na modernidade, por meio de estabelecer entre si “relações de hegemonia, mútua negação, alianças e conflitos” (*op. cit.*).

No espaço triangular desenhado entre estes três pólos, cujos vértices se atraem e se repelem, “já que as vidas vividas no interior desse espaço são vidas cindidas, sobre as quais pesam os véus da ignorância e do esquecimento”, formar-se-á um território novo, o “território da ignorância”, posteriormente identificado ao território das psicologias, no alvorecer do século XX (FIGUEIREDO, 1995, p.158).

Deste segundo texto que, a meu ver, trata magistralmente da gestação das idéias e seus determinantes histórico-sociais, mostrando inclusive as vinculações mais recônditas e surpreendentes entre elas, interessa-nos resgatar, apenas esquematicamente, o regime de valores associados a cada um dos pólos: no liberal, o “reinado do eu soberano com identidades nitidamente delimitadas, autocontidas, autodeterminadas e autoconhecidas, capazes de permanência e invariância ao longo do tempo e condições” (FIGUEIREDO, 1995, *op. cit.*, p. 147); uma clara linha demarcatória entre o público e o privado; além da prevalência dos princípios da funcionalidade e da racionalidade, “o exercício da liberdade individual concebida como território livre da interferência alheia” (*op. cit.*); no pólo do romantismo, “os valores da espontaneidade impulsiva, com entidades debilmente delimitadas, porque atravessadas pelas forças da natureza, da coletividade e da história, que se fazem ouvir de dentro e não são impostas pelos hábitos e pelas conveniências externas” (*op. cit.*, p. 148); havendo sempre a comandar os romantismos essa tendência restauradora do homem com suas origens, ainda que se faça às custas de crises e rupturas radicais, próximas do adoecimento, da loucura ou da morte” (*op. cit.*); e finalmente as tecnologias de poder no pólo disciplinar que se “abatem sobre as identidades segundo o princípio da razão calculadora, funcional e administrativa”, manipulando as identidades debilmente estruturadas mediante a evocação calculada de forças supra-pessoais, encarnadas em figuras carismáticas, mitos ou lendas saudosistas” (*op. cit.*, p. 148).

Em outra oportunidade, Figueiredo (1995) dedicou-se a uma articulação entre a idéia de ética (enquanto modos de subjetivação, como já dito) e as práticas de saúde, promovendo uma abordagem das diferentes éticas do ponto de vista histórico-antropológico, tomando por referência os eixos axiológicos acima mencionados. A partir da noção heideggeriana do habitar sereno e confiado, o autor nos oferece uma definição de ética como *ethos* (casa ou morada), condição para o “usofruto pleno das possibilidades do corpo e da mente”, que se confunde com a definição de saúde no sentido mais amplo, “para além dos critérios formais médicos ou psicológicos” (*op. cit.*) Sem esse “espaço privilegiado” de morada ética não seria

possível “despertar no corpo e na mente toda a sua capacidade de *fruir, trabalhar e pensar*” (*op. cit.*, p. 46). Não seria tampouco, possível, ao sujeito abrir-se para as experiências de encontro com a alteridade, que são “acontecimentos potencialmente desalojadores” (*op. cit.*, p. 48).

O que se revela ao longo do texto é de grande relevo para a compreensão, primeiramente, das práticas ascéticas, que foram descritas no bojo das éticas de excelência na antiguidade clássica; mas, se naquele contexto histórico, os hábitos, esforços e provações que recaiam sobre o corpo podiam ser compreendidos como tentativa de criação de uma morada individual (no sentido de um domínio de si e condição de independência), estavam ainda muito longe do quadro de valores do ‘individualismo’.

O moderno individualismo, por sua vez, nos trouxe o duplo regime da ética de eficácia (voltada para a dimensão pública) e ética de excelência (caracterizada pela boa assunção dos papéis no ambiente familiar, da casa); sendo a morada da família, aquilo que por certo tempo nos assegurou o lugar do acolhimento, do enraizamento (não mais possível de vir da comunidade). As éticas de eficácia, desde então entronizadas pelo liberalismo, como diz Figueiredo, “carregam a tendência latente, mas freqüentemente manifesta, de pensar a conduta segundo o modelo da técnica, mais precisamente, da técnica de controle dos fenômenos naturais: como se a escolha ética dependesse cada vez mais de uma opção pelo que *dá certo*” (FIGUEIREDO, 1995b, *op. cit.*, p. 56, grifo do autor).

Pode-se entender o surgimento da ética romântica, desde o pólo de subjetivação do romantismo, como uma reação ao movimento desertificante das práticas disciplinares que, em dado momento histórico, desabaram sobre a velha ordem, disseminando uma miríade de técnicas e estratégias de controle, invadindo não apenas as instituições, mas o “âmbito da vida privada, a sexualidade e a vida sentimental”. Como nos lembra o autor, “as disciplinas, para além do que trazem de mais óbvio – um arsenal de técnicas de controle – são, mais que tudo, modalidades éticas: elas contêm um padrão explícito de ideais, normas e posturas em que ressaltam, por exemplo, as noções de *unidade, ordem racional, economia, controle, eficiência, obediência, etc.*” (*op. cit.*, p. 59, grifos do autor).

Assim é que no plano da sociedade atual — é o que interessa especialmente ressaltar — o homem contemporâneo tornou-se inexoravelmente repartido entre estes três eixos, entre três casas ou *ethos*: o liberal, o disciplinar e o romântico. As tentativas imaginárias ou arbitrárias de enraizamento só logram produzir soluções bastante precárias. Reproduzo as palavras do autor nesse ponto:

*“A questão contemporânea já não é a de cada um habitar uma casa própria, faltando a todos uma morada coletiva. O que se passa é que cada um está disperso entre estas três casas e, a rigor, não habita integralmente nenhuma. Nisso reside a mais radical e verdadeira experiência de **desterritorialização**. É dessa experiência que se alimenta a cultura do narcisismo. A Ética do mínimo eu é o fruto mais espontâneo desta configuração. Não se trata, enfim, de faltarem as condições de **confiança intersubjetiva**, tão precariamente assegurada pela ética liberal e hoje tão fracamente defendida pela ética da excelência familiar, em rápido processo de extinção. A confiança que falta é a de cada um em relação a si mesmo, em relação à própria existência e continuidade, à própria capacidade de assumir uma história e fazer promessas. Um maciço investimento de si no si mesmo (sem passado nem futuro), um investimento concentrado e excludente, parece, então, ser a condição indispensável à sobrevivência física e psíquica do indivíduo. Já não lhe parece bastar uma casa fixa que o abrigue e defenda, por mais singular que seja, mas precisa de um **casulo** que ele, sem solo e verdadeira morada, possa carregar nas costas, como o personagem do **Turista Acidental**”* (FIGUEIREDO, 1995b, *op. cit.*, p. 62, grifos do autor).

Buscarei aproveitar as palavras de Figueiredo no sentido de endereçar derradeiras questões à *hipótese biopolítica* (é claro que todo o questionamento é de minha responsabilidade, e espero que não se confunda com a posições do autor).

Como vimos, o conceito de *biopolítica* forjado por Foucault representa uma tentativa de explicação ampla dos processos que se apoderam da questão da *vida* nas sociedades ocidentais a partir da modernidade (controle e regulação dos corpos, normalização individual e coletiva, produção da riqueza, etc.), em cujo interior a medicina (e seus novos parceiros, a família das tecno-biociências) ocupariam lugar central e estratégico. Trata-se de uma explicação compreensiva, saturada, ou, parafraseando André Green, a expressão de um pensamento “sem inconsciente e sem resto” (GREEN, 1995b, p.269).

As práticas e os comportamentos que incidem sobre o corpo, quando remetem à busca da saúde perfeita ou quando buscam contornar a dor e o sofrimento, são um leque de acontecimentos muito amplo para que possam ser organizados de modo unívoco sob categorias do “hedonismo consumista”, da “sociedade do espetáculo” ou dentro do escopo da biopolítica.

Pensemos mais detidamente nesta última. Será possível que nenhuma destas “práticas de si” tão heterogêneas (das ginásticas orientais ao SPA, dos suplementos vitamínicos as droga psicotrópicas, bem como o naturismo, o orientalismo, as terapias exóticas, as infinitas

formas de cobrir de cuidados com o corpo, etc.), nada, enfim, escape ao processo social de medicalização iniciado no século XIX? E nenhuma oposição fundamental haveria entre elas?

O esforço pelo qual cada indivíduo é levado a transformar-se no gestor de seu próprio corpo em busca de um domínio laborioso e coercitivo é condizente com as técnicas disciplinares, mas apenas estas? Não podemos enxergar na capacidade plenamente exercida de escolher seu próprio *modus vivendi*, seu estilo de *biossociabilizar-se*, seus projetos de viver o corpo um traço característico da ética liberal? E na idéia de transformação, metamorfose, regeneração, o bônus que só se obtém mediante a entrega compulsiva a um vício, não se pode ver o parentesco com os valores românticos? Pensemos no neo-tribalismo, nas comunidades que se formam para gozar os esportes de risco; pensemos nas práticas corporais orientais; O que há em comum entre o *yoga* e a cultura do músculo (o *body building* típico da cultura americana)? Seriam todas, indistintamente, expressões da biopolítica?

Faço estas ponderações, sem enveredar pelo caminho de discutir mais detidamente o conceito de *biopolítica*, o que fugiria ao escopo desta dissertação. Trata-se de uma tese que, mais do que qualquer outra, mereceria ser rotulada “pós-estruturalista”, como observou Marshall Sahlins (2004)²⁵. Lembro, contudo, que o pano de fundo biopolítico que nos permitiu reunir conjuntamente todos estes exemplos — a noção foucauldiana de biopoder como um poder que passa a tomar por objeto a própria vida (não mais compreendida como aquilo que o poder reprime, e sim, como aquilo de que ele se encarrega e gerencia, mediante expedientes disciplinares diversos) — parece sugerir que não é o poder que se apropria da subjetividade, mas que a subjetividade que é tomada, ela mesma, enquanto capital biopolítico. Mais uma vez, trata-se de retirar da subjetividade produzida por técnicas de adestramento, modelagem, fomento, docilização, toda e qualquer possível agência — uma subjetividade sem agência é o que resulta da tese biopolítica; reafirma-se aqui o conhecido enunciado de Foucault do *sujeito como efeito do poder* (FOUCAULT, 1974, 1976). Cabe, então, o registro de que a *hipótese biopolítica*, como muitas outras, ignora a alternativa pulsional freudiana enquanto uma alternativa válida para a compreensão de fenômenos que se dão no plano social, algo que foi observado por André Green em mais de uma ocasião (GREEN, 1995b, 1997, 2001).

²⁵ Segundo Sahlins, “Foucault nega corretamente ser estruturalista pois tudo o que resta do estruturalismo em sua problemática é a evitação da agência humana. Sua posição seria, de fato, pós-estruturalista, na medida em que dissolve teoricamente as estruturas — família, escola, hospital, filantropia, tecnologias, etc. — em seus efeitos instrumentais de disciplina e controle” (SAHLINS, 2004, p. 87).

Afinal, a idéia de saúde e a percepção dela podemos ter, seja como superação dos limites, como produto de uma autodisciplina ascética, passa a ser de algo que nos atravessa, e não nos pertence de modo algum, enquanto sujeitos.

Nem mesmo nossos corpos nos pertencem (não no sentido material, obviamente, mas no sentido de que nenhum corpo humano “autêntico” poderia subsistir fora do discurso médico, diferentemente do que vimos ser proposto por Canguilhem ainda há pouco). A idéia de um processo de medicalização que se “confunde” com a própria “modernização no Ocidente” (BIRMAN, 2006, p. 256) é de tal modo compreensiva que os indivíduos e os corpos passam a ser constituídos pelas práticas e discursos da medicina. Um saber-poder que opera não coercitivamente, mas como força que produz realidades e subjetividade; que produz comportamentos, modos de viver, pensar e sentir.

2.6 Corpo e *sobrevivência psíquica*

O *bioascetismo* contemporâneo, malgrado sua inspiração foucauldiana, reúne elementos das três moradas éticas, sobretudo do pólo disciplinar, mas não apenas deste; pode-se entender que o corpo tornou-se o casulo, o exoesqueleto de um “eu” mínimo que carregamos às costas, e em cuja superfície “as imagens do *recalcitrante* e do *abjeto* (as rugas, estrias, as manchas marcas que nos lembram o envelhecimento e a morte) ameaçam irromper” (COSTA, *op. cit.*, p.78). Mas o indivíduo está condenado a vigiá-lo incessantemente para que o *recalcitrante* e o *abjeto* não o desalojem de seu próprio corpo.

O bio-ascetismo configura um campo multiforme de tentativas erráticas, instáveis, por vezes desesperadas de enraizamento, alguma forma de habitar (ou de acampar, forma bem mais precária e provisória), a partir das significações investidas no corpo e na saúde.

Algo similar se passa com o conceito de *biossociabilidade*, formulado Rabinow (1999); uma coisa é supor que os discursos e práticas que se originam no desenvolvimento da genética e da biologia possam modificar comportamentos, induzir a formações identitárias ou novas redes sociais; outra é inferir que a biotecnologia “reinventa” a subjetividade, transformando radicalmente os modos de viver e até mesmo o que se entende por *vida*.

Quer nos parecer, em lugar disso, que manter-se *bio-sociável* é só uma das alternativas em face da experiência subjetiva de desterritorialização, mas haveria outras; por exemplo, a de tornar-se *auto-degradável*, que significaria desaparecer em meio à multidão

anônima, experimentando uma forma de *sócio-solubilidade* (com perdão dos neologismos), sonho ou pesadelo, a depender do paciente.

Penso que a articulação que caberia explicitar é a que liga **a saúde, o corpo** e a noção de **sobrevivência psíquica**. O paradoxo que há entre estes termos é apenas aparente.

Vejamos, para começar, a palavra “sobrevivência”. Ela é tão dramática e grandiloqüente que parece sempre evocar as situações em que nos deparamos com a catástrofe; quando estamos diante da iminência de morrer, quando enfrentamos a proximidade incômoda da morte e dela nos livramos! Mas há um sentido bem menos espetaculoso: “sobreviver” é também resistir, permanecer dia após dia, malgrado as intempéries e o passar do tempo. Os prisioneiros dos campos nazistas, por exemplo, “sobreviveram”, e alguns deles foram capazes de atos nada heróicos para cumprir com este objetivo. Saddam Hussein passou seus célebres dias num buraco e ali teria preferido ficar, sem sombra de dúvida, a ser capturado pelo inimigo e exposto à execração, como foi, até o ato final. Se lhe fosse dado escolher, certamente teria preferido morrer sob a terra; isto equivaleria a “sobreviver” na imaginação coletiva, sob a forma de um mistério ou de uma lenda a ser cultivada. Um exemplo menos exótico: a maioria de nós, comuns mortais, sobrevivemos cotidianamente ao movimento de olhar o próprio rosto refletido no espelho; não ficamos surpresos nem assustados, nem cedemos à tentação de chorar a passagem do tempo quando, ao exame do rosto, notássemos que algo está mais franzido, amarrotado, flácido, amolecido ou sulcado, indigno de ser visto ou tolerado.

Sobreviver, nestes casos é justamente “não ver”, tornar-se invisível, seguir em frente como se nada estivesse acontecendo. Sobrevivência pode implicar o gesto nada honroso de subtrair-se à luz ou, como acontece a certas espécies do reino animal, mimetizar-se para não ser visto.

Uma paciente em análise, toda vez em que o enfrentamento com o espelho a deixava magoada, derivava suas associações para temas ecológicos e se punha a interrogar sobre o apocalipse : “Sobreviveremos ao aquecimento global, à destruição da natureza?” Ao dizer “nós”, ela compunha com o analista um sujeito indeterminado, bastante amplo para conter toda a espécie humana, ameaçada em sua sobrevivência. Assim, ela se defendia da ferida narcísica. Ao dizer que “estávamos todos no mesmo barco” ela produzia um efeito “oceânico” que a redimia.

Talvez, toda sobrevivência seja essencialmente **psíquica**, e não porque esteja ligada ao narcisismo.

É preciso apontar uma deturpação, muito freqüente, do epítome “cultura do narcisismo”: o sentido que Lasch (1984) tinha em mente, ao contrário de ser um diagnóstico da inflação do individualismo e uma busca do prazer hedonista, era exatamente este, o de nomear *uma estratégia de sobrevivência psíquica*²⁶.

Figueiredo (1995b), na passagem que citamos antes, apontava também esse aspecto sobrevivencial, anti-diluviano, dos investimentos maciços no si mesmo e o relacionava ao problema da confiança, que é central na *sociedade de risco*.

No casulo, deve caber o mínimo, e sua mobilidade e portabilidade são marcas de sua máxima funcionalidade.

No plano mais especificamente da clínica psicanalítica, Joyce McDougall (1989, 1995) propôs que o compromisso com a *sobrevivência psíquica* pudesse ser a unidade básica de uma ética para o exercício da psicanálise. Em certa altura, ela a definiu como

“a capacidade de o indivíduo de sustentar um sentimento de identidade em suas dimensões tanto subjetiva quanto sexual, bem como de manter um sentimento de estabilidade narcísica mesmo quando os níveis de auto-estima sejam constantemente afetados por circunstâncias flutuantes” (MCDUGALL, 1995, p. 256).

A definição não é fácil. Envolve vários termos e armadilhas, como reconhece a própria autora. “O que é e o que não é considerado essencial à sobrevivência psíquica dos seres humanos?” – pergunta-se ela. “Como vamos julgar a organização psíquica em um indivíduo cujas técnicas de sobrevivência diferem amplamente das nossas próprias ou da ampla maioria dos cidadãos?” (*op. cit.*, p. 257). Poderíamos acrescentar que a menção à identidade é também problemática do ponto de vista da psicanálise, porque ela carrega a marca daquilo que é estático, do que é idêntico a si mesmo, ilusão de permanência que o sujeito do inconsciente está sempre a desautorizar.

Mas, para McDougall, a questão da sobrevivência está estreitamente ligada a seu foco de interesse teórico-clínico que são os indivíduos comprometidos com formas de “sexualidade arcaica”, de que derivam comportamentos extremos, além da doença psicossomática, e das soluções aditivas. Todas elas, condições que se relacionam a falhas que teriam acontecido num nível bastante primitivo de constituição do psiquismo, anteriores ao conflito edípico e muito próximas do engendramento e manifestação de uma psicose.

²⁶ Como disse o próprio Lasch em obra posterior: “neste ensaio eu espero antes de tudo esclarecer o que *A cultura do Narcisismo* parece ter deixado na obscuridade ou na ambigüidade: que o cuidado consigo que parece característico de nossa época toma a forma de um cuidado de sobrevivência psíquica” (LASH, 1986, pág 18).

Mcdougall tende a vê-las como respostas primitivas e infra-verbais, ligadas a experiências que não lograram produzir uma representação mental verbal, ou da ordem do “pensável” (MCDOUGALL, *op. cit.*, p. 69). Haveria ali, portanto, uma pane ou um curto-circuito da linguagem e dos processos secundários. E o desafio clínico seria, justamente o de forjar canais de simbolização ou de comunicação para tais dramas que se apresentam na clínica como “sem saída”. A chance de êxito decorreria de certo cálculo:

*“Quando a estrutura do paciente se presta a isso, a situação analítica, assim como a relação com o analista, aparecerá como o **lugar de segurança**, sob a proteção do qual eles podem sem perigo exprimir suas fantasias primitivas disfarçadas e os roteiros profundamente arcaicos de seu teatro psíquico interno”* (MCDOUGALL, *op. cit.*, p. 46, grifo meu).

É este modo de conceber o problema do tratamento de pacientes com estas características que, a meu ver, torna ainda mais pertinente a evocação da *sobrevivência psíquica*, como referência a ser levada em conta pelo analista nos contextos em que as preocupações com a saúde e a fragilidade física entram em cena (ou “irrompem na sala”). Vimos como *sobreviver* é o que se afigura como a tarefa paradoxal e desestabilizadora para o sujeito contemporâneo desde sua impossibilidade de configurar um *ethos*, uma morada.

Ao final do percurso sinuoso deste capítulo, sugiro que as questões relativas à *sobrevivência psíquica*, quando se apresentam conectadas ao corpo, aos sintomas somáticos ou sob a forma difusa de preocupações com a saúde, sejam encaradas como grandes motoras de situações dúplices de tratamento. Elas concernem a pacientes fortemente susceptíveis de recorrer ao dispositivo médico, que, no entanto, não podem prescindir de outros recursos terapêuticos, dentre os quais, a psicanálise.

3. ASPECTOS CLÍNICOS DAS SITUAÇÕES DÚPLICES

3.1 Psicanálise, pílulas e cognitivismo: o “alarido vigente”²⁷

Esse capítulo pretende abordar algumas questões relativas à interface entre tratamento médico e clínica psicanalítica. Entendo-as como questões clínicas na medida em que pertencem ao campo das idéias, elocubrações e rumações do psicanalista, não apenas quando ele está sentado em sua poltrona durante a sessão, mas também quando se ocupa do caso nas supervisões, ou quando nele se apóia para produzir teoria e sobre o social e a cultura.

É relativamente difícil saber o que se passa com os analistas e o que pensam eles quando seus pacientes visitam o psiquiatra, ou, ainda, quando o paciente é medicado. Será demasiado impertinente relacionar o produto destas associações às páginas que ele escreva sobre a cultura atual e as novas patologias?

É isto o que, de certo modo, me proponho a fazer neste capítulo. Com o cuidado de não produzir uma psicanálise selvagem dos textos; tendo em mente que a singularidade da experiência analítica não se presta à criação de protocolos e bulas a seguir, nem permite generalizações abusivas.

Na introdução deste trabalho já adiantei uma ou duas observações de caráter geral, que aqui reproduzo: 1) São poucas as circunstâncias em que o analista cogita obter algum benefício com o tratamento psiquiátrico simultâneo, e as referências na literatura psicanalítica, muito discretas; 2) Em contrapartida, as abordagens psicanalíticas sobre o social e a cultura que se constroem a partir de uma crítica da psiquiatria atual, das neurociências ou do uso abusivo dos psicofármacos são cada vez mais profícuas.

Octávio Souza (1998) observa não ser uma mera coincidência o fato de que dois temas apareçam inter-relacionados na produção de textos psicanalíticos nas últimas décadas: de um lado, o deslocamento do foco de interesse dos temas eminentemente clínicos para os temas de caráter social ou cultural; de outro, a denúncia de uma “crise da psicanálise” nos tempos atuais, respaldada no fato de que ela gradativamente perde espaço e prestígio, perde praticantes, ou é questionada por sua baixa eficácia terapêutica e não-cientificidade.

Para Souza, tal predileção por temas sociais e culturais expressa tanto a preocupação em fazer face ao mal-estar em nossa “época de incertezas” quanto dá mostras do “sentimento

²⁷ Expressão de Bruno Latour (1998) para referir-se ao mundo da ciência, pesquisa e mídia na atualidade.

difuso de esgotamento das possibilidades de renovação da psicanálise, no quadro de sua tradição freudiana de estudos de casos, da invenção metapsicológica e da renovação da psicopatologia” (SOUZA, 1998, p. 87).

Ora, quando se intenta explicar a suposta “crise” a partir de uma incompatibilidade intrínseca entre psicanálise e contemporaneidade²⁸, costumam vir à tona concepções peremptórias sobre a própria psicanálise e sobre o social. Como diz ele,

*“Os que freqüentam esse mirante de certezas, em franco contraste com as incertezas da época que descortinam, tendem a considerar como heterônoma a proposta de considerar a crise como a necessidade de reformulação da metapsicologia e da clínica, tendo em vista as novas patologias, em parte produzidas por modificações na organização social. Desse modo, a prática da psicanálise fica sendo concebida como restrita aos analistas e analisandos que compartilham uma certa noção de interpretação. Se cada vez um número maior de pessoas permanece indiferente ou impermeável a esse tipo de troca simbólica, isso não deve nem de longe sugerir a possibilidade de se pensar no alargamento da concepção da relação analítica, mas sim da manutenção de uma posição ética no interior de uma sociedade adoentada. A clínica começa a se caracterizar como uma clínica da resistência progressiva e generalizada ao tratamento analítico ou, o que vem a dar no mesmo, como uma clínica do desaparecimento da clínica. **A psicopatologia dos sujeitos se transforma na psicopatologia do social.** Daí o deslocamento acelerado para a ênfase nos temas sócio-culturais”* (SOUZA, *op. cit.*, p. 82, grifos meus).

Tomo estas palavras, por sua contundência, como uma forma de alerta ou chamamento para que não usemos a psicanálise a contrapelo dos acontecimentos sociais, ou como instrumento de denúncia do que pretensamente está “fora da ordem mundial”. É certo que há uma expressiva produção de textos que se dedicam a articular estes temas: a situação da psicanálise (sua dimensão de crise), a questão ética, uma interpretação psicanalítica da sociedade e da cultura. Nem todos, obviamente, são alcançados pelas palavras de Otavio Souza.

O que pretendo abordar neste capítulo são textos de psicanálise aplicada ao social que se avizinham dessa temática: eles se debruçam sobre relação entre uso de fármacos, cultura atual e novas patologias. Mas, é bom que se afirme de início, não vejo, necessariamente, nos

²⁸ A “crise da psicanálise” é, grosso modo, entendida como resultante das “modificações que o capitalismo tardio ou a cultura pós-moderna provocaram na relação dos sujeitos com a palavra e com os objetos de seus desejos” (SOUZA, *op. cit.*, p. 8). A psicanálise, portanto, não seria mercadoria de difícil aceitação no regime de “instantaneidade” (Bauman) ou de “temporalidade imediata” da “sociedade de consumo”.

textos escolhidos nenhuma dimensão resistencial ao pensamento metapsicológico freudiano (travestido de crítica da cultura), como quer Octavio Souza. Antes, o que transparece na maioria deles é da ordem de um “esquecimento sistemático”: são as possibilidades concretas de co-existência entre a prática da psicanálise e o tratamento psiquiátrico que passam despercebidas ou incólumes.

O fato é que prática clínica cotidiana não cessa de nos apresentar as chamadas situações dúplices, cada vez com maior frequência e assiduidade. Por que isso ocorre, e sob que condições, foi tema de rápida apreciação no capítulo anterior. É certo que algo se passa no plano da cultura contemporânea que torna banal e corriqueiro a ida ao médico ou ao psiquiatra. Hoje não é razoável supor que a intervenção médica, com todo o arsenal de possibilidades de que dispõe, fique restrita às situações tidas como “patológicas”, no sentido da medicina clássica. Um largo espectro de situações de vida, comportamentos, hábitos tornou-se passível de ser tomado pela medicina como questão de saúde-doença. Mesmo assim, como discuti anteriormente, a idéia de um inescapável processo de “medicalização da existência”, nos limites sugeridos por Michel Foucault, soa questionável.

A medicina atual estende seu domínio e sua área de atuação de dois modos: pela re-fundação dos limites entre normal e patológico, e pela fabricação permanente de novos artefatos tecnológicos e produtos (não apenas os medicamentos em sentido estrito, mas uma ampla gama das chamadas *lifestyle drugs*)²⁹.

Entretanto, para alguns autores — como Philippe Pignarre (1999) — não seriam dois os modos mas apenas um, que se desdobra em dois momentos lógicos: primeiro, vem a fabricação tecnológica de moléculas e novos medicamentos; depois, numa etapa inteiramente dependente da experimentação laboratorial, são construídas as categorias diagnósticas, as novas síndromes. O medicamento antecede e orienta a formatação das novas patologias. Trata-se, segundo Pignarre, de um bem azeitado dispositivo de produção de “novidades”, que serve para alimentar a crença de que a ciência progredirá até o domínio final sobre os processos naturais que teimam em desafiar nosso “direito” à saúde e à felicidade.

Essa visão se coaduna com a de Bruno Latour (1998) quando este aponta as mudanças drásticas havidas no modo de se fazer e recepcionar as novidades científicas no interior da sociedade. Migramos — diz ele — de uma *cultura da ciência* (baseada no ideal iluminista de que experimentações neutras poderiam alcançar o máximo de objetividade) para uma *cultura de pesquisa* (muito mais estroboscópica, produtora de controvérsias, contaminadas por todo o

²⁹ *Lifestyle drugs* são as invenções da indústria farmacêutica que visam as situações fronteiriças entre “saúde” e “bem-estar”: drogas para impotência, calvície, obesidade, prevenção da acne, tabagismo.

tipo de interesses e variantes subjetivas); disto resulta que “a ciência não mais entra em uma sociedade caótica para organizar, trazer a ordem e até por fim às controvérsias. Eventualmente, ela própria introduz mais elementos de ruído ao *alarido vigente*” (LATOURE, 1998, *apud* CASTIEL).

Não se pode negar que o campo de influência e atuação das biociências, no qual se inclui a medicina, é bem maior e nuançado do que em outros tempos. Vimos no capítulo anterior como ela se amplia e se enraíza nos hábitos sociais e na cultura, que não se limita a restituir um estado de equilíbrio do qual se partiu, mas conjuga expectativas difusas (e confusas) sobre o desempenho pessoal e novos rendimentos do corpo, para a superação de limites físicos e psíquicos, onde quer que estejam.

Ora, se as situações dúplices são um fato incontornável dos novos tempos, resta interrogar sobre seu significado (uma interpretação psicanalítica do social que a engendra), e, por outro lado, procurar compreender e avaliar seus efeitos sobre o tratamento analítico, se é que eles são relevantes.

Os psicanalistas, de modo geral, se interessam francamente pela primeira opção: pode se compilar uma extensa literatura sobre o social, a cultura e a modernidade, com destaque especial para o crescimento das neurociências e da psicofarmacologia nas últimas décadas. Algumas leituras fazem deste fenômeno uma espécie de analisador da sociedade atual, e o põem em articulação direta com as novas patologias do contemporâneo (concedendo ao medicamento/droga um lugar-chave na interpretação). O que menos tem relevo são os aspectos clínicos (de manejo, condução do tratamento ou contornos éticos) frente às situações de duplicidade, como é o caso, por exemplo, do uso concomitante do dispositivo analítico e da farmacoterapia, seja por julgá-la irrelevante, seja por atribuir-se á droga o lugar de “droga”, isto é, de um entrave ou obstáculo a ser transposto pela própria análise.

Dentre as leituras que realizei, escolhi algumas que considero representativas da fórmula acima descrita: é o caso de Joel Birman (1999), Elizabeth Roudinesco (2000), e Julia Kristeva (1993). Outras serão apreciadas porque se dedicam à interface da psicanálise com os tratamentos biológicos e cognitivistas, como André Green (1995b, 1997, 2001, 2002), e Renato Mezan (1982, 1985, 1993, 2002).

Não as elegi pela qualidade intrínseca da análise ou por virtudes e defeitos que porventura tenham. É preciso reconhecer que nenhuma focaliza diretamente as situações dúplices de tratamento, a não ser de forma lateral e sem maiores ênfases; apesar disso, elas servem perfeitamente bem para situar o problema da duplicidade como questão ético-clínica e

não de mero confronto epistemológico com a ciência médica. Isto nos permitirá avançar na compreensão do que está em jogo nas situações dúplices de tratamento e do que se arma na cabeça do analista. Vamos a elas.

3.2 Psicanálise, fármacos e neurociências: algumas leituras

Tornou-se lugar comum atribuir à medicina contemporânea, sobretudo, à psiquiatria que emergiu nas últimas décadas, um olhar objetivante, ainda mais frio e desumanizado do que jamais foi em toda a história.

As críticas à desumanização recaem geralmente sobre este aspecto: ao privilegiar um modo científico de relação com seu objeto, a medicina o faz em detrimento da dimensão subjetiva que se esconde sob o sintoma, pelo esquecimento do particular e do sofrimento individual.

A insensibilidade vai de par com a postura objetivante. E esta, por sua vez, manteria uma relação estreita com o predomínio da causalidade orgânica enquanto explicação de todo sofrimento psíquico³⁰. Trata-se de um modo de conceber a enfermidade mental que tende a abolir “a dimensão temporal da existência humana, e junto com ela, a própria idéia de subjetividade” (BIRMAN, 2002, p. 49).

Joel Birman tem abordado a questão psiquiatria biológica e das neurociências em vários escritos, com especial ênfase no papel assumido pelas drogas em geral, dos psicofármacos às toxicomanias, tendo como pano de fundo as transformações da subjetividade no mundo contemporâneo (BIRMAN, 1999, 2002).

Algumas de suas idéias podem ser assim resumidas. Desde que as neurociências passaram a fornecer os instrumentos que respondem pela “explicação psiquiátrica” a biologia tornou-se o fundamento incontestável da psicopatologia na atualidade; isto significou construir uma leitura eminentemente biológica do psiquismo, “reduzindo o funcionamento psíquico ao cerebral, sendo este representado em uma linguagem bioquímica. Assim, a

³⁰ Esse modo de ver os fatos, no entanto, não é unânime. Alguns autores vêem nele uma estigmatização do discurso das biociências. Mário Eduardo C Pereira, por exemplo, observa que “a psiquiatria biológica não tem mais necessidade de sustentar impreterivelmente uma concepção biológica da doença mental” (PEREIRA, 2005, p.16). Basta-lhe apenas abordar o fenômeno psicopatológico por um vértice biológico, o que é diferente. “A própria postura a-teórica que a caracteriza dá mostras do caráter não-indispensável, e mesmo metafísico, de uma teoria etiológica biológica” (*op. cit.*, p. 12).

economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade” (BIRMAN, 1999, p. 182). Com isto, a psicofarmacologia logrou transformar-se no referencial praticamente único da terapêutica psiquiátrica, tornando a dimensão psicoterápica uma espécie de peça museológica, “um elemento periférico no dispositivo psiquiátrico da atualidade” (BIRMAN, 1999, *op. cit.*, 182). Trata-se de uma mudança profunda no campo da psiquiatria, pois representa ir além da racionalidade anátomo-clínica³¹ que ela por tanto tempo perseguiu sem conseguir atingi-la a contento: “assim, com a pretensão de ter se transformado em ciência e em especialidade médica respeitável, a psiquiatria não quer mais ter qualquer proximidade com a psicanálise” (BIRMAN, *op. cit.*, p. 182).

Por esse movimento, a nova nosografia também se afastou do conceito estrito de “doença”, preferindo constituir-se como um conjunto articulado de sintomas – as chamadas síndromes – que passam a ter no medicamento a sua referência maior para a construção e nomeação (das síndromes). Desse modo, “as diferentes modalidades de mal-estar corpóreo serão delineadas e classificadas como síndromes, fundando-se para isso na ação terapêutica do medicamento” (*op. cit.*, p. 185).

A partir desse momento, toda a história do sujeito, articulada à dimensão temporal, estará liminarmente descartada. Apenas a pontualidade da intervenção, centrada no medicamento, contará: “joga-se, assim, uma pá de cal na subjetividade” (p. 186).

As síndromes assim construídas pelo medicamento, na posição central que este ocupa no discurso psiquiátrico, configuram um campo psicopatológico em que se destacam as depressões, o pânico e as toxicomanias.

Nesse ponto, ao puxar o fio da meada e desvelar o espectro de valores que subjaz a estas “psicopatologias da pós-modernidade”, Birman encontra dois conceitos, dois operadores que lhe permitem explicar o modo básico de subjetivação contemporânea: a “sociedade do espetáculo” (DEBORD, 1967) e a “cultura do narcisismo” (LASCH, 1984).

Birman considera que ambos se complementam, ao apontar para uma economia subjetiva voltada para a exterioridade, “para a exaltação do eu e a estetização da existência”. No contexto de um narcisismo predatório do outro, transformado em objeto de sedução e descarte, “pode-se depreender, com facilidade, como a alteridade e a intersubjetividade se

³¹ A racionalidade anátomo-clínica, descrita por Foucault (1966), possibilitou a construção do saber médico com um saber objetivo sobre o corpo doente, e representou uma ruptura epistemológica na passagem da idade clássica para a modernidade.

transformem em modalidades existenciais que tendem ao silêncio e ao esvaziamento” (*op. cit.*, p. 188).

Com um sentido quase idêntico a este, Birman lê a “cultura do narcisismo”, expressão cunhada por Christopher Lasch (1970): um processo de subjetivação marcado pelo auto-centramento e a exterioridade, que se dá num contexto social voltado para a “captura narcísica do outro”, pela subversão das hierarquias entre verdadeiro e falso, original e cópias, real e simulacro.

Note-se que o quadro psicopatológico acompanha muito de perto a explicação do que se passa com a subjetividade. Acompanhemos o autor neste ponto:

“Na cultura do narcisismo e na sociedade do espetáculo, a fragmentação da subjetividade — pelo paradoxo entre auto-centramento e exterioridade — ocupa posição fundamental. Trata-se de uma nova forma de subjetivação, por meio da qual são forjadas outras modalidades de subjetivação na atualidade, o que constitui o fundamento da atual psicopatologia” (BIRMAN, 1999, *op. cit.* p. 23 grifos meus).

O discurso psiquiátrico, ancorado sobre o medicamento, enseja toda uma construção de sentido e uma leitura do social que se faz a partir do medicamento/droga ou em torno dele:

“Mais do que síndromes, as depressões, o pânico e as toxicomanias são como um quadro de possibilidades que marcam os limites do que devemos (ou podemos) ser” (BIRMAN, *op. cit.*, p. 187).

Em outras palavras, na “cultura do narcisismo” e do “espetáculo”, não haverá lugar para deprimidos ou panicados. Perseguidos como a antítese do que se espera dos habitantes desse novo universo social, eles estarão condenados a viver sob a alquimia de substâncias lícitas ou ilícitas, o que significa submeterem-se ao contínuo balanceamento dos humores, seja pelos medicamentos psiquiátricos, seja pelas drogas. As toxicomanias, segundo Birman, são o coroamento desse destino inglório das subjetividades pós-modernas; e, mais: são o resultado de produção social que reúne a indústria psiquiátrica e o mercado de drogas pesadas. Como diz ele, *“os medicamentos e as drogas destinam-se a evitar qualquer sofrimento psíquico por parte do sujeito, nas condições atuais do mal-estar na civilização”* (BIRMAN, *op. cit.*, 243, grifo meu).

Dada a exposição ao desamparo, diante das condições de fragmentação, dispersão e desesperança vigentes na pós-modernidade, com o “fim das utopias e dos messianismos”, ao homem contemporâneo só resta erigir uma cultura centrada no evitamento da dor e do sofrimento psíquicos, no interior da qual “os projetos do narcotráfico de entorpecentes e o da indústria de psicofármacos caminham na mesma direção”, o de promover “uma suposta *estesia* do sujeito, a normalização de seus humores intempestivos, a criação de paraísos artificiais à maneira de Baudelaire” (BIRMAN, 1999, *op. cit.*).

Em resumo, aos efeitos normalizadores e performáticos, que visam melhorar a rentabilidade dos sujeitos para inscrevê-los na cultura do narcisismo ou do espetáculo, vêm juntar-se os efeitos *estésicos*, de supressão da dor psíquica. Eis, aqui, em poucas palavras, o lugar do medicamento e da droga, desenhado pelo autor em sua obra.

Não há como não pensar em situações concretas. Pois, são tantos os pacientes que chegam para uma primeira entrevista de avaliação com o psicanalista, já tendo se iniciado nos “paraísos artificiais” das drogas lícitas ou ilícitas; como são muitos aqueles que, no correr de uma análise, inclinam-se na direção de buscar qualquer recurso ou remédio ao primeiro sinal da dor, como se a experiência do contato fosse, por si só, intolerável; mas, certamente, o que há de mais problemático é o paciente cuja dor psíquica não é uma contingência, nem acidente de percurso, não é um obstáculo a vencido por supressão ou desvio, mas um *resto* do qual não será possível se livrar, uma condição que parece estar colocada desde o “princípio” de tudo; melhor dizendo, ela se situa “além do princípio” do prazer-desprazer e além da própria da idéia de masoquismo. “O que, está além do princípio do prazer-desprazer, senão a dor?” — lembra-nos Pontalis (1976, p. 269).

Com efeito, uma questão que não suscita dúvidas no texto de Birman é a definição de “dor psíquica”; tal como se apresenta, ela parece estar inteiramente subsumida na idéia de “sofrimento psíquico”, confundindo-se ora com o desprazer, ora com a angústia, em certas passagens. Mas só teríamos a ganhar em marcar a diferença entre estas dimensões. em que pese a complexidade do empreendimento tal como Freud se dispôs a fazer em *Inibição, Sintoma e Angústia*. A propósito desta passagem freudiana, Pontalis observa que Freud tende a situar a dor psíquica numa “posição mediana: entre a angústia e o sofrimento do luto; entre o investimento narcísico e o investimento de objeto” (PONTALIS, 1976, p. 271). E ainda que toda “vivência de dor se dá no interior de um **eu-corpo**, como se, com a dor, o corpo se transformasse em psique e a psique em corpo”.

De todo modo, a lembrança de tais pacientes diante das palavras de Joel Birman fará o analista se perguntar: considerando que um dos grandes desafios para o sujeito em análise seja o de “permanecer e suportar a dor provocada pela posição de desamparo e feminilidade” (BIRMAN, *op. cit.*, p. 45), o que “resiste” e o que “capitula” (no analista e no paciente), quando se busca o recurso da medicação? Como encarar a decisão do paciente? Como recuo, como fracasso do dispositivo?

Certamente que da figura do analista se espera que possa sustentar a relatividade das referências identificatórias entreabertas pela posição de desamparo, o que não é fácil; mas, enquanto analista, como se esquivar das “utopias de algibeira”, na expressão do próprio autor, ou como se abster de formular um juízo moral acerca de determinadas escolhas de vida que visam à redução da dor psíquica pela “via direta”?

Creio ser possível evocar uma reflexão de Pontalis (já que ele é um autor que reivindica para a **dor psíquica** uma certa especificidade que nos desafia na clínica):

*“Qual a parte do analista na experiência da dor psíquica? A meu ver, sua função é decisiva nos três tempos: na defesa mantida contra essa experiência, por recusa ou supressão, em seu advento e em sua ultrapassagem. Ela implica um modo de participação e de intervenção, **um tipo de contratransferência específica** [...] Digamos que um analista que ignore sua própria dor psíquica não tem nenhuma chance de ser analista, assim como aquele que ignora o prazer — psíquico e físico — não tem nenhuma chance de continuar sendo analista” (PONTALIS, 1976, p. 278, grifo meu).*

Passo a comentar a análise empreendida por Elisabeth Roudinesco no ensaio de 2000, publicado por ocasião do centenário da psicanálise (na verdade, centenário do aparecimento de *A Interpretação dos sonhos*, de Freud). Talvez por esta condição de origem, o texto já revele de início a indisfarçável vocação de militar em favor de uma causa junto ao grande público, permitindo-se uma retórica de denúncia, de crítica do *establishment* e de apologia da psicanálise. Estas três dimensões se sucedem e se alternam ao longo do texto, exigindo da autora o máximo de habilidade na condução de seus argumentos. Reconheça-se, aliás, que todo o esforço resulta numa obra clara e eloqüente, que atinge ao menos um de seus objetivos de modo certo: por várias semanas, o livro figurou entre os mais vendidos na França e

provocou polêmicas nos meios de divulgação. Do que trata o ensaio? Diríamos que o caminho percorrido não destoaria do empregado por Joel Birman, quando estabelece, de partida, uma relação entre o desenvolvimento das neurociências, a disseminação do uso de psicofármacos e a “grande operação de limpeza que visou erradicar da clínica e da reflexão médica todo o conjunto das teorias sobre a subjetividade” (ROUDINESCO, 2000, p. 85). Entre estas teorias, a mais visada, teria sido a psicanálise, “na medida em que a concepção do inconsciente revelou-se fundamentalmente incompatível com a nova mitologia cerebral” (*op. cit.*, p. 86).

Diante desse movimento histórico que instituiu o “homem comportamental”, é possível falar-se em uma “derrota do sujeito” (*op. cit.*, p. 18), face à supremacia dos processos psicológicos de normalização, em detrimento de todas as possíveis formas de reconhecimento e exploração do inconsciente. Para a ciência que hoje se pratica, a psicanálise não tem mais como escapar da acusação de ser “a-científica”, visto que não se responde ao requisito de produzir provas materiais e resultados tangíveis, como todas as demais ciências, restando-lhe um lugar honroso no panteão das ciências humanas como hermenêutica, ou sistema de interpretação “literária” dos afetos e dos desejos humano. Claro que este argumento representa o ápice do opróbrio por que passa psicanálise, sobretudo na América, onde se dá o *Freud bashing* costumeiro há várias décadas. Mas, não obstante isso, as pessoas continuam a recorrer à clínica psicanalítica, o que pode ser confirmado por estatísticas e números.

Por que, então, o uso abusivo e indiscriminado de medicamentos? A esta pergunta crucial Roudinesco se apressa em concluir, nas primeiras páginas do capítulo intitulado *A sociedade depressiva*: “sabemos que o medicamento *em si* não se opõe ao tratamento pela fala” (*op. cit.*, p. 28, grifo do autor); se hoje a psicanálise é posta em concorrência com a psicofarmacologia, “é também porque os próprios pacientes, submetidos à *barbárie da biopolítica*, passaram a exigir que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica. Muitas vezes, sentem-se inferiorizados quando o médico tenta apontar-lhes outra via de abordagem” (*op. cit.*, p. 29, grifo meu).

Ora, por estas palavras pode-se inferir que o medicamento responde às necessidades e anseios do sujeito contemporâneo. Este quer uma explicação pronta e uma resposta objetiva para o que o aflige; prefere entregar-se voluntariamente a substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos; escolhe o silêncio em lugar da linguagem, etc. O medicamento e o sujeito contemporâneo representam um caso de “simbiose à primeira vista”.

Esta explicação tautológica nos é oferecida logo no primeiro capítulo. Não há mais em todo o restante da obra nenhuma outra passagem relativa à questão do tratamento

concomitante entre psicanálise e fármacos. Roudinesco continuará a denunciar a tentativa de hegemonização como barbárie e obscurantismo (o que certamente é), e a reafirmar o estatuto da complexidade da vida subjetiva, algo que é sistematicamente negado pela abordagem biologizante.

Entra-se, por essa via, numa explicação do contexto social que é, ao mesmo tempo, e uma defesa veemente da psicanálise. A interpretação da “sociedade depressiva” se faz a partir da constatação de que uma crise ou vazio do sentido que remete á droga /medicamento:

“O homem depressivo não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo. Por isso, passa da psicanálise para a psicoterapia e desta para a homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade. Aliás, ele já não tem tempo para nada, á medida em que se alongam o tempo de vida e de lazer, o tempo do desemprego e o tempo do tédio. O indivíduo depressivo sofre ainda mais com as liberdades conquistadas por já não saber como utilizá-las” (ROUDINESCO, 2000, p. 13).

Nesta passagem, Roudinesco nos fornece um retrato do sujeito contemporâneo: alguém incapaz de manter uma vida subjetiva mas que está, ao mesmo tempo, no limiar da dor psíquica, sendo incapaz de tolerá-la.

Muito embora a palavra “medicamento” ou “droga” estejam ausentes não é difícil inferir sua presença potencial em cada palavra (*vazio, tédio, infelicidade, lazer, validade*), como se estivessem á espreita.

A qualquer momento dar-se-á o encontro porque estão fadados um ao outro. Droga e medicamento são imanentes à existência desse sujeito que se define pela baixa tolerância aos “inelutáveis sofrimentos habituais, às dificuldades e provações da vida”. Drogas e medicamentos se infiltram no grande diagnóstico da sociedade atual, como Velásquez se fez incluir no quadro *As meninas*: obliquamente, refletido num espelho. Quando olhamos para eles, o que recebemos de volta é nosso rosto (e nossa alma).

Julia Kristeva em sua coletânea de ensaios intitulada *As novas doenças da alma*, nos introduz numa realidade não muito diferente, pintada com cores menos sombrias. Diz ela, em certo momento:

“A sociedade na qual o sujeito moderno se formou não o deixa sem recursos. Um deles, às vezes eficaz, é a neuroquímica: nele, encontram alívio as insônias, certas angústias certos acessos psicóticos, certas depressões. E quem iria discordar? O corpo conquista o território invisível da alma” (KRISTEVA, 1993, p. 14).

Segundo a autora, é preciso reconhecer que os “novos estados da alma” unem-se sob o denominador comum do ***empobrecimento da vida subjetiva***, manifestando-se sob a forma de uma dificuldade de representar. “Quer tome a forma do mutismo psíquico, quer experimente diversos sentidos como vazios ou artificiais, essa carência de representação entrava a vida sensorial, sexual, intelectual e pode prejudicar o próprio funcionamento biológico” (*op. cit.*, p. 16). O homem contemporâneo entrega-se ao poder curativo das drogas ou das imagens, já que as imagens parecem ter o extraordinário poder de captar-lhes as angústias, controlar-lhes a intensidade e suspender-lhes o sentido, assim como o medicamento. “Não é fabuloso que alguém se satisfaça com uma pílula e uma tela?” — pergunta provocativamente.

Para Kristeva, no entanto, a questão propriamente clínica do tratamento com drogas ao lado da psicanálise é corajosamente considerada, como sendo uma das mais candentes para a psicanálise de hoje e de amanhã. Essa convivência poderia, segundo ela, desenvolver-se em duas direções:

“Por um lado, haverá cada vez mais pacientes de tratamento misto (farmacológico e psicanalítico), o qual necessitará da apreciação exata dos efeitos do medicamento e da interação deste com a transferência; por outro, impõe-se uma informação ao público para colocar em evidência o enorme cargo de enfermidades psíquicas não alvejadas pela farmacologia, e que re-atualiza a necessidade do tratamento psicanalítico strictu sensu. É necessária uma análise cada vez mais refinada do aparelho psíquico, atenta à tradutibilidade das pulsões em palavras” (KRISTEVA, *op. cit.*, p. 50).

Trata-se de uma afirmação espantosa. Sua menção ao que escapa ao alcance da farmacologia, mas seria do escopo da psicanálise *stritu sensu*, nos faz pensar naquilo sobre o que a frase silencia: parece haver uma porção considerável de situações efetivamente tratáveis pela farmacologia e, mais ainda, tratáveis em regime de complementaridade com a psicanálise, o que não chega a se explicitar no correr do texto.

André Green, em diversas ocasiões, tem se dedicado ao tema sem, no entanto, referir-se explicitamente à farmacologia como o problema a ser enfrentado. Suas reflexões não recaem num diagnóstico do social e não fazem menção a “novas patologias”. Ele procura acompanhar e esclarecer as aporias que concernem ao campo das ciências cognitivas, apresentando um quadro geral das pesquisas neurobiológicas, as esquematizações abusivas de que tais pesquisas muitas vezes se valem, e o problema da ideologia subjacente ao trabalho científico.

Não pretendo trazer exaustivamente seus apontamentos e conclusões, mas aproveitá-las nesse momento para delimitar o fundo contra o qual se recorta a figura dos discursos sobre a saúde e a doença sob a ótica dos fatores de risco. O primeiro ponto a ser destacado é que Green advoga uma postura aberta em relação às pesquisas da neurobiologia, sem que isto signifique professar um otimismo excessivo, apenas esperando pelo tempo em que alguma interlocução seja possível. Diz ele:

“Se proponho conservar essa porta provisoriamente aberta é porque não vejo nenhuma vantagem em construir uma teoria psicanalítica totalmente apartada do saber sobre o soma. Aliás, certos ramos da prática psicanalítica permanecem em contato com esta realidade: a psicoterapia das psicoses, freqüentemente realizada em combinação com as quimioterapias, e a psicossomática que força uma reflexão sobre as relações com as disciplinas médicas, o tratamento psíquico coexistindo com o tratamento médico” (GREEN, 2002, p. 361).

A neurociência faz avançar suas posições de forma não unívoca em vários domínios e direções: uma delas é a que consiste em explorar o paradigma da razão: para a neurobiologia, consciência e razão andam juntas, o que torna logicamente aceitável postular a existência dos “neurônios da razão”, como o faz Henri Atlan (*apud* GREEN, *op. cit.*, p. 343). Isto, claramente repercute uma visão idealista e intelectualista do psiquismo, além de reforçar a separação entre o racional (intelectual) e o afetivo.

Outro aspecto intensamente explorado é o da importância dos afetos e das emoções na teoria neurobiológica onde, novamente despontam posições divergentes; para Antonio Damásio (1988), a dimensão afetiva acompanha todos os processos psíquicos, enquanto para outros, tratar-se-ia de dissecar o fundamento biológico de todo fenômeno psíquico, pondo em evidência os diferentes circuitos e engrenagens do *corpo-orgão*.

A questão que nos interessa especialmente abordar, dado seu poder pregnante sobre as teorias do cognitivismo atual é a perspectiva que procura sustentar (e sustentar-se) numa

analogia entre o pensamento e a lógica, produzida mediante um forte reducionismo. Ora, como observa Green,

*“o reducionismo reduz o psíquico ao biológico, depois o biológico ao físico-químico e, enfim, ao matemático, dentre as ciências a mais pura e a mais rigorosa. Não poderíamos deixar de lembrar a sedução que exerceu sobre vários psicanalistas (Lacan e sua escola) a idéia de **matematizar** a psicanálise com a idéia de um significante sem resto. Do espelho, Lacan chegou ao significante (fazendo passar signo e significado) para, enfim, desembocar no **matema**. O afeto? Excluído.”*(GREEN, 2002, *op. cit.*, grifos do autor, p. 371).

Exageros à parte (uma coisa é apontar a exclusão do afeto em Lacan, outra atribuir-lhe um reducionismo à maneira das ciências cognitivas), André Green vai ao fulcro da questão ao apontar no cognitivismo, contra toda pretensão de objetividade e realismo, uma espécie de “modelização estilizada” do funcionamento humano, cuja mais fiel tradução seria a analogia entre cérebro e computador.

De fato, um dos axiomas da ciência cognitiva (que surge e se organiza em meados da década de 50, no século passado) afirma que a vida mental é baseada em um sofisticado sistema de informação e computação. “Computação é o fundamento central da ciência cognitiva moderna” (CHALMERS, 1996). Desse modo, crenças, sentimentos, lembranças são informações armazenadas em bancos de dados neuronais segundo padrões pré-estabelecidos de armazenamento, podendo ser dali resgatadas, processadas e transformadas. Mecanismos de *feedback* informacional realimentam e atualizam a imagem contida neste gigantesco e febril banco de dados. Todo poder criativo da mente se reduz à faculdade de combinar, transpor, aumentar ou diminuir os materiais fornecidos pelos sentidos e pela experiência. Em brevíssimas pinceladas, eis o quadro de referências que ficou conhecido como teoria computacional da mente, como formulada por Pinker (PINKER, 2004)³².

³² A teoria foi proposta inicialmente por Putnam e desenvolvida por diversos outros pesquisadores da mente nas últimas décadas. O campo conhecido como de estudos da inteligência artificial, reconhece na teoria, a supremacia das ciências de computação e da lógica sobre todas as outras disciplinas. Por entender que fugiria ao escopo desta apresentação, passo ao largo dos debates internos à ciência cognitiva em suas várias perspectivas, bem como das discussões filosóficas como a sustentada por John Searle, um crítico contumaz de certos pressupostos filosóficos da “Inteligência Artificial”. Para um maior conhecimento sobre o tema, remeto o leitor a: PUTNAM, Hilary. *Minds and Machines*. In: *Philosophical Papers*, vol. 2, Cambridge, Cambridge University Press, 1995. E a : SEARLE, John. *A Redescoberta da Mente*. Lisboa, Instituto Piaget, 1998.

Claro que a sede material deste processo é o cérebro humano, essa maravilhosa engenhoca. A mente está para o cérebro como o software para o hardware. Temos assim o que poderia chamar de “cartesianismo neural” (COULTER, 1997).

Tal reducionismo á vertente biológica é a condição para que se assuma, sem embaraços, a existência cabal de um mundo objetivo externo, tornando filigranas obsoletas as questões de fundo cultivadas pelas ciências humanas em geral. Torna-se então possível rejeitar *in limine* a análise social e política dos fenômenos: tudo será, cedo ou tarde esclarecido pelas ciências naturais, e reduzido a processos biológicos. O que se afigurava como tensão entre o biológico e o cultural vê-se de um golpe solucionada pela redução do segundo ao primeiro; na verdade, o conhecimento gradativo do cérebro tornará supérflua existência do social e do cultural.

Seria útil, nesse momento, abrir espaço para uma pequena digressão, acompanhando as críticas de Richard Rorty (1994, 1997) endereçadas à noções como “mundo objetivo”, “objetividade”, “realismo científico”; são estes, segundo o autor, os fios condutores da metafísica ocidental que, partindo de Platão, passam por Descartes e chegam aos “dualistas” contemporâneos. Particularmente severa é sua crítica à idéia da representação: o cientista, ao assumir a dualidade cartesiana da mente e do corpo, assume que existe uma realidade externa e o processo de representação deverá, então, acuradamente, reproduzir tal realidade (isto é, o mundo que está lá, com os objetos que ali são). No âmbito das ciências dispara-se uma corrida desenfreada para atingir a verdade enquanto correspondência com a realidade, tal como ela é, exigindo-se critérios cada vez mais rigorosos nas metodologias empregadas para comprovar tal descrição acurada, essencial (no sentido de central, intrínseca) dos objetos do mundo objetivo. Tal abordagem é *reducionista*: se há apenas uma forma verdadeira de definir os sistemas que configuram a realidade, tratar-se-á sempre de definir “o nível mais forte (o que detém esta forma verdadeira) numa hierarquia que fornecerá a referência para a qual outros discursos científicos deverão ser reduzidos - redução da química à física, redução das ciências humanas aos processos biológicos” (RORTY, 1997, p. 114).

Mas, não nos afastemos demais da questão que orienta essa incursão pelo terreno do pensamento lógico, neurônios e computadores: o cognitivismo postula uma relação entre uma forma de racionalidade e certo indivíduo que a ela corresponde.

Não por acaso, este é o “personagem” que habita os discursos sobre riscos no universo da saúde e doença. E sobre ele, pretendem operar as psicologias cognitivistas de modo geral:

o indivíduo como uma “unidade de processamento de informações” (LUPTON, 2005, p. 84). Unidade neutra, capaz de uma racionalidade idealizada que avalia, calcula e reage de forma neutra, isto é, isenta de distorções pelo afeto ou pela emoção.

O modelo de crença na saúde (*health belief model*) que prevalece nos discursos sobre riscos oriundos do campo da promoção e educação em saúde é um bom exemplo disto. Como muitos outros modelos comportamentais, ele pressupõe invariavelmente a evitação do risco como “racional” e a exposição ao risco como “irracional” (BLOOR, 1995 *apud* LUPTON, *op. cit.*).

A esta pretensão, a antropóloga Mary Douglas respondeu com ironia:

*“Em vez de animais de sangue-quente, passionais e sociais como acreditamos ser, nós humanos somos apresentados pela ciência cognitiva como agentes hedônicos, serenos e obstinadamente devotados a perseguir nossos próprios interesses particulares. Nós estamos vocacionados a sermos avessos ao risco (**risk-aversives**), mas, por incompetência em processar as informações nos tornamos involuntariamente tomadores de risco (**risk-takers**); em uma palavra, somos tolos”* (DOUGLAS, 1992, p. 74).

Seguindo com as leituras que realizei, um dos autores que em várias ocasiões dedicou-se a pontuar as diferenças entre psicanálise e psiquiatria, psicanálise e neurociências, fazendo-o sempre com coerência, é Renato Mezan (1982, 1985, 1993, 1995). A coerência não está apontar especificidades de cada campo e as diferenças que os separam — que são muitas, a começar da concepção de doença e sintoma, a natureza da experiência e os objetivos a que se propõem, tornando inútil qualquer empreendimento comparativo e a própria idéia de competição entre elas; mas em reafirmar que a questão verdadeiramente interessante, talvez única, é a de saber, levando-se em conta cada caso e com extrema cautela, qual o tipo de “colaboração eventual” que poderia haver entre psicanálise e psicofarmacoterapia.

Na maioria das vezes, contudo, — lembra-nos o autor — a questão está “mal-colocada”. A longa jornada de confusões quanto à natureza e especificidade dos campos, as infindáveis tentativas de assimilação da psicanálise a um registro médico, incluídas as acusações de ineficácia e a-cientificismo, podem ser explicados à luz das contingências históricas que marcam os primórdios da obra de Freud e seus discípulos. Tendo sido concebida para ser um “método de tratamento das doenças nervosas”, numa época em que inexistiam procedimentos mutativos para o sofrimento psíquico ela até hoje padece desta confusão que é a de ser

comparada, em gênero, número e grau, às abordagens no campo da medicina. Mas a psicanálise, certamente, não é nem deveria consentir em ser assimilada como um ramo da medicina.

“A atividade psicanalítica se distingue de todo e qualquer projeto médico pela simples razão de que este visa a restauração da saúde, isto é, a eliminação dos fatores nocivos que desencadeiam uma doença e o retorno ao status quo ante. Nada mais distante do projeto analítico, em que a associação e a interpretação não podem ser reduzidas à restauração alguma, pois o status quo ante conduziu precisamente à situação problemática em que se encontra o analisando. Mais profundamente, a comparação entre psicanálise e medicina é infundada porque a interpretação não trabalha com a causalidade no sentido científico desse termo: sua eficácia tem outros fundamentos e não pode ser assimilada à descoberta de causas psíquicas cuja ação resultaria num procedimento destinado a removê-las, segundo o princípio cessante causa cessat effectus” (MEZAN, 1985, p. 137-138).

A começar do estatuto do sintoma, que difere radicalmente em ambas; é próprio da prática médica posicionar-se frente ao sintoma como algo a ser removido ou extirpado, sendo ele um fator de perturbação da saúde. Ao médico, diz Mezan (em texto posterior)

“caberia aliviar, tanto quanto possível, o sintoma; ao psicanalista não cabe a mesma tarefa, e sim outra: criar e manter as condições da situação analítica afim de que o paciente, no seu ritmo e com suas características, possa dar livre curso a suas associações e às modalidades de vínculo transferencial que lhe são peculiares. Não é raro que, respeitadas as condições sine qua non da análise, certos sintomas desapareçam ou se atenuem; em geral, isso se faz de modo silencioso e discreto, como corolário – e não como objeto – de um processo infinitamente complexo e sutil de conhecimento e de transformação” (MEZAN, 1993, p. 307).

Embora distante da idéia de uma restauração funcional ou adaptativa, não é estranha à psicanálise a idéia de transformação, “mas uma transformação que é produto de uma lenta e complexa artesanaria, tão pouco compatível com as exigências de rapidez, felicidade imediata e supressão da dor, características da sociedade atual” (*op. cit.*, 1993, p. 308).

Novamente aqui, reencontramos a menção a um elemento que se repete nas análises de outros autores: a do imperativo moral de manter-se o mais próximo possível de um ideal de

felicidade, de um *mais-gozar* que, no entanto, só pode ser concebido mediante uma abolição do sofrimento psíquico. Embora não esteja dito, o que contrasta com a “lenta e complexa artesanaria” do processo de análise é, de fato, o medicamento.

Quem fala psicanálise, fala de um procedimento *sui generis*, que opera segundo princípios próprios e tem por finalidade a transformação da personalidade do paciente. “Mas, cuidado: não transformação dele em outra pessoa, supostamente melhor e mais feliz; transformação dele no que pode vir a ser, caso consiga livrar-se de algumas das mutilações emocionais que sua história lhe impôs. Essa finalidade não conflita com – nem depende de – qualquer avanço nas ciências biológicas, embora estes possam ser eventualmente colocados a serviço daquele (MEZAN, 1993, p. 309).

A relação real, na expressão do autor, a única relação possível, seria: ou bem, uma cooperação eventual e fortuita, no sentido de favorecer o funcionamento psíquico do sujeito (não ficando claro de que modo isso se traduziria nos termos da análise, se de uma maior capacidade de elaboração, a livre-associação, a neurose de transferência) ou, por outro lado, uma oposição relativa quanto às possibilidades de “transformação do sujeito” (*op. cit.*, p. 307). Um claro exemplo de cooperação: o efeito das medicações sobre a angústia intensa ou sobre a depressão profunda e incapacitante.

Para Mezan, o desejável seria que a medicação viesse para restaurar minimamente um nível de funcionamento psíquico, devolvendo ao paciente a chance dele “ouvir o outro ou a si mesmo”. De todo modo, o medicamento incluir-se-ia nas fantasias como um “elemento a mais” na densa trama de conexões imaginárias formadas em torno e a partir dele (medicamento), sem impedir que o processo de análise seguisse seu curso de investigação do universo inconsciente, estando o paciente medicado ou não medicado.

Mas, o autor nos apresenta também o que seria um exemplo clássico do antagonismo entre psicanálise e tratamento farmacológico (ao menos, do ponto de vista clínico e conceitual): os medicamentos chamados antipsicóticos ou anti-delirantes são empregados maciçamente pela psiquiatria de modo a impedir que um delírio se instale; ora, o delírio, na concepção da psicanálise, é uma tentativa que o paciente empreende, ainda que precariamente, de construir um sentido para seu sofrimento.

Os aportes de Renato Mezan são coerentes do ponto de vista daquilo que se verifica na prática clínica e, ousado dizer, “ideologicamente” corretos; reconhecem a sinergia entre o fármaco e o processo analítico numa eventualidade: diante do transbordo do sofrimento, da dor psíquica, que incapacitando o sujeito para a livre-associação. Mas, a hipótese da sinergia ou cooperação propiciada pela ação da droga comportaria igualmente o seu contrário: o

fármaco enquanto elemento obliterante da subjetividade, enquanto obstáculo ao trabalho de elaboração/perlaboração, enquanto veneno.

Parece que por este caminho, somos levados a reconhecer o triplo estatuto que possui o fármaco ou *pharmakon*, tal como ele é apresentado no *Fedro*, de Platão: como remédio, veneno ou cosmético, conforme as condições de seu emprego³³.

Mas, o texto platônico não se refere apenas à substância/droga; a palavra seria o *pharmakon*, por excelência, “nossa mais cruel armadilha e, ao mesmo tempo, a possibilidade de redenção de todo sentido” (DERRIDA, 1991). Marilena Chauí observa que o texto platônico considera a palavra um medicamento na medida em que pelo diálogo e pela comunicação conseguimos descobrir nossa ignorância e apreender com o outro:

Pode ser um veneno quando, pela sedução das palavras, nos faz aceitar, fascinados, o que vimos ou lemos, sem que indaguemos se tais palavras são verdadeiras ou falsas. Enfim, a linguagem pode ser um cosmético, maquiagem ou máscara para dissimular a verdade sob as palavras” (CHAUÍ, 2000, 186).

Ação cosmética do medicamento, ação venenosa e tóxica da palavra. Os significados do *pharmakon* aplicam-se tanto a um quanto a outro. Segundo Fédida (1998), poderíamos chamar de *farmacológico* todo discurso que enuncia um regime de virtudes e valores sem nenhuma possibilidade de contestação; assim como é *sofístico* todo e qualquer uso de um medicamento que promete “resposta completa e absoluta para o sofrimento humano, em detrimento da clínica, inclusive a psicanalítica” (FÉDIDA, 1998, p. 14).

É nesse sentido que o desenvolvimento biotecnológico atual e a moderna farmacopéia exercem seu fascínio. Eles são recepcionados como a resposta positiva da ciência ao sofrimento psíquico e emocional, para o que não se tem uma resposta satisfatória em outros campos ou disciplinas.

³³ Nas páginas do *Fedro*, Sócrates afirma que a Ciência Médica e a Retórica têm em comum o fato de que analisam uma natureza: a do corpo e a da alma, respectivamente. À medicina caberia promover a saúde dando ao corpo medicamentos e alimentos; à dialética, visando a alma, prover idéias e ocupações justas que possam conduzir à convicção e à virtude. Jaeger (1986) enfatiza, nesse ponto, a estreita ligação do pensamento de Platão com a medicina hipocrática, ressaltando que na concepção platônica das virtudes éticas da alma deriva da sua noção das "virtudes" do corpo: a simetria das partes ou das forças naturais, sendo este o estado considerado como normal no *corpus* hipocrático.

3.3 Uma psicopatologia mínima para as situações dúplices

Procurei ressaltar que nas análises precedentes, os autores empreendem uma crítica da cultura e do social e um diagnóstico da pós-modernidade, em que os psicofármacos e as drogas desempenham papel estratégico. Parece que o caráter “sofístico” dos medicamentos modernos (FÉDIDA, 1996), enquanto promessa de supressão do sofrimento e do mal-estar, é denunciado por todas elas. Em algumas, (especificamente a de Birman, mas, em certa medida, também a de Roudinesco) a crítica comporta uma denúncia da colusão do político com a ordem médica, onde se aninharia a ambição de uma regulação dos conflitos entre os sujeitos, entre os sujeitos e os grupos, mantendo todos sob o embalo de um “desfrute fármico”: a tolerância da sociedade capitalista de consumo para com o uso abusivo de medicamentos e drogas seria a outra face do processo de docilização dos corpos e medicalização da vida.

Daí á hipótese de um processo único, abrangente, intersticial, heterogêneo e múltiplo, que atravessa todo o social, há apenas um passo. A *biopolítica* é este passo. Conceito de tal modo inclusivo que nada lhe escapa: ele vai do micro ao macro, do molar ao molecular. Vimos que, sob o enunciado de que “biopolítico” seria todo o discurso ou prática que se apodera da vida enquanto fato biológico (a vida nua) para dela fazer seu objeto, cabe rigorosamente tudo: das explorações do genoma às neurociências; das academias de ginástica, aos livros de auto-ajuda; do planejamento familiar ao universo das psicoterapias. A palavra e o conceito se declinam triunfalmente nas teses acadêmicas, sendo acolhidos por vários autores psicanalistas (dentre as leituras que acompanhamos, o caso emblemático parece ser o de Joel Birman).

Caberia, no entanto perguntar, singelamente, se a psicanálise não seria parte integrante da *biopolítica*. Como dar-lhe um salvo-conduto que a exima de prestar contas, ao lado de todas as outras *ciências do homem*? Por quais atalhos do pensamento do “Fora” (PELBART, 1989, 2000), não a incluiríamos, também ela, “dentro” da contabilidade das forças que fazem falar a subjetividade, como uma das formas de manifestação do biopoder? Afinal, para sermos coerentes com o pensamento foucauldiano, tomemo-lo por inteiro: a psicanálise é um produto da sociedade disciplinar, e sua finalidade não é outra senão promover a

“normalização das condutas e a produção de corpos dóceis, necessários à manutenção do sistema dominante” (CHAVES, 1988, p. 7)³⁴.

No entanto, é possível ver que, mesmo quando não são inseridos na *hipótese biopolítica*, os psicofármacos permanecem estrategicamente situados como a chave que liga e desliga o circuito das explicações, sendo o elemento que dá passagem da experiência clínica (sobretudo, quando algo não dá certo) para uma teoria psicanalítica da cultura.

Diante disso, a pergunta que se impõe é outra: quanto certos diagnósticos do social que partiram de situações de impasse na experiência analítica (quando o paciente, uma vez medicado, parou de associar, abandonou o tratamento, etc.) são tributários de projeções do próprio analista ou de sua contratransferência, hipostasiadas em interpretação? Questão incômoda, cuja validade vem de lembrarmos que a clínica psicanalítica se faz hoje em dia com pacientes medicados a todo momento.

Mas o aspecto mais importante a considerar, nesta altura, é a ambição que se evidencia, em alguns autores, de delinear uma psicopatologia da contemporaneidade.

No plano das explicações da subjetividade contemporânea (sem a pretensão de homogeneizá-las, nem atribuir a elas uma convergência de propósitos e intenções), é possível identificar um denominador comum para as “novas doenças da alma”, como diz Kristeva: *a indisponibilidade para a elaboração mental, um empobrecimento dos recursos de simbolização que se conecta a um déficit da experiência subjetiva; ao lado deste, uma intolerância à dor psíquica*.

Nesse contexto, o fármaco tanto pode comparecer como o lenitivo para a dor, no seio de uma cultura que não a tolera; quanto o objeto que preenche um vazio subjetivo, uma prótese de vida psíquica para os que não a podem ter, correspondendo a um anseio de normalização e adaptação.

Com isto, em certos momentos, é possível ver que as interpretações psicanalíticas do social conduzem a uma crítica das formas de normalização que alienam o sujeito. De fato, historicamente, a psicanálise sempre se revigora e assume uma postura genuinamente psicanalítica “quando toma como objeto de investigação a normalização socialmente imposta ou a pseudo-normalidade resultante de injunções primordialmente psíquicas” (FERRAZ, 2003, p. 36).

³⁴ Ernani Chaves mostra que ao inaugurar-se a fase genealógica de seu pensamento, quando a questão do poder emerge com toda a força, a crítica de Foucault à psicanálise deixa para trás as ambigüidades e se “radicaliza” na direção de apontá-la como “expressão do biopoder” (CHAVES, 1988).

No entanto, parece que em lugar de delinear uma psicopatologia do sujeito contemporâneo, o que as análises de fato conseguem é desvelar um *quadro de psicopatologias que alimentam as situações dúplices* (ou tríplexes!); pois, ali estão descritos os sintomas e as formas de sofrimento psíquico que se candidatam ao tratamento médico e ao gabinete do psicanalista.

O “déficit de vida subjetiva” relaciona-se ao anseio de normalização e adaptação; a “impossibilidade de simbolizar” liga-se a uma intolerância à dor e à necessidade de soluções aditivas; e um desvio para o corpo é o resultado do bloqueio expressivo, no caso das somatizações. Temos assim configurado, esquematicamente, o quadro que vai das normopatias, às adições em geral e às doenças psicossomáticas.

Tomemos por exemplo, o indivíduo normopata. Como nos mostrou Mcdougall, enquanto estilo de viver e modo de posicionar-se em relação a si mesmo e a seus objetos, a normopatia também diz respeito à “atrofia da experiência do sujeito” (MCDUGALL, 1978).

Bollas descreve uma forma específica de adoecimento com características bastante próximas, sob o nome de “doença normótica” (BOLLAS, 1987). O aspecto fundamental da doença normótica seria a aversão manifestada pelo indivíduo em “nutrir o elemento subjetivo da vida, existente dentro de si próprio e do outro”. Incapaz de acolher dentro de si “o jogo interno dos afetos e das idéias que geram e autorizam a imaginação pessoal”, votados a serem objetivos em tudo os que fazem, tais indivíduos podem parecer “excepcionalmente fortes e estáveis”, até que sobrevenha um “colapso normótico” (BOLLAS, 1987, op. cit., p. 181).

Seja como normopatia, seja como doença normótica, falamos de formações subjetivas que trazem dificuldades ao processo analítico e que desafiam as capacidades do analista. Joyce Mcdougall referiu-se a tais pacientes como *antianalisandos* em análise (1978a), sublinhando o caráter mineral e opaco dos vínculos transferenciais que são capazes de criar, o que pode angustiar fortemente o analista. Mesmo porque, dada a ausência de vida fantasmática e subjetiva, e por “jamais se arrisquem a ficar na mão de outro” (MCDUGALL, 1978a, p. 96), a transferência está prejudicada de saída, relegando o analista a uma condição de “exclusão objetal”, como bem observou André Green: “o analista fica aprisionado na rede de objetos mumificados do paciente, paralisado na sua atividade e incapaz de despertar no paciente qualquer curiosidade a respeito de si próprio” (GREEN, 1975, p. 44). Desse modo, suas tentativas de interpretação “são tratadas pelo paciente como sua loucura” (do analista).

Algo da mesma magnitude se passa com os estados de somatização, e com as adições ou soluções aditivas que se apresentam na clínica: elas trazem dificuldades e desafios de toda

ordem, mas, sobretudo, no que tange á transferência e ao processo de cura. Poderíamos considerá-los, grosso modo, (em contraste com a “exclusão objetal” característica dos normopatas), como estados caracterizados por uma *tendência à regressão fusional* e forte *dependência objetal*? Como estados que exigem do analista um rol de papéis e funções que deveriam suprir, muitas vezes, as estruturas de simbolização que estão ausentes no paciente? Tomando como medida o do que ocorre na clínica dos estados fronteirços, não haveria nestes casos uma convocação superlativa às “reservas” do analista?

Convido, porém, que deixemos esta discussão para mais tarde. Pois as questões transferenciais, contratransferenciais e de manejo, nestes casos, serão apreciadas com mais vagar na parte seguinte da dissertação, quando da apresentação das narrativas clínicas. Elas nos darão a oportunidade e o ensejo de repor a questão: quando se adiciona ao cadinho da clínica psicanalítica a “substância-médico”, por meio de medicamentos e prescrições, que efeitos este novo “ingrediente” pode trazer para a situação analítica?

3.4 A situação analítica: algumas considerações.

Formulamos de início a hipótese de que as situações dúplices poderiam representar uma ameaça ao processo de análise por interferirem com a transferência e com as capacidades do analista. Cabe notar que há uma inter-relação entre estes termos.

Como já mencionado anteriormente, apoio-me na definição proposta por André Green, para quem “*situação analítica* é a totalidade dos elementos que constituem o relacionamento analítico, e em cujo cerne podemos, com o correr do tempo, observar um *processo cujos nós são apertados pela transferência e pela contratransferência, devido ao estabelecimento e aos limites do contexto analítico*” (GREEN, 1988, p. 50, grifo meu).

Embora a oração não disponha todos os elementos e os planos em que se dá esta experiência *sui-generis* que é a experiência analítica, ela tem o mérito de destacar, por meio de uma metáfora altamente expressiva, os “nós apertados pela transferência e pela contratransferência”.

A questão que se coloca a partir de tal definição é a seguinte: seria possível considerar que todos os problemas suscitados pela presença da “substância-médico” (BALINT, 1968) — e aqui incluímos os efeitos dos medicamentos por ele ministrados, quer sejam efeitos

propriamente farmacológicos ou de sugestão — estariam inteiramente contemplados pela situação analítica? Seria mesmo possível supor que nada de essencial escaparia ao “poder de atração” (PONTALIS, 1991), exercido pela transferência?³⁵

Curiosa filiação entre as metáforas para se referir à transferência: enquanto Green fala em “nós apertados”; Pontalis, em “poder de atração”; e um autor kleiniano como Betty Joseph, em “situação total”.

Lembremos que, a partir de certa concepção kleiniana da transferência, tudo o que se manifesta numa sessão e tudo que nela emerge terá o analista como causa e mesmo o que se passa fora dela será tomado como referido à situação transferencial. Melanie Klein, em seu texto de 1952, referiu-se á transferência nos seguintes termos: “É minha experiência que, para se esclarecer os detalhes da transferência, é essencial que se pense em termos de *situações totais* transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações objetais” (KLEIN, 1952, grifo meu).

A re-elaboração teórica da contratransferência pela escola kleiniana, trouxe o conceito para junto deste (ampliado) de “transferência”, transformando a ambos em ferramentas essenciais do processo analítico, não apenas como obstáculos ou perigos a serem contornados.

A idéia de “situação total” foi re-trabalhada por Betty Joseph (1989) de modo a enfatizar que ela significa “tudo o que o paciente traz para a relação. O que ele traz pode ser mais bem aferido pela focalização de nossa atenção naquilo que está acontecendo dentro da relação, como ele está usando o analista, ao lado e além daquilo que ele está falando” (JOSEPH, 1989, p. 77). A transferência é vista por Joseph como uma “relação viva na qual há movimento e mudança constantes” (o que não deixa de ser uma afirmação curiosa, dado o caráter de repetição e re-atualização que a caracteriza); e, ao mesmo tempo, um conceito que inclui “toda a organização psíquica do paciente, baseada em suas maneiras iniciais e habituais de funcionar, suas fantasias, impulsos, defesas, conflitos” (*op. cit.*).

As ponderações de Renato Mezan (1993) mencionadas no tópico anterior são condizentes com esta tese: para ele, nada deixará de se incluir nesta densa trama de conexões imaginárias formadas em torno e a partir da transferência, seja o medicamento, em seus efeitos químicos ou imaginários, seja a condição dúplice de tratamento, mencionada discretamente por ele.

³⁵ “A transferência realmente exprime o essencial (...). É o terreno no qual todo o jogo se perde ou se ganha” (PONTALIS, 1991, p. 95).

Mas, proponho que voltemos a uma pergunta formulada ainda na introdução deste trabalho: por que, se considerarmos o uso eventual de medicamentos um acontecimento como outro qualquer, é tão raro que ele seja mencionado por aqueles que falam a partir de sua própria clínica? Por que não lemos, por exemplo, que o paciente veio do psiquiatra ou foi para ele encaminhado?

Lembremos que são os pacientes somáticos, ou a doença orgânica, um tipo de evento comum a motivar a ida ao médico. Sugerir, anteriormente, que a irrupção do “corpo em cena” nestes casos, pelas ressonâncias contra-transferenciais que ela acarreta, poderia ser responsável pelo relativo embaraço e obliteração da escuta do analista. Seria também esta a causa, ainda que parcial, do silêncio que se nota nas produções escritas?

Obviamente que a suposição de que a resposta contratransferencial do analista possa impedi-lo de ver o que quer que seja, no plano do que lhe é comunicado pelo paciente ou no plano da realidade do par analítico que se constitui, implica no reconhecimento de que a subjetividade do analista está presente e participa do processo, nem sempre de forma positiva ou virtuosa.

No entanto, tentemos focalizar a questão por outro ângulo — o da constituição do “par analítico”— referindo-o diretamente à noção de *campo*, no sentido formulado por Madeleine e Willy Baranger (1961). Talvez ele se aplique melhor à possibilidade de considerar os elementos trazidos pela subjetividade do analista, no contexto criado pelas situações dúplices de tratamento.

Segundo os autores, “o campo analítico define-se como uma nova realidade, a-histórica, e bi-pessoal, atravessada por linhas de força que tanto partem de um dos componentes quanto do outro” (BARANGER, 1961). Concebido em seu dinamismo, o campo seria produto desta ligação entre duas pessoas, de modo que nenhum membro dessa dupla possa ser inteligível dentro da situação sem referência ao outro (BARANGER & BARANGER, 1961); e, além disso, radicalmente nova e distinta de qualquer outro campo bi-pessoal em virtude do elemento central que o estrutura e subjaz à troca analítica que seria, *a fantasia inconsciente do par*.

Como nos mostra Paulo Henrique Favalli (1999), a descrição de campo permite uma compreensão, por assim dizer, tridimensional da situação analítica, avançando para além de descrições planas de transferência e contratransferência, como fenômenos próprios às mentes dos participantes, indo em busca do seu ponto de confluência onde passam a formar uma nova estrutura distinta “ (FAVALLI, 1999, p. 29). Tal estrutura não pode ser tomada como a soma das duas situações internas, sendo algo que se cria entre ambos, dentro da unidade que se

constitui dentro da sessão, algo radicalmente diferente do que são separadamente cada um deles” (BARANGER & BARANGER, 1961 *apud* FAVALLI, o. cit., p. 29).

Cabe lembrar que estas reflexões partem do pressuposto de que há uma dimensão funcional, por assim dizer, da **identificação projetiva** como forma de comunicação entre o analisando e o analista.

Melanie Klein (1946) concebeu a identificação projetiva como um protótipo de relação de objeto, por meio da qual seriam projetadas “partes” do ego para o interior do objeto, na tentativa de controlá-lo ou dele tomar posse. Tratava-se, então, de conceituar uma defesa contra as ansiedades da posição esquizo-paranóide, por meio do esvaziamento de partes más do ego, em estágios marcados por uma intensa flutuação entre o *bom* e *mau*, nos quais a cisão, a negação, projeção e introjeção seriam tentativas de mantê-los separados. Obviamente que a identificação projetiva tinha um estatuto de fantasia inconsciente (não de um ato concreto) e, como tal, podia se apresentar no contexto das relações transferenciais. Desse modo, o conceito proporcionou um novo solo a partir do qual se podia pensar as relações entre analista e paciente, sendo amplamente utilizado pelos analistas e autores do campo kleiniano.

Neste ponto, é de suma importância a contribuição de Wilfred Bion (1962a, 1962b) que passamos a comentar a seguir. Trata-se de um percurso teórico-clínico de extraordinária pregnância para a clínica da psicanálise, e para a compreensão da psicopatologia.

Refiro-me ao aspecto de sua obra que se e constrói a partir do modelo de uma relação dinâmica entre algo que é “projetado” (contido) e algo que o “recebe” (continente).

Penso que a idéia básica que aqui interessa ressaltar é sua noção de **transformação da experiência emocional** através do processo de **continência**.

Bion empregou os termos **continente** e **contido** pela primeira vez em *Aprender com a experiência* (1962a), mas o significado de ambos veio sendo lapidado no decorrer de várias obras que ele dedicou à reflexão teórica sobre a natureza do pensamento e sobre a capacidade de pensar³⁶.

Ele parte do conceito kleiniano de identificação projetiva e o modifica, acrescentando que se trata de um estágio normal de desenvolvimento entre a mãe e o bebê, equivalendo este a um método primitivo de pensamento e precursor do “pensar”. Se a mãe for receptiva ao estado mental do bebê e a tudo que for evocado nela, ela poderá processá-lo em termos de transformação em algo mais identificável, que poderá ser usado para o “pensamento” ou ser

³⁶ Ver Wilfred Bion: “Sobre a arrogância” (1958); “Ataques aos elos de ligação” (1959) e “Uma teoria sobre o processo de pensar” (1962b).

guardado como “memória”. Aos produtos sensoriais e somáticos projetados pelo bebê, Bion chamou *elementos beta*; aos elementos processados pela mãe, com qualidades que o credenciam para o pensamento, *elementos alfa*. O processo de transformação, passou a denominá-lo *função alfa* (cujo significado permanece necessariamente aberto, enquanto função, somente).

Obviamente, a capacidade da mãe de processar o que é projetado por seu bebê — a capacidade de devaneio da mãe ou *reverie* (BION, 1962b) — fará toda a diferença em termos de saúde ou doença. Isto significa que, se os elementos da experiência não são “processados”, isto é, se permanecem como elementos beta, eles não poderão ser “aproveitados” ou integrados ao funcionamento psíquico do bebê como pensamentos ou emoções, nem como percepções do mundo real, mantendo-se na fronteira entre o psíquico e o somático.

O modelo bioniano apóia-se numa analogia com o sistema digestivo, visto que o “aparelho para pensar os pensamentos” é emprestado pela mãe a seu bebê, com o objetivo de digerir, metabolizar o que ainda não seria possível ser feito pela criança.

No plano do exercício da clínica, que aqui nos interessa, o conceito de *continência* articula-se á idéia de uma **capacidade do analista** a ser exercida na relação analítica, sem o que restariam prejudicadas as possibilidades de elaboração e transformação da experiência emocional vivida pelo paciente. Afinal, “se o paciente não pode transformar sua experiência emocional em elementos alfa, ele não poderá sonhar” (BION, 1962a). Mas de que capacidade se trata? Qual a natureza da transformação que o analista, em tese, realiza?

Robert Capper chama a atenção para o aspecto de que a teoria sobre o continente baseia-se na observação de que certos estados mentais são “intrinsecamente insuportáveis”; o que não significa que sejam apenas “dolorosos, assustadores ou difíceis, mas que é literalmente impossível sustentá-los na mente” (CAPER, 1999a, p. 203). E eles seriam insuportáveis justamente porque são impensáveis, não se conectam a qualquer outra coisa e não podem ser vivenciados. A função alfa consiste em receber aquilo que tem o estatuto do impensável e transformá-lo, de certo modo, em algo pensável, no sentido de algo que transmite significado e pode conectar-se a outras idéias. Capper vê na idéia de algo que não é passível de ser pensado um significado clínico muito claro: “são os delírios e ilusões, não os desejos, fantasias e pensamentos corriqueiros, mas algo vivenciado como concretamente real, que não pode ser submetido a um juízo crítico (CAPER, 1999a, p. 200).

Portanto, a transformação do delírio ou da ilusão que o paciente induziu no analista em “*algo sobre o qual se pode pensar e interpretar é o que significa continência, para Bion*” (CAPER, op. cit., p. 200, grifos meus).

O que Bion postula com o conceito de continência ultrapassa a simples capacidade de ressonância com o que o paciente projeta, (embora também a inclua). Além disso, difere em vários aspectos do movimento de sustentar ou dar sustentação (*holding*) no sentido winnicottiano. Não é nosso interesse, nesse momento, estabelecer qualquer comparação entre estes termos. Mas, apenas sublinhar, de passagem, que a continência não requer numa adaptação máxima do analista ao paciente, nem tampouco um asseguramento de que ele, analista “estará vendo” as coisas pela ótica do paciente e não lhe será hostil ou divergente.

Termino por esclarecer que tais observações acerca da situação analítica, da relação transferencial-contratransferencial, da constituição de um campo e, por fim, da continência como capacidade a ser exercida pelo analista são apenas introdutórias e se justificarão no momento de apresentar e discutir as vinhetas clínicas, o que farei a seguir.

4. NARRATIVAS CLÍNICAS

“Frente à palavra repetitiva ou errante, às suas idas e voltas, às vezes me digo tolamente: o fato! O fato! Esquecendo, em minha irritação, que para chegar ao fato, não só há que se traçar mil caminhos sem saída, tanto quanto reconhecer que recorreremos aos fatos somente para desconhecer o movimento. Tal movimento — do pensamento, da língua, do sonho, da memória, da palavra, do desejo —, esse movimento que nos anima não poderá ser contado, quando muito ser evocado (note-se que nessa última palavra há uma voz). É possível transmitir o movimento de uma análise? Ao menos esta condição: que se ouça a voz do outro com minha própria voz.”

(Jean-Bertrand Pontalis, “Ventanas”, 2000, p. 52)

4.1 Ressonância Magnética

Silvia tinha 43 anos, advogada que nunca exerceu a profissão. Estava em análise há dois anos. Ativa, dedicada à casa e aos filhos, solícita, sempre disponível para todos. Casada com um homem bem sucedido, mas cujo interesse sexual por ela declinara com o passar do tempo. E isso a magoava, mas não tanto. Claro que por causa do único problema na vida de ambos, levou o marido para a análise. Faço logo menção a esse aspecto, por que além da frustração conjugal, nada havia de mais inquietante ou abrasivo.

Como analisanda era perfeita. Com os mesmos atributos e qualidades que exibia nas relações em geral, e que certamente a recomendariam como a paciente exemplar: dócil e responsiva, mas não no sentido de se poupar do esforço e sofrimento, do necessário auto-exame e auto-reprovação, exigidos pela análise; era perfeita porque tudo está lá em seu devido lugar e em seu devido tempo, como se a paciente compusesse com o analista um par ideal, banhado em mútua admiração, intimidade e eficiência. Por vezes, ela parecia estar preenchendo o silêncio ao se demorar um pouco mais nas pequenas queixas contra o marido, ou nas as tensões com o peso e a silhueta, quando nem ela mesma se convencia da veracidade de seu incômodo. Parecia lhe faltar uma verdadeira *dor* ou simples descontentamento.

Era, então, confrontada com o fato, de certo modo desconcertante, de que o analista estivera atento e próximo enquanto ela tecia seu bordado de queixas, narrativas e reminiscências: nada fora do lugar.

A rigor, não se poderia considerar a paciente uma normopata. À luz da definição Joyce de McDougall, a normopatia é o império da pobreza subjetiva e associativa e o normopata é aquele que faz “um pedido de análise aparentemente aceitável”, mas, “uma vez instalado a situação analítica, inicia seu périplo de relatos detalhados, inteligíveis, porém extraordinariamente empobrecidos, desprovidos de afetividade, que não suscitam qualquer “curiosidade” (nele próprio ou no analista) e permanece “colado à situação presente”, predominando, do ponto de vista transferencial, “uma situação de vazío” (MCDOUGALL, 1978, p. 89). Não era bem isso o que se passava com Silvia e seu analista.

Do ângulo das relações objetais, McDougall supõe que o déficit na capacidade psíquica para o fantasiar, a impossibilidade de uma vida onírica ou de acesso ao próprio mundo interno, são correlatos a mecanismos de defesa arcaicos, que diferem do recalçamento; sua hipótese é a de que tenha havido uma “supressão” ou “anulação” destas capacidades frente a afetos insuportáveis na relação com o outro, levando a que o normopata ignore por completo a “alteridade” do outro, só podendo concebê-lo como uma réplica de si mesmo³⁷; como diz ela, “para o normopata, o outro torna-se um objeto perdido internamente” (MCDOUGALL, *op. cit.*, 90). Não se trata, portanto, de uma “resistência à transferência”, mas de uma “transferência operatória” ou de uma “a-transferência”, na qual *o paciente não vê o analista como um objeto, mas simplesmente como uma condição para algo* (MCDOUGALL, *op. cit.*, grifo meu).

Diferentemente da descrição de McDougall, a paciente parecia estabelecer com seu analista uma relação de outro tipo. Pautada pela adequação dos papéis, e numa atmosfera de intimidade, sintonia e aparente cooperação com o analista. No entanto, quero adiantar que se tratava efetivamente de uma falsa normalidade ou de uma hiper-normalidade reativa e defensiva, ou ainda, nos termos de Bollas (1987), de uma pessoa “anormalmente normal”, a quem caberia a definição de normopata.

Britton (1998) discutiu detalhadamente uma relação transferencial/contratransferencial em que poderíamos nos apoiar na tentativa de compreender o que se passava com a análise de Silvia. No texto em questão, ele se serve magistralmente de uma analogia com os personagens do conto de Voltaire, *Cândido ou O Otimismo*: entre Cândido e seu mentor espiritual, Doutor Pangloss, reina tal crença otimista que nenhuma adversidade os abala; trata-se de reafirmar que “tudo é o que é” e que se vive no melhor mundo possível. Segundo Britton, esta é uma situação clínica na qual:

³⁷ Fenômeno descrito por Marty (1962, 1990) como “reduplicação projetiva”.

“as adversidades da posição depressiva parecem ser sofridas e reconhecidas pelo indivíduo, quando na verdade elas são abrandadas pela crença de que ele é menos afortunado do que outros, menos capaz de se haver com a realidade; a análise torna-se, então, a busca da excelência moral na companhia de uma figura parental aprovadora e a imaginária posição depressiva torna-se um lugar de repouso mais do que uma etapa do caminho” (BRITTON, 1998, p. 126).

Isso parecia representar um aspecto importante da transferência estabelecida por Silvia. Uma paciente excessivamente razoável, o membro mais saudável da família, quiçá do quarteirão ou do bairro, etc. Mas, não tão satisfeita consigo mesma que não pudesse aceitar as críticas ou observações de um analista não tão benevolente, pelo contrário, “a análise representa uma ótima oportunidade para se recriminar de forma discreta, que lhe cai muito bem” (BRITTON, 1998, *op. cit.*), o que freqüentemente acontecia à paciente devido às escaramuças contra a irmã mais velha por conta do inventário da morte da mãe. Mas, nestes casos — diz Britton — como é provável acontecer, “a atribuição da acusação e o reconhecimento da culpa não fazem mais do que ondular a calma superfície da análise e a relação dela com o analista” (*op. cit.*, p. 131).

Tal condição, perdurando por meses a fio, corroborava a impressão de que a paciente parecia sentir-se como não necessitando de muitos cuidados, (e era justamente por isso que podia se expor à “exploração” de todos, sem maiores dramas).

A dificuldade que sentia o analista em visualizar o inter-jogo entre expectativas depositadas sobre ele e as reações que ele próprio cultivava, poderiam nos remeter igualmente à observação clínica de Betty Joseph sobre o “paciente de difícil acesso”, em cujo funcionamento em análise, uma *“cisão parece manter separada do trabalho analítico uma parte do ego”*, ainda quando a atitude seja francamente “cooperativa” (JOSEPH, 1989, p. 85, grifo meu). Tais pacientes tendem a construir facilmente uma falsa aliança terapêutica, mostrando-se prestativos e cooperativos, numa atmosfera aparentemente afável e sem conflitos, respondendo prontamente às interpretações ou reagindo de modo sensato ao que deles se espera. Não obstante isso, “predomina na análise o sentimento de vazio e a constatação de que as associações estão de fato ausentes” (*op. cit.*). Joseph chama a atenção para o tipo de cisão que opera nestes casos, em que a parte paciente do paciente é que parece permanecer excindida, sendo uma questão para o analista alcançá-la, de algum modo (*op. cit.*, p. 64), mas sem, no entanto, associá-la a uma estrutura psicopatológica específica. A forma

“sofisticada” de *acting-out* na transferência, comuns nestes pacientes, bem como o tipo de identificação projetiva que os caracteriza (aquela que os desloca para o lugar de uma espécie de auxiliar do analista mas jamais do próprio paciente) vem a ser “*uma sutil forma de pressão sobre o analista para que ele viva uma parte do self do paciente ao invés de analisá-la*” (JOSEPH, p. 74, grifo do autor).

O que pode produzir mudanças para esse tipo de análise?

Numa linha coerente com a idéia de “situação total”, e numa certa tradição kleiniana, Joseph assevera que, nestes casos, a única maneira de estabelecer contato será por meio de interpretações *imediatas e diretas* (*op. cit.*, p. 74, grifos do autor). E *imediato* significando, para ela, o que está mais próximo da experiência real do que se passa na sala, naquele momento. Em outras palavras, Joseph exorta o analista a não deixar para depois o que deve ser feito *no* (e *a partir*) do “aqui e agora” da sessão.

Britton, por sua vez, sugere que uma mudança real em análises de pacientes como estes é a *irrupção da indignação*: “não apenas raiva, mas um sentimento de ultraje. Isso se dá quando se sente que uma sensação interior de ter direitos, sensação não explicitada ou exigida, foi rompida. Nesse momento o paciente, antes dócil, transforma-se, ainda que brevemente, em seu gêmeo invisível, difícil, irrazoável e exigente” (BRITTON, *op. cit.*, p. 127).

No caso de Silvia, uma mudança, de fato, se operou; não foi o advento da indignação ultrajada de que fala Britton, mas um choque de perplexidade e desconcerto. Um dia pediu uma sessão extra, coisa muito rara, como era raro faltar às sessões regulares. Revelou, então, que um exame de rotina detectara um nódulo cancerígeno no seio, que seria *monitorado* por exames. Uma cirurgia radical talvez fosse indicada. Fez uma breve pausa antes de contar do medo que sentira ao vestir o roupão hospitalar na sala de exames; ainda podia sentir o toque frio da prancha de metal em suas costas quando se deitou no aparelho de ressonância magnética (ressonância! – sorriu); a palavra a fez lembrar-se de uma canção italiana (*sappore di sale*) que não era bem de sua época, mas que agradava muito a sua mãe que a cantava em voz alta quando estava alegre; e isto fazia a canção “ressoar” em sua mente lembrou-se do dia em que o primeiro namorado a tocara, e chorou copiosamente. Ao longo da sessão emergiu uma seqüência de pensamentos persecutórios, que incluíam o analista. Terminou por dizer: “Eu criei isto para mim, disse ela. Você não pôde evitar que eu o criasse”. Bastante condizente com o sentimento de que o mundo se lhe entornara sobre a cabeça.

Nas sessões seguintes, disse que o médico pedira novos exames clínicos e, na avaliação dele, ela estava deprimida. Que ela estivesse um “pouco deprimida” não era

descabido, mas a depressão seria uma condição de todo indesejável e perigosa, pelos reflexos sobre seu estado geral. Aquele era o “momento de lutar” — disse o mastologista — e uma boa luta se faz com “armas adequadas”, numa alusão ao uso de remédios antidepressivos. Em outras palavras, recomendava fortemente a consulta com um psiquiatra. Ao mesmo tempo, pediu a Silvia que lhe desse o telefone de seu analista para com ele conferenciar sobre algumas questões relativas a tratamento, com o que ela não concordou a princípio. Terminou por concordar quando o cirurgião explicou que sua única intenção era recomendar ao analista que este a amparasse durante o difícil processo de tratamento anti-tumor (entenda-se, incentivá-la a enfrentar sessões de quimioterapia sem desistir no meio do caminho). Nada mais razoável e adequado, do ponto de vista de uma pragmática voltada para o planejamento das ações contra o inimigo comum, a doença — no sentido “militarista” que a metáfora adquire nos discursos médicos, como mostrou Sontag (1981) —, do que esta reunião de forças, uma consertação tática, que era o que o cirurgião propunha.

Silvia consultou-se com um psiquiatra, e começou a usar um antidepressivo. Naquela noite sonhou que chegava pontualmente ao consultório do analista e vinha à janela, como de costume; por detrás dos vidros, encontrou uma longa estrada de ferro que lhe parecia levar de volta à infância, na cidade do interior onde morava. Mas, durante a viagem seus olhos se depararam com uma “árvore esquisita” (o que lhe pareceu uma mistura de planta e corpo humano artificialmente gerado, como nos filmes de ficção científica) — dobrando-se ao vento, mas tenazmente viva — num quintal à margem da estrada. Lembra-se que, no sonho, a visão da árvore passava como um clarão fantasmagórico, mas lhe deixava profundamente “tocada”: era reta e magra como um pinheiro, mas os galhos acessórios tinham sido podados e calcinados, enquanto todas as folhas caídas formavam um tapete fumegante ao rés do chão de cimento; a haste central era de carne, uma carne bem viva, mas amarfanhada como nas embalagens plastificadas de supermercado. Não entendia como a imagem das folhas caídas podia sugerir calor e as brasas de um fogo recém-apagado enquanto a haste viva estava à temperatura do setor de congelados do supermercado. O analista interpretou como a esperança que ela depositava em si mesma, e o tapete de folhas como uma aposta de que a doença seria superada (pois o calor que permanecia no nível das raízes certamente poderia prevalecer sobre gelo glacial). Foi quando seu humor e sua expressão corporal mudaram bruscamente; negou que estivesse com medo ou desesperançada, e reclamou que o analista era mais um “a manipulá-la para que se comportasse como uma menina frágil e dependente”. Não suportava mais “conselhos”. Nada pôde ouvir naquele dia sem replicar de forma irritada ou amarga. Já

não era o mundo que se lhe entornava sobre a cabeça, mas cada palavra do analista que se transformava numa gota de ácido recolhida e armazenada por ela.

Era evidente que a relação idílica (ou de “repouso na transferência”, como chamou Britton) com o analista havia se perdido, dando ensejo a um novo cenário. Não era apenas a irrupção da indignação e da revolta em face da doença, de conseqüências graves e imprevisíveis até aquele momento; nem pela retração que se começava a ser positivada pelo discurso médico como “depressão”. O que parecia haver se deslocado era de outra ordem, um sismo captado apenas parcialmente pelo analista, que começava a ter suas antenas mentais obliteradas ou entorpecidas pela “lógica do risco”.

Veio com um ar grave na sessão seguinte; disse que nos últimos dias vinha lhe ocorrendo um pensamento tão estranho quanto insistente: sentia que, apesar da cirurgia que lhe extirpara o seio, o pequenino grão ainda permanecia com ela, como se fosse um “cetro” em seu corpo (ela quis dizer “centro”), de onde emanavam ondas de amortecimento, vibrações táteis, variações súbitas de frio e calor, sensações incomuns para as quais o cirurgião não tinha explicação. Às vezes, um violento desconforto a invadia quando pensava nessa região de seu corpo que agora lhe parecia ser o começo e o fim de tudo. Tinha sentimentos muito ambivalentes quanto ao “grão” que restara, ora se via tomada por grande vergonha e raiva, ora se dobrava sobre ele como se fosse um “relicário”. A palavra “cetro”, seguida de “relicário”, fizeram-na rir quando o analista apontou que havia uma conotação de sofrimento e religiosidade; contou, então, um fato que, para ela, “destruía” a interpretação: a primeira lembrança que lhe ocorreu foi a da imagem da Virgem de Fátima, que encimava a cama de um velho tio, por parte de mãe, alcoólatra e doente de cirrose, que ela por algumas vezes visitou na infância. O tio, que não era nenhum “santo”, um dia a puxou junto da cama para tocar em seu corpo de menina. Fez isso, não uma, mas algumas vezes; com a mão enfiada por sob a blusa ele a acariciava, enquanto ela permanecia muda e sem reação. Seu humor então mudou no restante da sessão. Disse que estava “enojada de tudo”, que as intervenções do analista a repugnavam. Começou a tremer e sentou-se no divã com dificuldades para respirar, chorando convulsivamente. O analista assistiu apreensivamente a esta explosão somática como se estivesse diante de uma menina a quem deveria tranquilizar e tomar em seus braços para cuidar.

Depois desta sessão, estive ausente por duas semanas; telefonou para dizer que se sentia momentaneamente incapaz de retomar a análise nos padrões de antes. Teve crises muito fortes de dores na coluna cervical que a deixavam estirada na cama. Necessitava fazer massagem (shiatsu) todos os dias. A família (marido e filhos) considerava que ela estava

“melhor sem a análise”, porém ainda deprimida. Ela própria não se julgava deprimida, embora reconhecesse uma nova tonalidade em tudo. Estaria mesmo necessitando dos remédios? Começou a apresentar sintomas gástricos, náuseas e vômitos, e tornou-se mais reclusa, com dificuldades para dormir. O psiquiatra indicou um novo medicamento e insistiu em falar com o analista. “Você fala com ele por mim?” – perguntou ela ao analista, para em seguida acrescentar que o psiquiatra havia sugerido a ela e ao marido (este cada vez mais imbuído da missão de tomar as decisões e cuidar da saúde de Sílvia), uma pura e simples troca de terapeuta, para um da “linha cognitivo-comportamental”.

Peço licença, nesse ponto em que a figura do psiquiatra vem à cena, para uma digressão necessária, sem o que não chegaríamos a compreender os movimentos contra-transferenciais que a situação criada passou a suscitar.

É comum que um paciente nesta condição, fragilizado pelas circunstâncias e sentindo-se “adoecido” de uma falta de aptidão a que não sabia descrever ou mesmo avaliar, mastigue e introjete as palavras oraculares do psiquiatra, que nesse ponto é absolutamente generoso: a definição do sofrimento como déficit ou falta, em relação a um padrão de completude que se deve buscar (a saúde), vem prontamente em socorro do vazio que ele (paciente) não mais tolera. Se há algo de acolhedor na experiência de “ouvir uma segunda opinião” (como os familiares de Sílvia decidiram fazer) é que ela nunca deixa o pobre mortal ao desabrigo. Chamada a intervir, a palavra do médico estará sempre em vias de proclamar o “estado de doença”, na falta do que nunca houve.

Em suas reflexões sobre o tema, Michael Balint (1959) mostrou que um dos mais importantes efeitos colaterais – se não o principal efeito – da *substância-médico* é que ele responde a estas *ofertas* do paciente. Diz Balint:

“Algumas pessoas que, por uma razão ou por outra, acham difícil lidar com os problemas de suas vidas, apelam para o recurso de adoecer. Se o médico tem oportunidade de vê-los nas primeiras fases de seu tornar-se doente, isto é, antes que se acomodem numa doença definitivamente organizada, ele poderá observar que esses doentes, por assim dizer, propõem ou oferecem várias doenças, e assim o farão até que entre o médico e o paciente possa ser alcançado um acordo, que resulte na aceitação por ambos de uma das doenças como bem fundamentada” (BALINT, 1959, p. 16).

Dentre as perguntas que seria preciso formular então, segundo o autor, há uma que julgo ser pertinente ao caso de Silvia: “O que o médico dá ao paciente que o paciente não quer ou não precisa?” (BALINT 1959, p. 22).

Fabio Herrmann tece uma reflexão sobre essa entidade imaginária dos tempos modernos, a *saúde*, e sua irmã de mais jovem a *saúde psíquica*:

“A idéia de doença como inimigo provém, presume-se, de um curioso estilo de pensar, que postula a existência de uma entidade abstratamente real, a saúde, particularizada em cada indivíduo. Mas, não em todos. Para compreender as exceções dentro desse quadro de pensamento, há que se lhe opor um inimigo externo, concebido também como real enquanto ser genérico: a doença. Seria fascinante discutir tal oposição. Mas, poder-se-ia redargüir que não há qualquer indivíduo que represente a saúde em certas áreas da medicina, particularmente no campo psiquiátrico, que mais nos interessa” (HERRMANN, 1997, p.119).

Ou seja, Herrmann mostra com clareza que “lidamos com definições *ad hoc* de normalidade em cada campo da medicina; solução que, se tem valor operacional muito louvável, põe em cheque a própria base em que está assentado o dualismo realista saúde versus doença” (*op. cit.*, p. 120)

Afinal, quem adoece? E quando adoece? Quando uma pessoa se transforma em paciente ao penetrar o recinto da doença, quer pela porta de um tumor mamário, quer pela janela do “pânico do tumor”, coloca-se numa nova posição, que o absolve de cumprir com certas regras da vida cotidiana. Para o autor,

*“a medicina vê nisso uma espécie de compensação que paga o sofrimento físico e psíquico com remuneração adicional sob a forma de privilégios e carinho. É compreensível que o paciente adira fervorosamente à sugestão de compensar-se **sem perceber** que nela reside boa parte do **sofrimento**. Ao mesmo tempo em que sofre, deveras, o paciente — etimologicamente, padecente — é objeto de cuidados, **vítima** de atenções e visitas que não pode recusar, pois a regra de ouro da doença é a sujeição”* (HERRMANN, *op. cit.*, p. 120, grifos meus).

O autor observa, precisamente, que a condição de estar doente implica uma *sujeição* (ser o objeto da vontade alheia, obediente e ao mesmo tempo capaz de gratidão para com os

cuidados que merece) e alimenta-se da uma crença incondicional no dualismo médico (que recortou sua vida entre um antes e depois) para “acreditar na saúde genérica que o voltará a habitar um dia, quando ficar bom” (HERMANN, 1997, p. 120). Quando não, morrer cheio de “esperança e gratidão”.

No contexto do tratamento de Silvia o que parecia ser oferecido a ela, além dos fármacos e das demais receitas para remissão da doença, era o retorno à condição de *sentir-se apta para seguir sua vida*, malgrado a tristeza e o luto (ou em lugar deles).

Ora, se o “sentir-se doente” implica uma *sujeição*, vimos como o *estar apto* é gozar de uma condição subjetiva quase infável, como nos mostrou Bauman (2000).

Silvia sentia-se cada vez pior com a medicação, cada vez menos “apta” (a sair de casa, a sentir prazer, a realizar o que quer que fosse). Nem aptidão, nem apetência: Os sintomas digestivos não lhe davam trégua e nada lhe parava no estômago. Tudo restava um pouco nebuloso, num momento particularmente difícil e delicado, inclusive, para a continuidade da análise. No horizonte, a nuvem cinzenta do recrudescimento da doença orgânica, com o cortejo de afetos dolorosos que esta possibilidade acarretava; e o tratamento quimioterápico funcionando como uma espécie de caução contra o pior.

Então, nas idas e vindas dos consultórios médicos, um nexos sutil havia se criado entre dois fatos: a idéia de silenciar o tumor em seu corpo dependia de sua aquiescência (*sujeição* é a palavra empregada por Fabio Herrmann) à idéia de que uma depressão havia se instalado nela e de que “tratar-se” desta depressão (via medicamentos, relaxamento ou caminhadas) seria uma espécie de rito a ser cumprido.

O analista, que, diga-se de passagem, desconfiava que sua paciente estivesse “deprimida”, concedeu um contato telefônico com o psiquiatra; viu nisto a oportunidade de responder ao anseio da paciente de sentir-se acolhida e amparada por ele; certamente, isto teria conseqüências para o andamento da análise. Quanto à interlocução em si, não alimentava maiores expectativas; pensava que dali viria uma troca protocolar e genérica, como já fizera em tantas ocasiões, sob o princípio da cooperação clínica bem-intencionada. De fato, o psiquiatra tinha pouca disposição para ouvir e muito a pontificar; nenhuma dúvida, mas algumas certezas que ele foi logo expondo, como por exemplo, estas: a paciente estava tão desanimada e abatida que era inquestionável que precisasse antidepressivos; estudos recentes mostram que o uso de antidepressivos melhora o índice de sucesso das terapias contra o câncer de mama, logo, a medicação antidepressiva é uma escolha fundamentada em evidências; e por aí a fora. Em meio à conversa, mencionou que a família e os médicos já

cogitavam uma internação psiquiátrica, caso não houvesse resposta terapêutica positiva nas próximas semanas. Nesse momento, o analista discordou. “Não seria bem uma internação psiquiátrica” — ponderou ele —, mas, talvez, um “retiro, fora da capital, para a paciente desligar-se dos problemas, carregar baterias, caminhar um pouco e relaxar”; algo que poderia ser feito num desses “SPAs completos, com atendimento médico incluído”. Como o analista permanecesse irredutível em sua opinião, o médico apenas retorquiu, com ar de espanto: “Por acaso, é uma questão ideológica? Você é contra internações ou contra SPAs?”

Não, não era uma questão ideológica nem tampouco uma aversão às delícias da moderna hotelaria de “restauro energético”. Ocorre que, para o analista, o único “relaxamento” possível viria da consideração dos afetos contratransferenciais que experimentava em relação ao caso, que, por sua vez, ligavam-se ao lugar transferencial em que o paciente o estava colocando, na fantasia. O analista não se sentia, ele próprio, nada “relaxado” com o andar da carruagem. E como poderia estar?

Viu-se, de súbito, discutindo com o médico uma série de decisões sobre o destino de sua paciente, o que lhe pareceu estranho. E não apenas o futuro imediato do tratamento que estava em causa, mas o desfecho da história, o ato final (morrer ou sobreviver) anteciparam-se por efeito das palavras do médico. Travestidas de questões clínicas, (medicar ou não medicar, internar numa clínica ou num SPA?), o que se punha em pleno movimento foi uma lógica de inegável poder de destituição, isto é: a paciente estava sendo destituída completamente do lugar de protagonista de seu próprio drama. Uma lógica salvacionista que a esmagava... para salvá-la.

Desde esse ponto, no plano da situação analítica, o analista começou a erguer uma barreira de proteção (para ambos) contra a iminência da doença e o espectro de vivências dolorosas que a paciente “não mereceria” viver.

Na verdade, a análise já vinha emperrada pelas razões que mencionamos de início: pelo tipo de “relação complacente na transferência”, como descrita por Ronald Britton. Mas, a partir da irrupção da doença somática e do diálogo telefônico, diríamos que os aspectos narcísicos transferenciais e contratransferenciais não elaborados, levaram o par analítico a responder como um par idealizado, um “corpo único” a ser protegido dos agravos da doença e das ameaças de destruição. Voltaremos a discutir esta dinâmica no capítulo seguinte, dedicado à “lógica do risco”.

Como boa normopata, Silvia nada queria mudar em si mesma e nada queria questionar acerca de si: “morrer, mas não mudar”, costuma ser a divisa do normopata. Durante o tempo anterior à doença, nada parecia perturbar o “céu de brigadeiro” em que transcorria análise:

nem ansiedade, nem culpa, nem propriamente resistência às interpretações. Mas, diferentemente do que os casos de normopatia ou de inacessibilidade podem suscitar no analista — segundo McDougall, um estado de lassidão, fadiga e crescente “desespero” se apodera do analista, que pode chegar a desejar “expulsar o *antianalisando* de seu consultório” (MCDUGALL, 1978b) — a análise de Sílvia produzira o *antianalista*, paralisado e complacente.

Sem a pretensão de discutir em profundidade o conceito de transferência, recorrerei, nesse ponto, a algumas reflexões de Robert Caper (1999) acerca da realidade clínica da transferência, considerada em seus aspectos narcísicos, quer sejam idealizadores ou paranóides.

É preciso reconhecer, de início, que Caper está entre os autores que sustentam que o processo de transferência comporta, em alguma medida, o mecanismo de *identificação projetiva*³⁸.

Vimos anteriormente que o conceito de identificação projetiva foi concebido por Melanie Klein (1946), como uma fantasia e, ao mesmo tempo, como um mecanismo de defesa por meio do qual o paciente retiraria partes de seu psiquismo, alojando-as *sobre e dentro* dos objetos. O conceito mereceu uma significativa revisão e ampliação no pensamento de Bion (1962), ganhando o estatuto de uma relação dinâmica, altamente complexa, entre *continente e contido*. No contexto da transferência, ela consiste numa comunicação inconsciente entre paciente e analista.

É nesse sentido que Caper afirma que “o paciente projeta no analista (em fantasia) um ou mais de seus objetos internos, que são partes de si mesmo. Ele passa, então, a sentir inconscientemente o analista — um objeto externo — como parte de si mesmo que ele projetou” (CAPER, 1999b, p. 169).

³⁸ Contra uma ampliação excessiva dos conceitos numa certa chave kleiniana e bioniana, Luis Claudio Figueiredo (2003b) propõe que se faça uma distinção, do ponto de vista clínico, metapsicológico e fenomenológico, entre processos transferenciais/contratransferenciais, de um lado; e processos marcados pelas identificações projetivas e transformações projetivas, de outro. Os primeiros seriam próprios dos funcionamentos neuróticos, proporcionados pelo recalçamento e nos quais operam “mecanismos introjetivos” (descritos por Ferenczi) que permitem que o analista possa instituir-se como um “objeto externo da fantasia” do paciente (segundo a definição de Strachey). Enquanto isso, os processos marcados pela identificação projetiva seriam característicos dos funcionamentos psicóticos ou borderlines, visto que neles intervêm as defesas mais primitivas como cisão, projeção, negação e idealização, produzindo uma “confusão entre o sujeito e o objeto da identificação projetiva”, bem como “uma negação da separação e da diferença”. Nestes, o analista tende a ser tomado, pura e simplesmente como um “objeto da fantasia, destinatário e depositário de afetos sem mediação simbólica” (FIGUEIREDO, 2003b, p. 137-147). Em que pese a grande valia desta observação, penso que a leitura feita por Caper das situações transferências pode ser útil para a compreensão do caso clínico em questão.

Enquanto objeto externo da fantasia, “o paciente não só exige ou espera inconscientemente que o analista seja o que foi projetado nele, como mostra-se capaz de induzir certos estados mentais que correspondem ao papel transferencial em que o ele coloca o analista, na fantasia” (CAPER, 1999b, p. 170).

Pode se dizer que as mudanças suscitadas pela emergência da doença da paciente colheram o par analítico nessa relação particular. Como diz Caper,

“Quando o analista se junta ao paciente para experimentar-se inconscientemente de acordo com o que o paciente projetou nele, temos na situação clínica algo que parece corresponder à noção teórica de confusão entre self e objeto na posição esquizo-paranóide; o paciente identifica o analista com o que projetou nele e o analista se identifica com estas projeções” (CAPER, 1999b, p. 171).

O analista experimentou, nesse momento, algo próximo do que Bion chamou de “entorpecimento do sentido de realidade do analista” (BION, 1961), uma perda expressiva da sua capacidade de situar-se como objeto externo da fantasia do paciente e desde esse ponto exercer a função analítica. Trata-se de um risco “funcional” e “fusional” que indica que a projeção não apenas produziu certo estado mental no analista como, nele, encontrou algo que se junta à projeção para anular seu teste de realidade.

Esta seria a razão, igualmente, segundo Caper, pela qual o analista pode sentir-se em perigo diante da oportunidade de realizar uma “interpretação mutativa”, como definido por James Strachey (1934); a interpretação mutativa, em termos muito simples, seria aquela que de certo modo conscientiza o paciente de que ele e o analista estão “separados”. Ou, ainda, como nos diz Figueiredo, “é a interpretação que efetua o golpe de discriminação entre o analista e o novo objeto que ele pode vir a ser e, em parte já está sendo, propiciando a introjeção do analista como superego normal e brando (realista), um superego em *mangas de camisa*” (FIGUEIREDO, 2003b, p. 138).

O sentimento de “perigo”, bem como e o entorpecimento ou deterioração desta capacidade no analista, origina-se de seu próprio superego, que o faz estacar diante da percepção de que a interpretação estragaria sua boa relação com o paciente. Mas, o processo se inicia, em verdade, com a projeção do superego do paciente para dentro analista, via identificação projetiva:

“a susceptibilidade do analista à infecção é uma função da força de seu próprio superego: o superego projetado pelo paciente funde-se com o do analista e sua força combinada empurra o analista para um estado mental que ele experimenta a análise do ponto de vista de um superego arcaico: não como exploração científica do inconsciente do paciente (atividade K, na terminologia de Bion), mas algo mais – um empreendimento moral ou imoral” (CAPER, 1999c, p. 66).

Voltemos á análise de Sílvia para concluir. Logo depois deste episódio, houve uma sessão em que a paciente mostrou-se irada e ressentida: reclamou que ele (analista) não a havia compreendido bem quando pedira que falasse com o médico: — “você sempre tem que contentar os outros?” “Não percebeu como me senti, mais uma vez, um brinquedo na mão de todos?”

Passaram-se alguns meses e Sílvia teve alta completa do programa de tratamento anti-tumor. Procurou seguir sua “vidinha”, como disse ela. Algum tempo depois retornou ao analista para continuar a análise (seria mesmo?).

Sentindo-se “melhor”, até mesmo o mau-humor e a irritabilidade das semanas críticas desvaneceram por completo, dando lugar à placidez e à subtração afetiva que impedia qualquer contato consigo mesma e com o outro, quase uma anulação completa de tudo o que vivera. Como se um livro de estórias tivesse sido fechado bruscamente.

Continuou usando a medicação antidepressiva, (mas com mudanças sucessivas por conta de efeitos colaterais de todo tipo que apresentava periodicamente, dores de cabeça, formigamentos no pescoço, diarreias mais ou menos severas, etc.). Estava claro que os efeitos farmacológicos e os efeitos da “substância médico” trabalhavam a favor de uma forma de defesa maníaca, em que a tríade característica de sentimentos — controle, triunfo e desprezo — destinavam-se a protegê-la da emergência de uma posição depressiva (não elaborável, naquele momento).

Mcdougall fala, a propósito, da morte da curiosidade no paciente normopata: “o corte que se produziu prematuramente entre ele e o outro destruiu, não apenas a troca libidinal com o mundo objetal, mas, simultaneamente, todo desejo de explorar, compreender ou saber” (MCDUGALL, 1978b, p. 96). Disto decorre que tais pacientes terão grande dificuldade para empregar seu raciocínio no sentido de “procurar saber o que acontece no interior dele mesmo, muito menos aquilo que acontece no mundo abscondito dos outros. O *continente desconhecido* que não lhe interessa mais” (*op. cit.* p. 97). Em seu lugar — diz ela — “passam a existir somente regras de conduta e um modo operatório de raciocinar”.

Mas, para que afinal prosseguem suas análises? Por que Silvia procurou manter diligentemente suas sessões, seus compromissos com a análise e o analista?

Mcdougall, por fim, oferece uma explicação que não é exatamente alentadora; segundo ela, tais pacientes prendem-se à relação analítica “como náufragos a uma bóia, sem esperança de alcançar terra firme” (MCDUGALL, 1978, p. 97). Mas, agarram-se, também, à esperança de que o inconsciente, “como outro palco e outra maneira de viver”, seja possível ou... *pensável*. Não seria este o melhor oferecimento que um analista poderia sustentar?

4.2 Zeno e o último cigarro

Deixar de fumar implica renúncia, dor e pode suscitar intensas ansiedades persecutórias e depressivas. Exige transformação psíquica, nem sempre alcançada. Não se pode dizer que o tratamento analítico seja um requisito fundamental ou necessário para essa transformação, mas o fato é que, em muitos casos, (apoio-me em Donald Winnicott para sustentar essa tese), o êxito na luta contra o hábito de fumar ou o triunfo do ex-fumante sobre si mesmo, cobra seu preço em termos de mutilação psíquica. Que a mutilação seja tolerada ou negligenciada no transcurso de uma análise é uma evidência de que a “lógica do risco” opera silenciosamente na subjetividade e intersubjetividade do par analítico.

Uma das situações dúplices de tratamento, talvez a mais frequente e emblemática de todas quantas possa haver, é aquela em que o sujeito em análise “resolve” parar de fumar e para tanto pede a ajuda de um médico, quando não o faz diretamente ao analista. Digo “emblemática” por três razões:

- 1) O tabagismo como toxicomania ou adição tem um lugar na economia psíquica individual e impõe desafios clínicos ao tratamento analítico;
- 2) Enquanto problema que afeta a saúde das populações, é objeto de inúmeros discursos e teses na área da Saúde Coletiva, nos quais o pano de fundo é sempre o do risco, absoluto ou relativo, de morbidade associada ao hábito de fumar;
- 3) Como afeta potencialmente a integridade de muitos, não apenas daqueles que livremente escolheram fumar, mas também o de seus vizinhos que não escolheram (a idéia de “fumante passivo”) o tema é, a um só tempo, contagiante e contagioso. Ele integra a moralidade dos novos tempos, sancionada por evidências médico-científicas, e, portanto,

acima de qualquer suspeita. Neste contexto, as campanhas contra o tabagismo adquirem uma dimensão épico-religiosa. É a lógica do risco em pleno funcionamento.

Proponho, contudo, abordá-la e focalizá-la, menos pelo ângulo da crítica do social, e mais pelos seus efeitos sobre a situação analítica.

Como segunda vinheta clínica, peço licença para trazer outra história relacionada ao tema. Trata-se de um personagem ficcional, mas com tamanha carga de humanidade que podemos vê-lo circulando pelas ruas ou por nossos consultórios. Com ele, pretendo introduzir a problemática das soluções aditivas de um modo geral, do ponto de vista metapsicológico e psicopatológico.

O romance de Ítalo Svevo, *A consciência de Zeno* (SVEVO, 1938), narra com pungência e ironia o sofrimento do herói em sua tentativa de abandonar o vício de fumar. Sob a forma de diários, escritos por sugestão de seu analista, somos apresentados à história desta ambição e seus tropeços, suas dúvidas, fraudes e maquinações que dão em nada. Zeno começa por se internar numa moderníssima clínica para tratamento, mas corrompe as enfermeiras, que lhe dão cigarros e outros privilégios; preenche compulsivamente as paredes do quarto com datas e frases de efeito moral que atestam os bons propósitos de deixar o fumo (qualquer semelhança com os métodos cognitivos de auto-motivação não é mera coincidência).

Se acompanharmos, por um breve momento, algumas passagens do infortúnio de Zeno, veremos quantas coincidências ele pode guardar com os sujeitos contemporâneos que decidem enfrentar o mesmo desafio. Como já se disse aqui, deixar de fumar é uma necessidade que pode ter várias motivações na sua origem, mas a principal delas, sem dúvida, é a preocupação com a doença e a morte. É nesse contexto que a palavra médica assume com diferentes graus de urgência e imperatividade.

O romance tem a virtude de dispor os lugares e, ao mesmo tempo, mostrar a importância relativa destes lugares. No drama psicológico que o personagem desfia em seu testamento-diário está o paciente; na posição do leitor, o analista; no meio do diálogo que o personagem entretém com sua própria consciência (e os bons propósitos que a habitam), ouve-se a voz sensata, racional, do estrategista que pretende curá-lo do vício: lá está o psiquiatra.

O primeiro médico da história surge logo nas primeiras páginas, e sua intervenção é rica em desdobramentos. Ele proíbe o tabaco, mas autoriza que Zeno acenda um último cigarro com toda a pompa:

“Quando tinha ainda vinte anos, tivera uma violenta dor de garganta acompanhada de febre. O médico prescreveu-me repouso absoluto e abstenção absoluta de fumar. Recordo hoje a impressão que a palavra absoluta me causou, enfatizada pela febre: abriu-se diante de mim um vazio enorme sem que houvesse alguém que me ajudasse a resistir a intensa pressão que logo se produz em torno de um vazio. [...] Fui invadido por uma enorme inquietude. Pensei: já que me faz mal, nunca mais hei de fumar, mas antes disso quero fazê-lo pela última vez”(SVEVO, 1938, p. 14)³⁹.

Ora, a partir de então, instala-se na mente do protagonista uma engrenagem produtora de ansiedade que se parece muito com a ansiedade vivida pelos sujeitos contemporâneos que se submetem aos protocolos de tratamento cognitivista contra o tabagismo. Afinal, uma das técnicas de reforço positivo é justamente, despedir-se da droga com pompa e circunstância. Zeno a chamou de “ciranda” ou “espiral do último cigarro”:

“Tratava-se sempre de um último cigarro muito importante. Eu o fumava até o fim com a determinação de quem cumpre uma promessa. Meus dias acabaram por ser um rosário de cigarros e de propósitos de não voltar a fumar e, para ser franco, de tempos em tempos, são ainda assim. A ciranda do último cigarro começou aos vinte anos e ainda hoje está a girar. Minhas resoluções são agora menos drásticas e, a medida em que envelheço, torno-me mais indulgente para com minhas fraquezas. Ao envelhecermos, sorrimos da vida e de todo o seu conteúdo. Posso assim dizer que, desde há algum tempo, tenho fumado muitos cigarros...que não serão os últimos” (SVEVO, *op. cit.*, p. 15).

Zeno, não se refugia numa posição auto-indulgente, a salvo do conflito e da culpa que o acompanham durante todo o transcorrer do romance. Voltemos ao texto para ver como ele se sai diante que atende pelo cândido nome de bons propósitos:

³⁹ Esse modo desiludido e aparentemente resignado de referir-se à vida é o que leva o crítico Alfredo Bosi a observar no posfácio da publicação brasileira, que “Zeno sintetiza no fumo a velhice, o cinismo, a doença; e o profundo mal-estar que corrói a existência aproxima, no Svevo leitor de Freud e Shoppenhauer, o princípio do prazer e a fatalidade da morte” (BOSI, 2001). O romance, escrito na década de 20 e considerado um marco na literatura do período entre- guerras, veio a público em 1938. É improvável que Freud o tenha conhecido. Mas, o que teria achado da obra de Svevo? Lembremos que nesse mesmo longínquo 1938, já octagenário, Freud estava lutando pela sobrevivência em duas frentes: contra a escalada de hostilidades no plano social e político que culminaram com sua imigração para a Inglaterra; e contra a recrudescência do câncer associado ao hábito de fumar cachimbo que mantivera por várias décadas.

“Agora que estou a analisar-me, assalta-me uma dúvida: não me teria apegado tanto ao cigarro para poder atribuir-lhe a culpa de minha incapacidade? Será que, deixando de fumar, eu conseguiria de fato chegar ao homem forte e ideal que eu me supunha? Talvez tenha sido essa mesma dúvida que me escravizou ao vício, já que é bastante cômodo podermos acreditar em nossa grandeza latente. Avento esta hipótese para explicar a minha fraqueza juvenil, embora sem convicção definida. Agora que sou velho e que ninguém exige nada de mim, passo com frequência dos cigarros aos bons propósitos e destes novamente aos cigarros. Que significam hoje tais propósitos? Como aquele velho hipocondríaco descrito por Goldoni, será que desejo morrer são depois de ter passado toda a vida doente?” (SVEVO, 1938, p. 16).

Para Zeno, desgraçadamente, é o último cigarro aquele que revela todo o seu sabor (é claro que os personagens das propagandas fumam sempre este último cigarro). Os outros têm, sem dúvida, seu gosto especial, porém menos intenso. Já o último — diz Zeno — “deriva seu sabor do sentimento de vitória sobre nós mesmos e da esperança de um futuro de força e de saúde. Os outros têm sua importância porque, acendendo-os, afirmam a nossa liberdade e o futuro de força e saúde permanece, embora um pouco mais distanciado” (*op. cit.*, p. 16).

Ou seja, o drama consiste em que Zeno extrai o máximo de prazer e de significação de sua despedida, ele se dá conta que não pode reencontrá-lo a não ser renovando seu propósito de “fumar o último cigarro”. Sua atitude ativa ao dizer “nunca mais” instaura uma contradição: ele não pode renovar o prazer a não ser quebrando a própria promessa. Zeno está longe de realizar o luto que seria imprescindível para separar-se do vício. E à medida que o romance se desenrola, há sempre um luto não realizado que se anuncia.

O lento bordejar das elucubrações do personagem sobre o “último cigarro” o desviam do contato com a dor intolerável, que se avizinha da melancolia e da morte. De fato, não há a menor chance de que o herói venha a deixar o hábito de fumar. Como quando ele diz, ao final de seu diário:

“Doutor, estou decidido a curar-me do seu tratamento (...) Naturalmente não sou ingênuo e desculpo o doutor que vê na própria vida uma manifestação da doença. A vida assemelha-se um pouco à enfermidade, à medida que procede por crises e deslizos e tem seus altos e baixos cotidianos. À diferença das outras moléstias, a vida é sempre mortal. Não admite tratamento. Seria como querer tapar os orifícios que temos no corpo, imaginando que sejam feridas. No fim da cura estaríamos sufocados” (*op. cit.*, p. 402).

Freud, em *Luto e Melancolia*, mostrou dois modos diferentes do eu defrontar-se com a perda, conforme a estrutura psíquica em questão: “O melancólico mostra algo que falta no luto; um extraordinário rebaixamento de seu sentimento egóico, um enorme empobrecimento do eu. No luto, o mundo tornou-se pobre e vazio, na melancolia, isso ocorre ao Eu” (FREUD, 1917, p. 324).

As recalitrâncias do herói de Svevo não podem ser compreendidas como um jogo de resistência ao tratamento e à verdade racional que se enuncia na palavra do médico. Ninguém escolhe livremente ser ou não ser um viciado em drogas, embora uma parcela desta escolha possa ser creditada à oportunidade, ao acaso, ao destino. Cada ato ou objeto aditivo tende a corresponder a períodos especiais do desenvolvimento nos quais houve o fracasso na integração de objetos internos que ajudam e cuidam. Além disso, o objeto assim escolhido revela a busca do estado ideal que o indivíduo espera alcançar por intermédio da substância, da pessoa ou do ato, procurados.

É relativamente comum considerar-se que as adições e toxicomanias em geral comportam a ilusão de fazer algo para ajudar a si mesmo nas situações cotidianas. Por vezes, o objeto-droga ocupa o lugar da busca que dá sentido à vida do indivíduo.

A economia psíquica subjacente ao comportamento aditivo tem por objetivo dissipar sentimentos de angústia, raiva, culpa, depressão ou qualquer outro estado afetivo que dê origem a uma tensão psíquica insuportável. Esta tensão também pode incluir afetos que são prazerosos desde que ligados à percepção de que são proibidos ou mesmo perigosos. Uma vez criado ou descoberto, o recurso à substância deve estar sempre à mão a fim de neutralizar as vivências emocionais perturbadoras.

Mas, quais seriam as fontes das soluções aditivas, e o mecanismo que as engendra?

Ao examinar a economia psíquica das sexualidades desviantes ou inventadas que cumprem a função de uma droga (as neo-sexualidades), McDougall (1995) desenvolveu um pensamento rico, também, sobre a questão das adições em geral ou toxicomanias.

Nesse sentido, sexualidades arcaicas, perturbações psicossomáticas (a protolinguagem da somatização) e toxicomanias parecem relacionar-se e enraizar-se num solo comum: o das recordações pré-verbais, cujo destino é diferente daquelas posteriores à aquisição da linguagem, e que, portanto, não podem ser tratadas da mesma maneira pelo psiquismo. “Elas apresentam o risco permanente de que sua força dinâmica se descarregue sob a forma de experiências alucinatórias ou de explosões somáticas” (MCDUGALL, 1995, p. 181).

Trata-se de uma “verdadeira carência da atividade representativa em seus aspectos clínicos”, como o reconhece André Green, ao comentar a obra de McDougall (GREEN, 1997, p. 146).

Na esteira das teorizações de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional precoce, McDougall localiza nas vicissitudes do relacionamento do bebê com a mãe-ambiente a possibilidade ou impossibilidade de que o indivíduo adulto consiga estabelecer uma representação interna de uma figura materna que cumpra as capacidades de conter e lidar com a dor e os estados de super-excitação.

A “mãe suficientemente boa” (WINNICOTT, 1951) é aquela que permite ao infante que este venha a desenvolver seus próprios recursos psíquicos para lidar com a tensão. A mãe é potencialmente capaz de produzir no bebê o oposto de uma “capacidade de estar só” (WINNICOTT, 1958): incapaz de tranquilizar-se a si mesma ou cuidar de si mesma em situações de tensão interna ou externa, o bebê desenvolve uma relação aditiva com a presença da mãe e com a função de cuidados. Assim, diz McDougall,

*“Uma solução tentada para a falta de objetos internos que cuidam é inevitavelmente buscada no mundo externo, como ocorreu no início da vida infantil. Desse modo, as drogas, a comida, o álcool, o fumo, etc., são descobertos como expedientes que podem ser empregados para atenuar dolorosos estados mentais – preenchendo uma função materna que o indivíduo é incapaz de proporcionar a si mesmo. Esses objetos aditivos tomam o lugar de objetos transicionais, que corporificavam o ambiente materno e, ao mesmo tempo, liberavam a criança da dependência total da presença da mãe. Diferentemente dos objetos transicionais, entretanto, os objetos aditivos necessariamente falham, uma vez que constituem tentativas antes somáticas do que psicológicas para lidar com a angústia e, portanto, só proporcionam alívio temporário. Por essa razão, em trabalhos anteriores referi-me às substâncias aditivas como objetos antes **transitórios** do que **transicionais**”* (MCDUGALL, *op. cit.*, p. 202, grifos do autor).

Mas, ao lado da função desesperada de evacuar ou descarregar as tensões insuportáveis, há outro aspecto das adições graves, segundo a autora. Esta seria a reparação narcísica de uma imagem de si mesmo avariada, que invariavelmente inclui a tentativa de acertar contas com figuras parentais do passado (algumas vezes projetadas na sociedade como um todo).

Assim Mcdougall resume o desafio inscrito no drama da adição:

“A idéia de acerto de contas inclui, então, um tríplice desafio:

- 1. O desafio ao objeto materno interior cruel, por haver falhado na função materna (nunca mais você me abandonará, pois, daqui para frente sou eu que a controlo);*
- 2. O desafio à figura paterna, que falhou em sua função de barrar, interditar ou suprimir a relação obsedante e destrutiva com o objeto aditivo. Aqui se vê a posição subjetiva de quem parte para o confronto: (não interessa o que você pensa de mim ou dos meus atos – vá para o inferno!)*
- 3. O duplo desafio que se endereça à morte: uma atitude onipotente (a morte não me atinge, a morte é para os outros); mas quando essa defesa desmorona e o sentimento de morte interior não pode mais ser negado, esboça-se uma entrega à morte (talvez a última rodada seja a overdose, e daí? Quem se interessa por isso?)” (MCDOUGALL, op. cit., 193, grifos do autor).*

Desafio à mãe, à morte e ao próprio pai. Desta forma, pode se compreender que por trás do estado ideal que o indivíduo espera encontrar na droga ou na substância aditiva (plenitude, potência, ausência de dor ou nirvana), estão as razões que mantêm a vida psíquica comprometida com objetivos narcísicos gêmeos: reparar o que foi lesado a partir de comunicações bi-parentais negativas mas, mesmo tempo, manter a ilusão de um controle onipotente exercido por meio da adição.

Estas passagens de Joyce Mcdougall e Winnicott preparam o caminho para a apresentação de uma vinheta clínica que, a meu ver, permitirá articular certos aspectos da dinâmica transferencial e contratransferencial de um paciente em análise, tão fumante quanto Zeno (e tão desafortunado também) que, em certo momento de sua vida é levado a deixar o cigarro por recomendação médica. O contexto é, novamente, o de uma situação dúplice no mundo regido pela evitação dos riscos. Vamos a ele.

4.3 Jonas (e a baleia)

O paciente se chama Jonas, um professor universitário de 54 anos que está em análise há dezoito meses. Ficou recentemente desempregado após um corte coletivo na Universidade e agora se prepara para enfrentar os primeiros dissabores e delícias de sua “aposentadoria precoce”, como ele a chamou. Não que esteja em idade de se aposentar, mas decidiu que não irá correr de porta em porta mendigando por trabalho. Quer curtir a vida. Não lhe afligem preocupações econômicas. Fez um plano de previdência privada. Além disso, a esposa herdou imóveis e ações de “primeira linha” que garantem ao casal uma gorda e tranqüila renda. “Gorda e tranqüila” – diz ele, sorrindo – “bons adjetivos para descrever minha mulher... e minha própria vida”.

Tampouco se preocupa com doenças de qualquer tipo, ou com a eventualidade de envelhecer ou morrer. Tem um problema na pele que o acomete de tempos em tempos, um eczema. Mas raramente pensa nisso. Passa longe da hipocondria de alguns amigos que se descobrem doentes a cada novidade propagada pelas revistas semanais. Há os que vasculham o próprio corpo uma vez por ano; e os que freqüentam clínicas e laboratórios até ouvir um reconfortante: “negativo, o Senhor não é portador de doença auto-imune”, ou: “Nada de hepatite b, c ou d, seu fígado é auto-limpante!”, etc. Jonas não recrimina a atual onda de preocupação com a saúde, nem critica os amigos. Ele é simplesmente indiferente a tudo isto. Ou seria ele um “chato”? – pergunta-se. “Jonas, às vezes você é tão chato”, foi o que lhe disse a mulher na semana anterior, só porque ele havia passado o fim de semana limpando gavetas e organizando os documentos em pastas com etiquetas.

Agora, ele estava diante do desafio de tornar a vida o menos chata possível, já que seguiria sem a rotina da universidade, sem trabalho de correção de provas, sem o encontro (tímido) com as jovens estudantes, a visão de suas blusas e decotes, a certeza de cruzar os corredores que levam às salas repletas. Estava confiante, é verdade, mas podia reconhecer que tudo aquilo preencheria sua vida, até então. Juntamente com o maço de cigarros e o hábito de fumar que o acompanhavam desde muito jovem.

Jonas era o que se chama comumente de um fumante inveterado. Por insistência da filha, ele marcou consulta médica para um *check-up* de rotina e dedicou-se a uma formidável bateria de exames. Ao fim e ao cabo, um eletrocardiograma realizado sob esforço físico revelou um pequeno distúrbio de condução no impulso elétrico dos batimentos cardíacos. Traduzindo, uma predisposição para desenvolver arritmias benignas.

— “Você deve parar de fumar”, disse o médico. Não tive ainda nenhum episódio de arritmia ou coisa parecida. “Sorte sua”. Mas, devo parar imediatamente? “Quanto antes melhor”.

“Há tempos, minha filha me pede e, pensando bem, meu pai teve doença obstrutiva crônica” – foi sua primeira frase, na sessão seguinte. Considerei que todas as razões, ainda que alicerçadas no contexto de uma realidade que o empurrava para esta decisão, não lhe pertenciam. Não me manifestei quanto ao teor e oportunidade de sua decisão. Posto que desconhecia as implicações médicas do problema cardiológico de Jonas, não poderia contestar o diagnóstico, nem a ordem categórica que dele decorreu. Pensei que deveria ajudá-lo a elaborar o que se passava em sua vida naquele momento, de maneira a fazer sua aquela decisão, de ser possível neutralizar, de algum modo, o que parecia a ele ser uma ingerência sobre sua vida.

O paciente resolveu submeter-se ao protocolo de tratamento receitado pelo psiquiatra, que consistia de algumas recomendações e prescrição de medicamento (bupropiona, um antidepressivo a que se atribuem propriedades farmacológicas que ajudam o fumante em sua empreitada); um bloco de adesivos de nicotina para serem usados sobre a pele; recomendações sobre horários a serem evitados, hábitos e um manual de técnicas cognitivas de relaxamento frente a “situações de risco” (leia-se, quando ao tomar um chope com os amigos a vontade de fumar estiver a ponto de enlouquecê-lo).

O período subsequente à sua decisão de parar de fumar foi especialmente difícil para ele. Melhor dizendo, para todos em casa, da esposa ao cachorro, (se pudesse falar...). Ao menos, a falta de jeito e estranheza com o novo figurino de aposentado, que lhe exigia adaptações de toda ordem, combinou perfeitamente bem com os rituais do tratamento antitabaco: comprimidos pela manhã; adesivo n. 1; comprimido à tarde, adesivo 2;

Sessão após sessão, seu tempo era tomado com detalhes sobre as ritualizações necessárias em casa; queixas contra o comportamento da mulher e certas observações quanto aos detalhes repulsivos do corpo das pessoas mais velhas, homens e mulheres que encontrava pelo caminho.

O fato é que Jonas passara a viver com um cigarro guardado no fundo da carteira. Já falara nas sessões anteriores daquele cigarro solitário, de início, como um fato sem maior importância. Aos poucos, começou a brincar com este segredo, como ele dizia; cunhava novos termos para referir-se ao tal cigarro: último espécime de uma raça extinta, “mico-leão-fumado”, ou “Viagra de preto”, a “bóia de naufrago”, foram os primeiros de uma longa série de apelidos com que se divertia durante as sessões. Sentia-se de bom humor e de fato tornava-

se mais leve, mais alegre, quando se punha a divagar sobre o cigarro que trazia guardado e que lhe serviria num momento de profundo desespero, por exemplo. Mas, o que significava esse desenrolar da análise? As associações o encaminharam para uma recordação da infância: um almanaque passado de mão em mão entre os meninos da fazenda continha anedotas pornográficas, e uma lista de sinônimos dos órgãos genitais masculino e feminino. Era uma profusão de nomes, alguns esquisitos, outros tantos engraçados que ele, então, foi capaz de recitar de cor, o que lhe causou, de imediato, uma certa perplexidade⁴⁰. Como podia se lembrar tão vividamente?

Um dia, durante uma sessão em que disse estar de “saco cheio” pela dificuldade de decidir o que fazer com a papelada que trouxera de seu armário na universidade, comentei como estava sendo difícil para ele sua nova vida: ela lhe parecia mais “vazia” do que antes e ele mais cheio de afetos desagradáveis e contraditórios. Ele respondeu que eu parasse de me preocupar tanto com suas coronárias (“elas não estão entupidas”); bastava eu continuar a “apoiá-lo”, como estava fazendo, em “sua” decisão de parar de fumar. Eu não havia dito nada sobre o cigarro ou sobre os exames.

Naquela semana, ele lera na bula que a medicação antiarrítmica poderia causar impotência, como efeito colateral. De fato, não havia conseguido manter a ereção nas últimas tentativas.

Na sessão seguinte, algo havia acontecido que o deixara tenso e preocupado. Vinha de uma nova expedição neuro-investigativa, trazendo uma pasta de exames e imagens tridimensionais de sua cabeça e tórax. Assumindo um ar grave, começou a contar o que se passara na véspera, mais ou menos na seguinte forma, que julgo importante reproduzir:

Saíra ontem de manhã a caminhar pelo parque como sempre fazia nos fim de semana. Estava um pouco tenso, é verdade. Com o fone nos ouvidos ouvia música para relaxar. Começou alongando os músculos peitorais, das costas e dos braços, respirando fundo como lhe ensinara o professor da academia de ginástica. Pensava, justamente, na ausência virtuosa de seu próprio corpo durante todos estes anos, um corpo de que não podia reclamar de nada até aquela data. É raro que o corpo de um sujeito de 58 anos seja um *hardware* tão bem comportado – pensou – afinal, sempre há alguma coisinha aqui ou ali: dores de coluna, gastrite, hemorróidas. O seu, ao contrário, fora um tesouro precioso ao qual não se dá muito valor. Bateu a mão sobre o “viagra de preto”, no fundo da carteira, guardado no bolso

⁴⁰ Reproduzo parte de sua lista de sinônimos do órgão sexual masculino: bagre, mastruço, quiabo, gaita, taco, bastão, ponteiro, sabiá, malho, verga, mangará, um “não sei que”, cipa, farfalho, chourição, picaço, cipó, estrovenga, toreba, besugo, porongo, envernizado, mondrongo, trabuco, bimbina, fuso, mango, manjuba, pau-barbado, chonga, vara, ganso.

dianteiro da camisa, quase colado ao coração. “Por que não acender logo essa porra?” – disse para si mesmo, desafiador. Flagrante delito, ora essa! Jamais poderia esperar que “flagrante delito”, expressão ridícula usada por seu irmão advogado, pudesse atazaná-lo agora. Lembrou-se que o irmão tem uma bela mulher, jovem e conservada. Uma bela bunda. O pensamento o fez voltar para seu próprio corpo. Prestou atenção aos gases no interior da barriga; os batimentos cardíacos um pouco acelerados (seria o calor? O esforço físico?). Ouviu o ranger dos joelhos durante a caminhada funcionando como sílabas, como pedras lançadas na superfície de um lago, que geram uma intensa, porém surda perturbação sobre a água, já não conseguia acompanhar a música que lhe penetrava pelas têmporas, só tinha olhos para ver o que negligenciara em toda a sua vida até aquele maldito dia: seu corpo. Fazia um mês que não fumava. Sentiu-se tentado, pela undécima vez, a abrir a carteira e acender o cigarro. “Taco, mastruço, verga”. A eclosão desse pensamento o fez empalidecer, misturando a raiva, com medo terrífico e pena de si mesmo.

Apressou o passo, mas em um segundo estava a correr. Uma dor aguda no peito e o coração a sair pela boca. Conforme tentava se afastar do marco zero de sua angústia, o olhar misturado á chuva que escorria pelas alamedas de pedra e lama, sentiu-se preso num labirinto: já não sabia distinguir em que saída do parque deixara o carro, os joelhos haviam se transformado em velhas dobradiças das portas da fazenda que rangiam e travavam-lhe o movimento, acreditou que o céu lhe fosse desabar sobre a cabeça. O pensamento de que morreria ali mesmo veio como um raio antes que ele girasse a chave do carro no contato. Não sabia explicar como dirigiu até sua casa; mais tarde, deu-se conta que havia atravessado o sinal vermelho e que urinara sobre o banco do automóvel. Conseguiu rir de sua própria miséria: este, sim, foi um “delito flagrado” — disse — e “acho que não vou escapar da punição: cinco pontos na carteira de motorista”.

Ao retornar ao médico para uma nova orientação quanto aos remédios, ouviu a explicação de que sofrera um “ataque de pânico, com sintomas agorafóbicos”; síndrome tão minuciosa descrita que só ficou de fora o descontrole urinário; tudo o mais estava ali. Como conseqüência, a medicação antidepressiva foi duplicada e ganhou a companhia de uma pílula para dormir. Mais benevolente, o cardiologista resolveu considerar sua queixa acerca do efeito colateral da medicação antiarrítmica, mantendo-o sob observação por algumas semanas, sem remédio, mas sob monitoramento contínuo da função cardíaca. Agora, andaria com um aparelho sob a roupa, por uns tempos.

Depois de sua crise de angústia, a atitude de Jonas mudou drasticamente no processo de análise e pareceu mudar em relação a mim. Embora não formulasse nenhuma queixa ou

ressentimento (em consonância com sua reputação de ser polido e sempre muito educado com todos), ele parecia haver se retirado completamente nas sessões, como se não mais estivesse ali; vinha como sempre, mas seu modo de falar e comportar-se tornara-se frio, desconectado, dando lugar a longos silêncios ou a associações bem-comportadas, mas nada vivas. Quando lhe encorajei a falar sobre o que se passava limitou-se a dizer que “não conseguia pensar em algo útil para dizer; além disso, sinceramente, não acreditava que eu pudesse ajudá-lo a encontrar uma luz nessa treva que em que sua vida se transformara”. Eu também não sabia o que lhe dizer.

Parece certo que algo na relação transferencial havia sido desfeito ou emperrado por completo. Se acompanharmos nesse momento a definição de Bollas (1992), para quem a análise é um processo criativo/elaborativo que envolve duas subjetividades e no interior do qual certos objetos “germinativos” e “narrativos” são formados como tarefas internas compartilhadas, diríamos que a análise desembocara numa afasia. Como diz Bollas,

“psicanalista e o paciente constroem uma rede complexa de pensamentos derivados de uma profusão seqüencial de categorias de experiência do self e o trabalho lúdico, com o passar do tempo, condensa tais pensamentos numa estrutura (complexo) que tem importância psíquica e agora serve a ambos como um objeto interno compartilhado. Essa estrutura psíquica em análise é análoga à criação do conteúdo do sonho” (BOLLAS, 1992, p. 72).

Aqui, o termo “objeto interno”, tão pregnante na história da psicanálise, adquire uma significação de textura psíquica altamente condensada que carrega as “marcas de nossos encontros com o mundo dos objetos” (*op. cit.*, p. 45).

Para mim, enquanto analista, também se firmou a impressão de ter havido um desmoronamento, mas não neste sentido de algo compartilhado. Eu então pensava que Jonas havia desembocado em uma crise de angústia (tal qual um desmoronamento psicossomático) por sua própria conta e risco, depois de haver enfrentado e perdido a batalha contra a adição ao cigarro. Pareceu-me, então, claro que a dura seqüência de perdas que a vida lhe impunha (aposentar-se, ver-se doente do coração e renunciar ao cigarro) seria responsável por tudo; a fantasia de resolver a vida numa equação de paz, sossego e deleite havia sido varrida do mapa.

Jonas, em sua tentativa de lidar com a dor de perdas sucessivas e tão significativas em sua vida tinha projetado no analista partes excindidas de seu mundo interno; ele havia tentado

comunicá-las e , sobretudo, guardar no analista seu medo e a impossibilidade real de sustentar a decisão quanto a parar de fumar.

Infelizmente, creio que não pude aceder á compreensão daquilo que correspondia à minha responsabilidade, enquanto analista, no desmoronamento deste “bom objeto compartilhado” de que fala Bollas. Para tal, teria sido necessário me perguntar sobre o que estávamos tecendo a quatro mãos, Jonas e eu. Teria sido igualmente importante dar atenção às minhas próprias associações que haviam surgido nos momentos cruciais da análise.

Muitos autores têm se dedicado à questão do uso, por parte do analista, de suas próprias associações, entre eles, Bollas (1992) Symington (2003) e Mcdougall (1995). Novamente recorro a Bollas que faz uma afirmação interessante nesse sentido:

*“se a subjetividade de um analista se desprende dos requisitos ou dos marcos de referência objetivantes, não é necessariamente uma psicanálise selvagem, mas uma subjetividade despojada, visto que as experiências internas do analista só têm significado após uma **reflexão que a objetiva**”* (BOLLAS, 1992, p. 80, grifo meu).

O caminho sugerido é o de que o analista corrija seus estados subjetivos “objetivando” a transferência (perguntando-se quem está falando no paciente e para quem se dirige no analista e por que naquela hora) e a contratransferência (perguntando-se o que ele está sentindo e pensando, com quem ou com o que o mundo interno do paciente está em ressonância e por que agora). Prossegue ele:

“Outro vetor de objetivação é a observação de como se formam a transferência e a contratransferência, se realmente formam um diálogo de relação de objeto (...) Ao identificar a transferência, objetivar a contra-transferência e analisar a relação entre os dois, o analista pode avaliar em parte o significado de algumas de suas associações internas” (op. cit., p. 82).

Ao ouvir o relato do paciente sobre como a angústia o invadira naquela manhã no parque penso que minha própria atividade associativa interna a propósito da sessão anterior poderia ter me alertado para a emergência de algo disruptivo. Obviamente, não se trata de uma qualidade premonitória da relação analítica. O relato do segredo que me confiava (o cigarro escondido na carteira), pela trama de associações a que o paciente fora levado e os afetos que suscitara (júbilo, mas também, certa inquietação e irritabilidade) trouxeram a mim associações com passagens do início de sua análise, quase um ano antes. Jonas, então, me

contara de uma visita à cidade do interior na qual sua mãe vivia, em estado de progressiva demência, numa clínica para idosos. As visitas eram especialmente penosas, entre outras razões, por que a mãe sempre fora para ele uma “ferida aberta”: ele tinha a certeza de que ela o odiara desde pequeno e ele devolvera este sentimento na “mesma moeda” (com indiferença, mas também, ódio); agora, ele se martirizava por vê-la naquele estado. Os irmãos diziam que a única forma de reparação possível seria dar a ela um “final de vida digno”, para o que seria imprescindível gastar com uma boa clínica, (“abrir a carteira, Jonas”), o que, no entanto, não o livraria do conflito e do drama. Ao acompanhar as peripécias de Jonas com o cigarro eu fora levado, por minhas próprias associações, à riqueza da questão edipiana subjacente, mas não pude utilizá-la em benefício do paciente. Por quê? Talvez porque a preocupação com os pulmões e o coração de Jonas, a necessidade de “parar de fumar” funcionando como imperativo urgente, tivesse obliterado minha possibilidade de intervir “sob medida”, como convém ao analista (FIGUEIREDO, 2005):

“É mediante o duplo movimento de deixar-se tomar pela fantasia do paciente, assumindo a voz dominante em seus aspectos patológicos – continência enclausurante, estranheza traumatizante ou espelhamento aprisionante – para em seguida deslocar-se desta posição e suplementar o que o psiquismo do paciente exige para recuperar ou instalar a capacidade de fazer sentido, o analista intervém sob medida. Sua escuta é dupla: ele escuta o que é dito e o que falta dizer, o que está operando na transferência e o que está inoperante na capacidade psíquica do paciente” (FIGUEIREDO, 2005).

Em relação a Jonas, creio que deixei-me conduzir para um ponto de cegueira, a partir do qual não foi mais possível operar sobre a transferência; defino esta condição como “paralisia expectante”, embora travestida de “neutralidade”, de “continência”. Qual a extensão do dano causado? Identifico, no *silenciamento de minhas próprias associações*, e no *silêncio durante as sessões (uma afasia)*, a interferência de conceitos ou pré-conceitos a respeito das teorias que imperam sobre o cigarro, este flagelo dos pulmões e da consciência culpada; afinal, fumar é esse “flagrante delito” na sociedade e na cultura.

Susan Sontag (1981) não foi a única a observar que a doença, mas também a saúde, surgem regularmente na cultura com um sentido metafórico. Toda política (ou biopolítica) opera sobre a produção de significações, à maneira de uma nova máquina de produzir metáforas. Nesse sentido, a dimensão metafórica é a chave para compreendermos as

campanhas, as palavras de ordem, os imperativos, os *slogans*, em suma, a biopolítica de saúde atual.

Agnes Heller e Ferenc Féher (1995) assim se manifestaram a propósito querela a respeito do fumante passivo, ou da noção de “fumar secundariamente”:

*“Não tem sentido que percamos tempo com as bases científicas de tal conceito inquisitorial. Mais importante é discutir sua função. Nossas necessidades e hábitos não têm mais um caráter privado; somos diretamente responsáveis por eles à vista do público. A ciência mobiliza-se para demonstrar que, ao nos entregarmos a nosso delito concreto contra a saúde colocamos em perigo nosso vizinho, contaminamos a nossos filhos, perturbamos a paz mental de nossos vizinhos, enchemos de fumaça a atmosfera moral. A conclusão é evidente por si mesma: ou submissão à norma ou castigo, quiçá a morte civil. È isso que nos dá legitimidade para espionar o fumante secreto que se esconde no banheiro do trem ou do avião, como antigamente espionávamos o masturbador secreto, e denunciá-lo sem piedade(...) Isto quer dizer que toda política de saúde tem êxito na medida em que semeia um sentimento de culpa massivo, que é o requisito prévio para que triunfe na psique individual a via da **disciplina e do castigo**”* (HELLER e FERENC, 1995, p. 81, grifos meus).

Não sabemos tudo quanto à existência ou não do “fumante passivo”, e dos possíveis transtornos à saúde pública. Mas, quanto ao “analista passivo”, não resta dúvidas de que pode ser muito perigoso, e talvez letal.

Assim, a **lógica do risco** funcionando a plenos pulmões, levou-me a agir como uma baleia-continente do que Jonas, o paciente, me confiara, sem que eu, no entanto, pudesse ajudá-lo a digerir psicologicamente o que o dilacerava.

5. LÓGICA DO RISCO

Último passo desta caminhada, tentarei articular alguns elementos da dinâmica transferencial e contratransferencial dos casos apresentados para, de algum modo, comprovar a existência de uma “lógica do risco”. Não será tarefa fácil. O material clínico é propositalmente breve e fragmentário. Escolhi trazer as histórias junto com às dúvidas e hesitações do analista, e entremeadas aos comentários de outros autores, como um caderno de notas tomadas durante os solavancos da viagem. Não seria mais adequado e menos árduo transcrever o caso por inteiro, do começo ao fim para, em seguida, discorrer sobre eles? Pensei que não, apenas por esta fórmula meio ziguezagueante, meio bruxuleante, eu poderia tentar transmitir algo que me parecia ser um efeito de todo o processo sobre um de seus vértices, o analista. Se existe mesmo essa tal “lógica do risco”, ela mora nos interstícios; ou “nenhures”, na expressão de Guimarães Rosa⁴¹. Não tenho certeza alguma de poder realizar o meu intento e tornar claro este conceito. Se já é tão difícil transportar para a palavra escrita o que não cabe nela (a associação falada, as alternâncias de ritmo, as quebras, as repetições, as descontinuidades); o que dizer da ambição de comprovar a existência real de algo que se criou como uma hipótese de trabalho?

Sigo em frente. Novamente, como um “anjo de guarda” dos analistas aflitos, é Jean-Bertrand Pontalis (1990) quem vem em meu socorro. Desta vez, com palavras poéticas e balsâmicas, ele sugere que haveria mais do que uma razão puramente demonstrativa para que o analista persevere na escrita do caso clínico:

*“Por que se recorreria à cena da escrita, quando a **cena da análise** é suficientemente animada, sua palavra é dotada de uma eloqüência própria, e quando o drama se representa e se constrói diante de nós, conosco? Mas se o deserto ganha terreno, se, por um efeito de excesso ou de vacuidade, a nossa capacidade de sentir ou o nosso aparelho de pensar transborda ou se esvazia, e principalmente se tudo isso predomina sobre o que acreditamos construir pacientemente, tijolo por tijolo, então, precisamos do outro **recipiente** — o caderno — precisamos de um caderno de notas bem real, que não seja uma metáfora, que possamos ter em mãos e guardar. O que leva o psicanalista a*

⁴¹ *Nenhures*: palavra paradoxal que nomeia aquilo que existe, mas não está em parte alguma; algo que só se pode sentir, ora próximo, ora distante.

escrever não é certamente da mesma natureza do que aquilo que o autoriza a dizê-lo. Talvez a paixão de escrever resulte às vezes da incapacidade de dizer e até de pensar. Talvez só se escreva a partir de uma afasia secreta, para superá-la tanto quanto para manifestá-la” (PONTALIS, 1990, p. 126, grifos do autor).

Aí está: não se trata, em absoluto, de exprimir ou comunicar com exatidão as palavras ditas e ouvidas, nem resgatar o “vivido” durante as sessões. Confiamos, muitas vezes, no poder de encarnação das palavras para fazê-las funcionar como um “abrigo” — diz Pontalis —, para “alojar nelas a incerteza que às vezes permite achar, mais do que a palavra exata, o nome *próprio*, aquele que tem chance de nomear, e não de prender, o *estranho*” (*op. cit.*, p. 133, grifos do autor).

Imbuído desse espírito, posso voltar-me para Silvia e Jonas para tecer os comentários finais sobre o relativo tropeço em suas respectivas análises, e relacioná-los ao que chamei **lógica do risco**. Aproveito o termo empregado por Pontalis — o *estranho*, com sua clara alusão ao sentimento de estranheza descrito por Freud (1919) — para postular que a paralisia nas capacidades de ambos os analistas foi da ordem de um *estranhamento* que, como suponho, possa tê-los atingido no processo de análise. Quando menciono tais capacidades não me refiro somente à escuta, mas, sobretudo, à possibilidade básica do analista, tendo se colocado diante do paciente, oferecer-se como suporte para suas transferências (ser tomado como objeto de sua fantasia e destinatário de seus afetos), e, por outro lado, deixar-se afetar por ele, na contratransferência (falar de contratransferência é essencialmente falar desta possibilidade de ser “afetado”, seja pela pessoa do analisando, pela situação vivida ou por seu discurso). Ora, cabe acrescentar, desde já, que tais capacidades só poderão ser exercidas, segundo Winnicott, se e enquanto o analista observar a condição fundamental de manter-se “vivo, bem e acordado” (WINNICOTT, 1962).

Antes de prosseguir, no entanto, penso ser útil lembrar o que se pretendeu recobrir com a expressão “lógica do risco” e, não há como fazê-lo sem juntar os diferentes fios puxados de todo o novelo.

A coexistência do tratamento analítico com o tratamento médico, no contexto sociocultural marcada pela evitação dos riscos, a chamada “sociedade de risco”, é o ponto de partida deste trabalho. Na “sociedade do risco” o corpo teria se transformado no supremo bem, objeto de monitoramento constante e, também, o principal “ativo”⁴² do sujeito

⁴² Conhecido jargão do universo econômico-financeiro que atesta o valor de algo a ser investido e preservado.

contemporâneo. Não por acaso, os motivos que freqüentemente deságuam em tratamentos dúplices referem-se ao corpo, com grande prevalência das manifestações somáticas, doenças psicossomáticas e dos pacientes somatizadores em geral; são estes, mais do que todos, os que peregrinam de um consultório a outro ou são encaminhados de parte a parte. Ora, muito embora a preocupação se volte sobre o corpo, acompanhamos de perto a reflexão clínica de Joyce McDougall para quem a questão fundamental dos pacientes somáticos e também dos normopatas é a de “sobreviver psiquicamente” (MCDUGALL, 1989, 1995); sobreviver a uma ameaça de perda de identidade subjetiva, de aniquilamento, desintegração ou morte. Em ambas as formações subjetivas (normopatias e doença psicossomática), embora de um modo diverso, McDougall localiza um mecanismo de defesa essencialmente diferente do recalque e da forclusão, por meio do qual o indivíduo busca expulsar do psiquismo o produto de experiências e afetos intoleráveis, vividos muito precocemente, num estágio do desenvolvimento no qual a distinção entre sujeito e objeto é ainda instável e produz angústia mortífera. Assim é que ambas se distinguem tanto da formação neurótica quanto da psicose. A normopatia, por esta espécie de supressão da função psíquica do fantasiar e, no limite extremo, a abolição de todo contato com a própria vida subjetiva; a doença psicossomática, pelo desvio, sobre o corpo, de um excesso de excitação não-representável, dada a impossibilidade de elaboração psíquica. Note-se que próprio termo “psicossomático”, no pensamento de McDougall tem uma amplitude diferente: ele engloba um conjunto de quadros psicopatológicos que inclui as adições e toxicomanias⁴³.

Em ambos os casos, a necessidade de sobreviver psiquicamente (defendendo-se do excesso da experiência afetiva), é o que está na base do processo que McDougall chamou “desafetação” (*disaffection*). O discurso ou a palavra de tais pacientes resta “desafetada”, isto é, afasta-se de sua destinação primordial que é “ligar” (pulsão e significação).

Por esta razão, os pacientes desse tipo seriam especialmente desconfortáveis para o psicanalista. A começar do próprio Freud, raros são os analistas que o recebem de bom grado, pelo que representam de opacidade em relação ao dispositivo analítico. A isto vem se somar o desconforto proporcionado pelas situações dúplices.

⁴³ Como se pode ler nesta passagem: “À medida que eu perscrutava as expressões somáticas de meus analisandos, cheguei à conclusão de que os fenômenos psicossomáticos não poderiam, do ponto de vista psicanalítico, ser limitados às doenças do soma e que deveriam incluir teoricamente, se for levada em conta a economia psíquica, tudo aquilo que atinge o corpo real (diferentemente do corpo imaginário da conversão histerica), inclusive suas funções autônomas. Incluí aí, por exemplo, as predisposições aos acidentes corporais e a s falhas do sistema imunológico de um indivíduo (...) A adição, ao meu ver, faz parte deste conjunto” (MCDUGALL, 1989, p. 22).

Foram estes os elementos que nos dificuldades, os impasses e oportunidades trazidos ao processo de análise pelas situações dúplices de tratamento. Seria possível supor que elas interferem com as capacidades do analista e com os destinos da análise?

Reafirmo que não se trata apenas de examinar o modo como o analista pode ser afetado pelos valores da cultura do corpo, ou pelo impacto exercido sobre ele pela realidade social circundante. Embora reconhecendo que tais fatores desempenhem seu papel, o foco é o que se passa *na* situação analítica: isto é, de que maneira aqueles “nós apertados pela transferência e contratransferência” (GREEN) podem eventualmente se afrouxar e romper.

Lógica do risco é uma expressão que alude, por contraste, à *lógica dos processos terciários* de André Green.

O conceito de “processos terciários” é apenas uma maneira, entre tantas, de enunciar a importância do terceiro elemento, aqui aplicada ao processo de simbolização. Com ele, se reafirma a necessidade de que a análise caminhe no sentido de superar a oposição entre processos primários (regidos pelo princípio do prazer) e processos secundários (ligados à racionalização), entendendo-os como processos competitivos, porém complementares; por eles, o ego deveria transitar, buscando estabelecer “conexões flexíveis, que alternadamente vão ser feitas, formar hipóteses e conclusões temporárias, depois desfeitas, abrir lugar a outras que ofereçam uma representação melhor da situação” (GREEN, 1979, p. 24). Como diz ele,

“creio ser útil pensar que uma terceira categoria de processos existe. Proponho chamar esses elementos de ligação de processos terciários. Isso porque, em oposição àquilo que Freud pensava, não é tanto uma questão de os processos secundários dominarem os processos primários, mas, antes, de o analisando poder fazer uso mais criativo da coexistência e assim fazer nas atividades mais elaboradas da mente, como faz na vida cotidiana. Talvez seja pedir demais” (GREEN, *op. cit.*, p. 26).

O analista está profundamente implicado com a gênese dos processos terciários, ou com todas as formas de simbolização. O analista deles participa com seus próprios processos internos, com sua capacidade imaginativa, de tal modo que não podemos supor que o objeto analítico não tenha esse caráter de algo “compartilhado” entre o paciente e o analista.

O que se passou na análise de Silvia que produziu foi um *afrouxamento dos nós apertados pela transferência e contratransferência*? Foi a partir da eclosão da doença orgânica e das reações em cadeia que atingiram o par analítico. A descrição da paciente e o relato de sua análise até aquele ponto sugeriam tratar-se de uma normopata: uma criatura

profundamente infeliz, escondida dentro de uma casamata de “normalidade”, da qual faziam parte a solicitude, o deixar-se abusar pelos outros, a negação de sua própria vivência afetiva, para ela insuportável. A análise, em verdade, não acontecia. Como é característico nos pacientes normopatas, a forte resistência à mudança psíquica está ligada à convicção de que qualquer mudança só pode lhes ser desfavorável. A força inercial é a única proteção de que dispõem os contra o retorno a um estado traumático, insuportável e inexprimível. São pacientes que mantêm o analista em estado de “exclusão objetal” (GREEN, 1979, p. 44), que mal dissimula o terror da análise, do analista e do próprio processo; mas, ao mesmo tempo, um “sofrimento-sem-nome” (MCDUGALL, 1989, p.103) responde pelo sentimento de necessidade que estes pacientes experimentam de permanecer em análise. Inspirados por Ronald Britton, definimos esta situação como de “complacência na transferência” (BRITTON, 1998), que equivale a uma falsa aliança terapêutica sustentada no tempo, por uma atmosfera cooperativa, afável e sem conflitos. Devido ao mecanismo de cisão, uma parte da vida psíquica permanecia inacessível ao trabalho analítico. De fato, Silvia deslocara-se para o lugar de uma espécie de auxiliar do analista, via identificação projetiva. Segundo Betty Joseph, trata-se de uma forma sutil de “pressão sobre o analista para que ele viva uma parte do *self* do paciente ao invés de analisá-la” (JOSEPH, *op. cit.*, p. 74).

O aparecimento da doença somática surgiu como um verdadeiro divisor de águas. Abalou o *status quo*, mas não teve o efeito de iluminar estes aspectos narcísicos da transferência, que permaneceram não elaborados pelo próprio analista. Sua interpretação do sonho trazido pela paciente, de certo modo, é um índice deste embaraço. Lembremo-nos de como ele interpretou a árvore “esquisita”, com a qual a paciente se deparara em seu sonho de retorno à casa da infância. A árvore era um híbrido de humano e não-humano, que reunia de forma cruzada, vida e morte, carne e elementos vegetais calcinados, calor e frio. A paciente o trouxera na época crítica em que recebera o diagnóstico e se submetia ao tratamento oncológico. O analista lhe disse, então, que o desejo de resistir e viver prevalecia sobre o horror das hastas geladas, ela queria manter-se viva e viveria.

Parece que a interpretação dirigiu-se ao núcleo da dor e do medo real da morte que a paciente enfrentava. A resposta que Silvia dá a esta interpretação (para que o analista “deixe de manipulá-la”, de que não a trate como uma “criança dependente”) sugere que as palavras vieram preencher de forma intrusiva e prematura um espaço que era para permanecer aberto. Não porque ela tenha de pronto discordado dele (já que aceitar, aceitar tacitamente ou negar pouco significa em termos de saber se o analista acertou ou errou em seu movimento), mas por que sua resposta imediata, recusando a posição subjetiva de sentir-se uma “criança

manipulada”, ainda que pelos bons sentimentos de um homem, mostrava que ela havia sido levada a romper com o lugar que ela lhe reservava transferencialmente na fantasia. “Você jamais poderia ter dito isto!” — parecia dizer ela, significando que ela tomara a interpretação como um abuso, um ultraje. A partir dali ela estaria completamente só, órfã, e...humilhada. Nesse sentido, sua resposta foi, talvez, uma contra-interpretação que prenunciava um desacordo e uma ruptura.

Talvez o analista, embaraçado que estava com estados mentais contratransferenciais muito difíceis, não tenha se dado conta do que se passava. É possível que o aparecimento da doença, mais do que o discurso de sua paciente, estivesse lhe impondo emoções e reações em virtude desse laço corporal direto com a dor e o sofrimento.

No momento seguinte, vieram as prescrições médicas e o apelo para que ele, analista, conversasse com o mastologista, depois com o psiquiatra e por fim, com sua própria família. Enquanto ela própria desaparecia das sessões por algum tempo, as manifestações somáticas multiplicavam-se em número e grau, produzindo uma “diáspora” de sintomas: de especialista em especialista, Silvia foi depositar em cada canto uma oferenda, uma cota de dor e sofrimento. O que se passara com a análise?

Talvez, encontremos em Donald Winnicott (1949, 1964, 1969) uma chave extraordinariamente eficaz para responder a esta pergunta e (e a outras tantas que surgiram ao longo da análise de Silvia). No centro do pensamento de Winnicott acerca da enfermidade psicossomática, encontra-se a idéia de dissociação ou cisão na organização egóica, quando não dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade:

“Esse estado de doença no paciente é, ele próprio, uma organização de defesa com determinantes muito poderosos e, por esta razão, é muito comum que médicos bem intencionados e bem-informados, e até excepcionalmente bem preparados, fracassem em seus esforços para curar pacientes que tenham um transtorno psicossomático”
(WINNICOTT, 1964, p. 82)

O mecanismo de cisão produz fragmentos múltiplos, de tal modo que nós, terapeutas ou médicos, nos vemos, muitas vezes, agindo no papel de um desses fragmentos (*op. cit.*, p.83). Winnicott chamou a este fenômeno de “disseminação dos agentes responsáveis”, que seria secundária a uma desintegração ativa na economia psíquica do paciente portador de um transtorno psicossomático.

Disto resulta que as “dissociações do próprio médico” (*op. cit.*) devem ser consideradas juntamente com as dissociações do paciente. Está claro, segundo ele, que um movimento em direção à integração e à superação gradual deste mecanismo de defesa (a dissociação múltipla) é o que deve ser proporcionado pela análise.

Em outra passagem particularmente brilhante do mesmo texto⁴⁴, Winnicott chama a atenção para um aspecto notável no funcionamento psíquico de uma paciente que padecia de uma dissociação múltipla essencial; durante um longo tempo, a paciente precisou recorrer a várias outras instâncias de “tratamento”, além da própria análise. Mas ela o fez modo a *não se encontrar nunca, ao mesmo tempo, em um só lugar, e em contato com cada um e todos os aspectos do cuidado que procurava*. Ela esteve, por assim dizer, “esparrramada” por todos os lugares e em nenhum deles⁴⁵.

Aos poucos, porém, no decurso do tratamento uma mudança se produziu no sentido de que todas estas necessidades vieram se estabelecer como *aspectos da transferência*. Diz Winnicott, a propósito:

“Quando esta paciente chegou perto desta realização, foi capaz, pela primeira vez de amar alguém, o seu marido. A cisão da personalidade achava-se relacionada a uma necessidade que a paciente tinha de resgatar uma identidade pessoal e evitar fundir-se com a mãe. Para mim, foi um dia memorável aquele em que a paciente me telefonou por engano, enquanto pretendia chamar seu açougueiro” (WINNICOTT, 1964, p. 87).

Quer nos parecer que o analista de Silvia, pelas razões que vimos expondo até o momento, esteve muito longe de ocupar este lugar postulado por Winnicott; lugar a ser ocupado por aquele do qual se espera que, gradualmente, trabalhe no sentido de uma integração dos elementos cindidos de uma determinada estrutura psíquica que tem na cisão patológica um mecanismo de defesa. Lugar que, em verdade, somente ao psicanalista caberia ocupar. Não esperemos que um médico, por mais bem intencionado, possa fazê-lo.

Não é nenhuma novidade afirmar que a medicina caracteriza-se pela divisão de tarefas relativas ao cuidado do corpo e das doenças físicas. A lógica que subjaz ao processo de

⁴⁴ Devo a Sidnei Casetto a valiosa indicação deste trabalho.

⁴⁵ Winnicott nos brinda com a lista destes lugares: “1) O clínico geral da família e um grupo de ginecologistas e patologistas; 2) O osteopata; 3) Seu dermatologista; 4) Seus analistas anteriores; 5) Seu massagista; 6) Seu cabeleireiro, especialmente o *outro* que cura a sua alopecia ocasional sem cobrar nada; 7) Um espiritualista clarividente; 8) O pastor religioso especial; 9) A babá dos filhos, muito cuidadosamente escolhida, de maneira a ser suficientemente boa no cuidado dos bebês e, portanto, capaz de transformar-se numa enfermeira psiquiátrica para a própria paciente; 10) A garagem, muito especial para o carro dela; etc.” (WINNICOTT, 1964, p. 86).

divisão das especialidades médicas é típica da modernidade: o corpo biológico se torna governável mediante a separação, classificação e fragmentação de sua realidade física numa pletora de problemas e partes cada vez mais diminutas.

A observação clínica notável de Winnicott é que os pacientes com dissociações múltiplas exploram magistralmente esta realidade, ocupando todas as divisões assentadas na prática da medicina contemporânea. É por essa razão, diz ele, que os “pacientes psicossomáticos estão sempre se queixando de que seus vários médicos não cooperam, mas ficam de fato ansiosos quando estes se reúnem para debater o caso” (WINNICOTT, 1964, p. 86).

De fato, quando a medicina se dispõe a olhar a “pessoa” ou a considerá-la em sua “integralidade”, é com o sentido que o médico imprimiu ao convite/convocação para discutir o caso: uma exegese destinada a proclamar a verdade sobre a doença (mesmo que essa verdade contrarie os interesses do próprio doente que, às vezes, não é sequer consultado); ou ainda, uma conferência em que o saber médico pontifica sobre todos os demais, transformados em forças acessórias que devem contribuir para um objetivo que, no entanto, é eticamente discutível⁴⁶.

O que fez o analista, então? Cedeu ao pedido de sua paciente, para vê-la, contudo, reagir a isto se afastando da análise por várias semanas. O que não se configurou depois como um rompimento, porque Silvia terminou voltando à análise; ela continuava, “sob transferência”. Mas, se acompanharmos a reflexão de McDougall, o que mantinha Silvia pendurada à análise era da ordem de um fundo desespero que acomete o normopata de ver-se completamente sem saída, e que o faz preferir agarrar-se à “bóia de naufrago” que a análise representa.

Quanto ao analista, parece que este não conseguiu descolar-se de um sentimento de *urgência* que o invadiu desde o primeiro momento em que veio à tona a doença de Silvia. A decisão de conversar com médicos e familiares não é contestável *a priori*; porém, quando

⁴⁶ A medicina atual encontra-se de tal modo enredada com uma “ética afirmativa” em relação à vida que ela chega a nos acenar com uma “vida sem corpo”, ou ainda, com uma morte que “não sabemos morrer”, como atestam as impensáveis situações de prolongamento das funções vegetativas que fazem o cotidiano das UTIs. Talvez este seja um problema inerente às éticas afirmativas de um modo geral que falam de um “direito à vida”, lado a lado como o imperativo de que “devemos “ viver a qualquer preço. Há uma contradição entre respeitar a liberdade humana e considerar a vida como valor inegociável. Pois, se o respeito à liberdade é um princípio fundamental, o imperativo que nos obrigaria a viver não poderia ser “eticamente” formulado, mas apenas “juridicamente” formulado, como se lê em Rousseau (1762): a conservação da vida transforma-se em questão civil, fortemente ligada à constituição do corpo político. Doravante, todo aquele que não cuida de si mesmo ou que desdenha do seu próprio corpo, investe contra o “pacto social”! Na sociedade da saúde perfeita, isto é levado por alguns ao pé da letra. O que permite entender a indignação do médico no diálogo telefônico com o analista: como paciente deprimida que reluta em tratar-se, Silvia incorre numa falta moral; mas, o analista, se compactua com esta decisão, comete nada menos do que um crime.

revista á luz das interpretações que se sucederam, parece compor um quadro (contratransferencial) em que predominava, da parte do analista, uma necessidade de exortar, sugerir paciente um determinado estado mental que ele julgava melhor para ela. “Manipulação” é a palavra.

Caper nos lembra, a propósito, que é legítimo que o analista espere que a interpretação diminua a ansiedade do paciente (ou que a produza quando estive ausente), mas, jamais distorcê-la na tentativa de *fazer* o paciente mais ou menos ansioso: “qualquer coisa na interpretação que a desvie da mera descrição da realidade psíquica inconsciente do paciente deixa de ser uma interpretação e passa a ser algo mais: uma tentativa de *manipular* a mente do paciente” (CAPER, 1999, p. 201, grifo meu).

O que moveu o analista foi a de fazer sua paciente menos “angustiada”, e ele o fez com palavras que equivaliam a tocá-la (manipulá-la) num ponto particularmente sensível. Pelo menos nesse instante, podemos dizer que o analista deixou de ser continente das projeções de sua paciente (receber os “elementos-beta”, na terminologia de Bion, para, mediante sua “função-alfa”, convertê-los em algo sobre o que a paciente poderia pensar criticamente). Como diz Caper:

*“A transformação do delírio que o paciente induziu no analista em algo sobre o que se pode pensar ou interpretara é o que significa continência, para Bion. Continência é o contrário do estado mental em que o analista se encontra quando sob o domínio da transferência (elementos-beta projetados): quando o analista conteve de forma bem sucedida as projeções do paciente, é capaz de pensar claramente sobre seu próprio estado mental e não tem **urgência** em alterar o do paciente”* (CAPER, 1999, p. 200, grifo meu).

Urgência, do latim *urgere*: apertar, comprimir, impelir, ameaçar, insistir.; o que não pode esperar; o que se faz indispensável, sem demora (HOUAISS, 2001, p. 2811). A palavra “urgência” definindo, a meu ver, o que predominou na resposta do analista, Caper relaciona à perda da capacidade de oferecer continência e, por extensão, de exercer a função alfa, nos termos de Bion. Ora, não há palavra que melhor represente o léxico do discurso médico do que esta: urgência. Tão representativa quanto esta outra expressão da medicina atual que freqüentou a análise de Silvia: “ressonância magnética”.

Se pudermos acompanhar Winnicott, diríamos que o analista de Silvia não pôde reunir os diversos elementos cindidos como “aspectos da transferência”, pois ele próprio se comportou como um agente, entre todos os demais.

O que se passou com Jonas foi algo diferente. Certamente também faltou a mim, sua “baleia-analista”, exercer a função de continência num dado momento crucial da análise. Neste momento, em que espero avançar um pouco mais na compreensão das razões que fizeram afrouxar os nós apertados pela transferência e contratransferência, penso que a maioria delas poderia ser condensada sob um único tema: o do “silêncio”. Silêncio do sintoma somático, silêncio do analista (que no momento oportuno, não interpretou como poderia ou deveria). Em meio às duas pontas de “silêncio”, o que se produziu foi uma crise de angústia, ruidosa e estridente.

Quando sobreveio o primeiro diagnóstico do cardiologista, o paciente encontrava-se num momento de transição existencial delicada; Às vésperas de se aposentar de forma compulsória, estava se sentindo profundamente ferido, porém criara para si uma versão edulcorada de toda a história, transformando-a numa feliz oportunidade de “usufruir a vida”. Uma operação mágica pela qual o vinagre do momento se transmutava em vinho.

Sua indiferença para com as questões de saúde e a crítica ao comportamento dos amigos mostram que se tratava, muito possivelmente de uma defesa maníaca, com os clássicos elementos de negação, triunfo e desprezo. Naquele ponto, a auto-ironia presente no jogo de palavras “gorda aposentadoria, uma mulher gorda” foi um lampejo que iluminou a verdade emocional latente: a percepção de envelhecer, de ser humilhado, a impotência, tudo o que não aparecia no discurso manifesto estava ali, condensado no chiste⁴⁷.

Havia algo em Jonas que o impedia de haver-se com a perda e o luto que precisaria ser feito (ele, simplesmente, relutava em “enlutar-se”); uma dificuldade que ligava-se aos afetos ambivalentes em relação à mãe, como pude perceber algum tempo depois ao considerar o conteúdo de minhas próprias associações. Sua “crise de idade-dobradiça” (FERRO, 2005), portanto, tinha raízes edipianas profundas e requeria muita elaboração e análise. Nesse momento Jonas produziu um sintoma psicossomático característico, um extenso eczema tópico que se alastrava por seu tronco, pescoço e chegou ao rosto. Não passou despercebido

⁴⁷ A situação, em seu conjunto, lembra uma descrição clínica de Antonino Ferro sobre a “crise de idade-dobradiça”, que pode acometer certos indivíduos, a cada ciclo de vida ou, por exemplo, quando se aposentam: ela se caracteriza pela dificuldade em atravessar a *mudança catastrófica* (nos termos de BION), na qual coexistem “o luto pelo que se perde, a disponibilidade pelo novo e a capacidade de metabolizar as emoções que surgem” (FERRO, 2005, p. 143). Tais crises podem se apresentar como “construções maníacas de juventude” ou assumir a forma de uma “viagem nostálgica de elaboração” (*op.cit.*).

ao analista a coincidência entre o aparecimento do eczema, as circunstâncias da vida do paciente e seu percurso na análise. Mas o que intrigava a mim, enquanto analista, era, sobretudo, o silêncio que isto merecia da parte dele, como todas as outras manifestações somáticas que se seguiram; Jonas não fazia nenhuma menção ou associação sobre o que se passava com seu corpo (e mesmo quando a condição concreta dos sintomas não pôde mais ser negada, ele deles falou sem relacioná-los, nem remotamente, ao que estava vivendo).

Mas, afinal, não é este o traço marcante dos sintomas somáticos que podem incomodar deveras o analista? No sintoma psicossomático nos encontramos com o oposto da hipocondria que, segundo Pontalis, representa sempre um caso de “amor ciumento do sujeito com seu próprio corpo” (PONTALIS, 2000, p. 48). Enquanto na hipocondria são os órgãos que reivindicam sua autonomia ou o direito à palavra, para serem enfim reconhecidos, “queridos e respeitados,” na doença psicossomática a maior ameaça é exercida, justamente, pelo silêncio: os órgãos nada dizem e o paciente parece ignorá-los. A palavra e a linguagem estão esvaziadas de qualquer significação afetiva.

Sim, era esse corpo a caminho de ser “deslibidinizado”, no pólo oposto do sintoma conversivo e da hipocondríase, o que Jonas vinha trazendo para a análise no momento em que foi colhido pela má notícia do problema em seu coração. Além do vários sentidos que isto poderia ter em sua vida, o problema cardiológico cobrou-lhe um preço adicional: deixar de fumar.

Eis uma situação aparentemente banal, com a qual nos deparamos inúmeras vezes na clínica. Dentro de uma racionalidade estritamente médica, era o que o paciente deveria fazer com maior ou menor esforço. Acontece que Jonas era um dependente de cigarros, e sua vida psíquica estava marcada por esta condição. A palavra médica fulminou-o como um raio. Creio que este é o ponto em que as questões contratransferenciais começam a influir ainda mais perturbadoramente com as capacidades do analista. Uma breve recapitulação do significado clínico da adição nos permitirá enxergar como Jonas desembocou em sua crise de angústia e como seu analista contribuiu para levá-lo a esta condição de desamparo, paralisado que estava pela lógica do risco.

Vimos que, muito embora o termo “adição” tenha origem etimológica na “escravidão”, não é assim que o sujeito adicto vê seu objeto: ele o investe de qualidades e virtudes benéficas, o que equivale a dizer que o objeto da adição é vivenciado como essencialmente bom (MCDOUGALL, 1995, p. 198). A economia aditiva teria como principal meta a descarga rápida de toda tensão psíquica, interna ou externa, sejam angústias neuróticas, psicóticas, angústias de fragmentação ou depressivas. Tudo se ancora na ilusão de

reencontrar o paraíso perdido na vida infantil, revestindo-se a droga desta capacidade precária de preencher a função de um ambiente materno, jamais experienciado. Não são objetos transicionais, mas objetos falhos e transitórios, pois constituem alternativas mais somáticas do que psicológicas de lidar com a ausência. Lembremos, ainda, resumidamente, que, para McDougall, os pacientes adictos padeceram de uma ausência da “mãe suficientemente boa”, no sentido winnicottiano; uma falha ambiental que acarreta uma ausência de representações internas da mãe e, posteriormente, do pai, torna estes indivíduos incapazes de conter a dor mental e os estados de excitação, em geral; são indivíduos nos quais não se desenvolveu a “capacidade de estar só” (WINNICOTT, 1951).

Quando da ruptura com a adição ao cigarro, Jonas a vivenciou como catastrófica, um empurrão para a beira do precipício. Voltou-se para seu analista à espera de uma palavra redentora, ou de uma força que viesse impulsioná-lo. Mas, impulsioná-lo... em qual direção? Como o analista poderia participar desse projeto salvacionista que se punha em marcha, se, como diz McDougall, a análise não substitui nem os “Fumantes anônimos” nem os centros de recuperação de dependentes? O tratamento pela psicanálise, como ela bem lembra, “só é potencialmente eficaz se o paciente quiser realmente descobrir por que recorre ao objeto adictivo” (MCDUGALL, 1989, p. 110). Não somos capazes de ajudar o paciente quando, diante de uma tendência aditiva, ele busca no processo de análise, “não um conhecimento *acerca de si mesmo, mas uma determinação — mais forte do que a sua própria*” (op. cit., grifo meu).

No momento em que “deixar de fumar” surgiu imperativamente como questão de vida ou morte, embasada pelo discurso médico, uma pressão terrível despencou sobre Jonas e o fez desmoronar. Daquele momento em diante, sua vida se modificaria bastante e a própria história de sua análise ingressou numa nova etapa. E, por efeito dela, o impacto sob a transferência não foi o de contribuir para um processo de elaboração, mas poderia ser definido do seguinte modo: Jonas deixava de ser um *somatizador silencioso* para se transformar num *atormentado de seu próprio corpo* e num *atormentador do corpo alheio* (do analista). Sim, enquanto analista, eu me senti corporalmente afetado por aquele pequeno cataclismo e é o que tentarei explicar a seguir.

É importante ressaltar que a crise de angústia de Jonas irrompeu contra o pano de fundo de silêncio em que medravam os sintomas somáticos (o eczema de pele, por exemplo) e o silêncio associativo dos últimos meses de análise. Mas, a crise de angústia não era tentativa de sentido; ainda que se apresentasse como um grito lancinante, saído de dentro de poço

escuro e profundo, continuava a ser uma resposta equiparável ao evento somático (quero dizer, fora dos circuitos da linguagem e da simbolização).

A descrição que Freud nos oferece da neurose de angústia enquanto neurose atual, que é particularmente ilustrativa destas passagens na clínica (FREUD, 1926). Porque as neuroses atuais representariam uma impossibilidade de inscrever o excesso de excitação em séries simbólicas capazes de neutralizá-la, esta se descarregaria sobre o corpo de forma torrencial e violenta. O ego não consegue precaver-se do perigo pela antecipação sob o modo da angústia-sinal e, assim, acontecimentos não “pressentidos” são como terremotos, como abalos sísmicos de enorme potencial traumático. Eis, resumidamente, um dos aspectos mais característicos da síndrome do pânico.

Compreende-se a razão pela qual Jonas, diante da experiência avassaladora da angústia, buscou desesperadamente uma prova de que seu analista estava ali e o acompanhava naquela “viagem” (na separação do objeto adictivo). Talvez, ele até alimentasse alimentando a ilusão de que eu o protegeria da queda vertiginosa que se avizinhava. Hoje parece claro como uma manhã de sol: do fato de haver uma transferência desse tipo em curso, havia expectativas do paciente quanto a poder “contar” comigo e com a análise naquele momento particularmente difícil de sua vida. A crise de angústia é um desses momentos cruciais (como alguns dos momentos vividos por Sílvia) que podem exercer uma pressão razoável sobre o analista no sentido de *extrair-lhe uma resposta*.

O que se espera, a princípio, é que o analista não responda como alguém íntimo ou familiar, nem dê uma ressonância pessoal e simétrica. Do analista se espera, nada menos, que uma resposta condizente com a situação analítica, com a manutenção do enquadre, ainda que ele se veja confrontado diretamente pela irrupção dos afetos do paciente e dos seus próprios; que re-instaure, se preciso for, as condições para que a análise prossiga, caso esta tenha sido ou momentaneamente abalada ou destruída. Aqui reencontramos a idéia central formulada por Paula Heimann (1950) acerca da contratransferência, a de que o analista deve saber utilizar sua resposta emocional como uma chave para o inconsciente do paciente. Pierre Fédida propõe que se vá além, e que se faça da contratransferência e da angústia contratransferencial uma espécie de “lugar de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento” (FÉDIDA, 1988, p. 71). Trata-se, segundo ele, de uma “*clínica da contratransferência*” articulada à “*metapsicologia da angústia*”. Ouçamo-lo:

*“O modelo implícito da contratransferência é o de uma relação fictícia mãe-filho onde a mãe se faz receptora do que acontece com seu filho: experimenta uma angústia que a desperta para o perigo, que aumenta a acuidade da percepção de si mesma e do filho, restitui a este, através de palavras e de gestos adequados, a significação distinta do que ele experimenta, portanto, sem confusão com a própria. Dito de outra forma, a angústia contratransferencial do analista poderia ser, idealmente, a de uma mãe capaz de ressonância com o estado da criança, de continência das energias desta angústia, de metabolização e metáforização dos afetos confundidos que tendem a transbordar na criança(...) Nestas condições a angústia contratransferencial não aparece apenas como uma resposta, mas sim como um **momento crítico de atenção e, assim sendo, como instante analítico de constituição da interpretação**” (FÉDIDA, 1988, p. 75, grifo do autor).*

Sim, é possível considerar a possibilidade de um uso virtuoso que o analista poderia fazer de sua própria angústia contratransferencial.

No entanto, a angústia contratransferencial que surgiu no decorrer da análise de Jonas não pode ser utilizada no sentido sugerido por Fédida. Em lugar disso, ela se impôs como **silêncio do analista**, no momento em que caberia uma **interpretação**⁴⁸. Silêncio, portanto, ruinoso para o paciente.

Como isso se produziu? Quando o futuro de Jonas foi posto sob caução pela autoridade médica, em razão do aparecimento da arritmia cardíaca (assim recebemos a notícia, ele e eu), não consegui compreender que ele estava vivendo uma verdadeira “hemorragia narcísica”, e que sua possibilidade de triunfar (maniacamente) estaria bastante diminuída a partir dali. Não pude ajudá-lo a costurar a situação presente á situação edipiana que ele vinha trazendo desde o período inicial de sua análise; o que me impediu, creio ter sido uma identificação muito forte, quase corporal, com esta condição trágica de ser ele um homem que não teria tempo de resgatar sua cota de futuro: “gordo” ou “magro”, não haveria futuro, a menos que... Ele se comportasse bem! Isto logo recebeu uma tradução material e concreta: a proibição de fumar veio, então, em seguida, como o desdobramento lógico de um

⁴⁸ Não podemos conceber “silêncio” e “interpretação” como um par de opostos: André Green nos ensina que o silêncio não é apenas vazio ou abstinência verbal; ele é também, “parte do enquadre psicanalítico e solidário de todos os outros parâmetros que compõem a situação analítica”. O silêncio do analista é indutor de movimentos de pensamento endereçados a esse objeto inacessível, que retornam sobre o analisando, encadeando-se a outros, sem relação aparente com os precedentes; esse silêncio torna-se, então, como a tela de fundo sobre a qual se desenrola o pensamento associativo” (...)“ Assim como o sonho é o guardião do sono, o analista é o guardião do enquadre, cujo silêncio é o principal parâmetro” (GREEN, 1979, p. 15). Do mesmo modo, interpretação não é todo palavreado proferido pelo analista: há sempre que diferenciar, a “palavra plena”, da “palavra vazia” (*op.cit.*).

processo sacrificial em que ele trocava a vida por algo muito valioso. Jonas caminhou para ele a passos lentos, hesitando entre fazer sua ou depositar em outros (na mulher, na filha, em mim) esta decisão.

Não me manifestei quanto a ela, por que não caberia a mim fazê-lo, enquanto analista (numa sessão após da crise, ele veio dizer-me que esperava apenas que eu o apoiasse em “sua” decisão; o que marcava uma superação da fantasia tipicamente esquizo-paranóide de que éramos “um” a decidi-lo). Mas, em verdade, eu estava fazendo mais do que isso: eu estava convencido internamente que o cigarro iria “matá-lo”; resolvi, então, que Jonas deveria lutar com todas as forças contra a adição ao cigarro, como uma forma de sobrepujar as adversidades todas de um só golpe; seria esta sua resposta ativa contra tudo e contra todos; assim, minha “não-resposta” foi uma forma de construir com ele uma aliança que deveria brilhar pela ausência, como um farol-guia na escuridão: “siga em frente, sobreviva”.

É nesse sentido que digo que meu silêncio foi prejudicial a Jonas e diretamente vinculado à lógica do risco que principiou de uma sentença médica, aparentemente racional e corriqueira. Silêncio não apenas pela interpretação que não se realizou, mas pela interrupção/bloqueio no intenso trabalho de elaboração interna a que um analista deve se dedicar... quando está em silêncio. As duas coisas parecem ter faltado no momento crucial da análise de Jonas. O silêncio, naquele contexto, teve um caráter de defesa ou de fuga para salvaguardar a minha pele (a pele de analista, ex-fumante, em perigo) enquanto o paciente era deixado ao desamparo.

Quer dizer com isto que, não fosse a identificação com o discurso médico, eu poderia tê-lo ajudado a atravessar esse período de sua vida de um modo diferente. Eu não poderia afiançar-lhe nada quanto a viver ou morrer, caso ele continuasse a fumar por mais algum tempo. Mas o médico poderia? A medicina lida com problema da adição ao cigarro como a questão de uma vida a ser reprogramada, cognitiva e moralmente. E o que pretensamente a autoriza a fazê-lo é uma forma de apresentar o “diagnóstico”, no qual os riscos potenciais transformam-se em evidência irrefutável.

O ficou claro logo depois é que Jonas não reunia as condições psíquicas para empreender esta separação do objeto aditivo tal como ela se deu e, isto sim, levou-o a defrontar-se com a morte num sentido, não só imaginário mas real (Jonas esteve próximo de uma síncope, com suas gordas coronárias por um fio).

André Green afirma que o trabalho do analista é *conflituoso*, enquanto “produto de uma luta constante entre o ouvir, o mal-ouvido, o não ouvido, o nunca ouvido, o inaudível —

porque não perceptível —e o horror provocado pela audição” (GREEN, 1979b, p. 34, grifo do autor).

Talvez seja possível aduzir, com licença para alguma ironia, que este trabalho pode ser também *perigoso* se ele resulta *ensurdecedor*. É o que se passa quando nos alcança em nosso próprio corpo, pele e vísceras, quando nos vemos tocados e identificados com a dor de um outro que está em posição de receber o vaticínio sobre a saúde e a doença, a vida e a morte, na *sociedade do risco*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final de uma obra, alguns escritores dão testemunho do alívio que se experimenta quando se pode ver que ela resultou num todo harmônico e coerente. Demorei a compreender que este sentimento também se aplica ao mundo das teses acadêmicas até que pude encontrá-lo nos olhos de alguns colegas de pós-graduação que terminavam seus trabalhos e de vivê-lo, eu próprio, ao escrever estas páginas finais. Ele nada tem a ver com sentimento clássico da “missão cumprida”, diante de uma obrigação pessoal da qual estamos em vias de nos livrar; menos ainda, com a certeza (que não tenho) de ter produzido algo de valor como conhecimento, ou de haver confirmado hipóteses inicialmente formuladas. O alívio é de outra ordem, mais básico: refere-se à necessidade que temos de enxergar harmonia e coerência em cada coisa que erguemos ou construímos. Uma necessidade estética, portanto. Quando Hanna Segal (1952, 1991), ao refletir sobre o significado da arte lhe atribui uma função essencial de reparação simbólica⁴⁹, ela está próxima de definir o que aqui pretendo nomear com a palavra “alívio”: o esforço para produzir algo que seja portador de alguma harmonia, não uma harmonia estática e acabada, mas uma **harmonia vital**, como disse Paul Klee em seus *Diários*, “porque feita de partes que são elas mesmas, incompletas, e postas em harmonia na última pincelada” (KLEE, 1919).

Que não soe descabida ou pretensiosa esta reivindicação de “beleza” quando se sabe que uma tese acadêmica deve comprometer-se fundamentalmente com a “verdade”, ainda que sua própria verdade (a proposição de um problema, uma argumentação consistente a partir dos elementos conceituais adequados, o encaminhamento de uma solução, etc.). Mas, insisto que a harmonia e coerência tornaram-se preocupações importantes no âmbito desta pesquisa. E outro modo de dizê-lo seria por meio de uma analogia com o universo dos processos naturais: quando ainda estão germinando, certas idéias são como crisálidas⁵⁰: é preciso esperar certo

⁴⁹ “Todo ato de criação, no fundo, tem a ver com uma memória inconsciente de um mundo interno harmonioso e com a experiência de sua destruição — isto é, com a posição depressiva. O impulso é de recuperar e de recriar esse mundo perdido. Os meios para alcançar isto têm relação com o equilíbrio entre elementos *feios* e elementos *belos*, de modo que possam evocar no receptor uma identificação com este processo. A experiência estética no receptor envolve trabalho psíquico. E isto a distingue do mero entretenimento ou do prazer sensorial” (SEGAL, 1991, p. 103, grifos do autor)

⁵⁰ Crisálida: “pupa dos insetos lepidópteros; estado intermediário de metamorfose entre a fase de larva ou lagarta e a fase de imago ou inseto adulto; no sentido figurado, coisa ou propósito em recolhimento e imobilidade, em estado de preparação, em expectativa de ação ou revelação” (HOUAISS, 2001, p. 872).

tempo de gestação e imobilidade até que o casulo se rompa para sabermos o que virá à luz, se uma borboleta ou uma mariposa.

Quando formulei a idéia de uma lógica impeditiva da relação analítica associada a um determinado contexto social e cultural, ela me pareceu uma crisálida de alto risco — risco de produzir um “objeto voador não identificado”. Agora, no entanto, confortaria saber que o *O.V.N.I.* consegue, ao menos, sustentar-se no ar, o que significa bater de forma articulada as duas grandes *asas* de que ele é feito: a clínica psicanalítica (os casos apresentados e discutidos), e o entorno social e cultural (que aqui explorei sob a ótica da cultura do risco, nas situações de tratamento simultâneo, pela psicanálise e pela medicina). Fui, alternadamente, de um terreno a outro, até mesmo quando discorri sobre os casos clínicos.

Busquei investigar as dificuldades e impasses gerados por esta nova realidade, a de uma clínica psicanalítica a ser exercida em regime de coexistência com os tratamentos médicos, sobretudo, o farmacológico. O interesse maior foi o de iluminar o que se passa com o processo transfero-contratransferencial nestas situações.

Isto implicou uma incursão pela história da medicina moderna até os dias atuais, e uma análise das representações da saúde e do corpo na sociedade contemporânea. No caminho, sublinhei a estreita ligação entre os valores disseminados pelos discursos médicos e a concepção cognitivista e, além disso, a ressonância que ela guarda com o conceito clínico de pensamento operatório: é marcante como os discursos e as práticas consagram um modo operatório de se lidar com as questões da saúde e do corpo, caracterizando-as, em seu conjunto, como uma pragmática da sobrevivência, inteiramente depurada do afeto — esse terrível elemento poluidor da ação humana! A metáfora computacional que inspira o cognitivismo é a medida (derrisória) desta pretensão.

Do outro lado, procurei situar a experiência da psicanálise, considerando-a em sua dimensão terapêutica, seu compromisso ético e seus fins: ela caminha no sentido de preservar seu contato com o mundo dos afetos e com a dimensão pulsional, sem o que o uso da linguagem na relação intersubjetiva perderia a possibilidade de propiciar simbolização, criação, *poiese*.

O analista é aquele de quem se espera que exerça suas capacidades em proveito deste processo de transformação. Sua resposta emocional ao que lhe é comunicado ou projetado inconscientemente pelo paciente deveria, a princípio, quando devidamente elaborado/metabolizado (para ficarmos no terreno da analogia bioniana com o aparelho digestivo), converter-se num modo privilegiado de acessar certos conteúdos e dimensões da vida psíquica do paciente e, ao mesmo tempo, abrir caminho para uma comunicação ainda

mais rica e útil entre ambos. Na tradição aberta por Paula Heimann, a resposta emocional seria a “principal ferramenta de trabalho do analista” e um “instrumento de investigação do inconsciente” no interior da situação analítica.

Porém, sem prejuízo desta concepção e de outras que enfatizam virtudes e ganhos, há que se considerar a possibilidade de que a resposta emocional seja, para o analista, não exatamente um guia confiável, “mas o pior dos seus mestres” (SEGAL, 1977). Talvez, um bom termômetro dos riscos que rondam a contratransferência seja aquele que Jean-Bertrand Pontalis sugeriu, com fina ironia: quando as palavras a que recorremos para nomear respostas subjetivas induzidas no analista pelo paciente vão de “atrapalhado” a “paralisado”, “petrificado”, “bombardeado”, “confuso”, “helpless”, etc., não estamos mais diante de uma vaga “impotência”, mas em vias de enfrentar um estado “sem recurso e sem socorro do analista atingido em seu próprio *corpo*” (PONTALIS, 1974, p. 221, grifo do autor). Os casos de Silvia e Jonas parecem ser desta ordem.

O fato é que a contratransferência é importante, senão decisiva, seja na clínica dos pacientes somatizadores, seja a condução do tratamento daqueles que apresentam alguma forma de doença normótica. Ao longo desta dissertação procurei demonstrar como e porque ambos os grupos são candidatos potenciais às situações dúplices de tratamento.

A meu ver, o privilégio concedido à dimensão contratransferencial nestes casos justifica amplamente a escolha de Joyce McDougall: afinal, trata-se de um autor em cuja reflexão teórico-clínica, que já se estende por quatro décadas, pode se ver a defesa corajosa e o relevo concedido ao uso da psicanálise nestes casos, desde que o analista seja capaz de suportar os “teatros do corpo” ou os “dramas do psicossoma”. Partindo da aceitação prévia de alguns conceitos seminais da Escola Psicossomática de Paris (como o de *pensamento operatório*, por exemplo), McDougall, no entanto, modifica fundamentalmente a concepção de Marty e colaboradores em dois momentos: 1). Ao postular uma função defensiva para o sintoma psicossomático; 2). Ao atribuir um “sentido” para este mesmo sintoma, sentido que poderia ser “construído” por meio de e através do dispositivo analítico.

Quando formula sua hipótese etiológica para estes transtornos, são as concepções de Winnicott sobre as relações psique-soma que certamente a inspiram: McDougall pressupõe que uma cisão teria se produzido nos primeiros estágios do desenvolvimento, na relação com a mãe, obrigando o bebê a defender-se da ameaça de ruptura narcísica precoce; como uma herança do trauma, persiste a ameaça de aniquilação subjetiva que o acompanhará para sempre.

Por outro lado, a impossibilidade de lidar com a dor psíquica conduziria a modos de funcionamento **desafateados**, como meio de livrar o sujeito do sofrimento ligado a experiências vividas que, no entanto, permanecem “irrepresentáveis”. Nesse sentido, o adoecimento psicossomático não seria decorrente de uma desorganização progressiva do psiquismo (como proposto por Pierre Marty e seguidores), nem manifestações de um conflito inconsciente, mas um distúrbio na **economia do afeto**. O corpo torna-se o palco de um combate; é ele quem recebe a descarga e o peso do que não pode ser simbolizado.

Lembremos que para a autora, o termo “psicossomático” tem outra amplitude, abarcando tudo aquilo que do ponto de vista da economia psíquica atinge o corpo real: as manifestações autonômicas, a predisposição aos acidentes que porventura poderiam acometer esse corpo em seus deslocamentos no espaço, implicando-o em cada conseqüência de seu ir e vir pelo mundo; as falhas do sistema imunológico que o expõem a agentes externos, os comportamentos que implicam algum risco voluntário. As adições seriam igualmente manifestações psicossomáticas, pois que representam tentativas de superar a dor psíquica por meio de substâncias externas que agem sobre o corpo.

Mcdougall descobre uma **potencialidade psicossomática** em cada um de nós, para não dizer uma **dimensão somatizadora** que guardamos como “saída” diante de certas experiências afetivas impactantes.

Desta economia do afeto, profundamente perturbada e perturbadora, a contratransferência seria uma das vias privilegiadas de reconhecimento, de diagnóstico, acesso e intervenção.

Por outro lado, recorri às reflexões sobre a normopatía e à doença normótica, enquanto formações subjetivas que também desafiam as capacidades do analista e o convocam a usar sua resposta contratransferencial em favor do trabalho analítico. Certamente, o caminho de avaliar o modo como está sendo “afetado” pelo paciente, será extremamente útil para o analista nestes casos, poderá iluminar o terreno onde se dá a transferência e auxiliá-lo na condução do tratamento. Mas, além disso, as normopatías ilustram um dos mecanismos mais comuns e operantes que participam das condições de subjetivação contemporânea. A sobre- adaptação à realidade é um valor em si, promovido e incensado pelos discursos médicos no âmbito da saúde.

O conceito de normopatía foi revisitado por este autor em diversos textos, desde sua magistral descrição do “antianalisando em análise” (Mcdougall, 1978), e sempre a partir de observações clínicas da dinâmica transferencial-contratransferencial destes pacientes. Sem

retomá-lo aqui, gostaria, no entanto, de destacar um aspecto desolador desta “normalidade”, sob a qual se esconde uma perturbação psíquica grave e potencialmente mortífera: a defesa contra os afetos insuportáveis surgidos de uma experiência objetal traumática obriga a que o normopata estabeleça uma radical **recusa da alteridade**. Por esta via, diferentemente de uma rejeição ou de um recalque, **o outro se torna, para o normopata, um objeto para sempre “perdido internamente”**. Desse modo, passa a ser impossível uma identificação com o outro, e tudo o que ele pode alcançar é medir-se com uma réplica de si mesmo. O normopata é aquele que experimenta uma ameaça constante a seu sentimento de integridade e identidade e a recusa da alteridade é o que lhe resta para garantir precariamente sua própria **sobrevivência psíquica**.

Neste sentido, seria possível afirmar que a normopatia e a doença normótica guardam um parentesco com o que o psicanalista Alan Bass chamou de “**patologias da realidade**” (BASS, 2000). A expressão, bastante certa e feliz, refere-se à condição subjetiva de pacientes que permanecem excessivamente aderidos ao que se mostra como sendo real ou a um aspecto específico da realidade — os chamados “pacientes concretos”. O autor nos mostra que, no fundo, a adesão maciça a uma dada realidade ou a um fragmento dela, podendo atingir uma intensidade quase alucinatória, representa uma poderosa defesa contra o reconhecimento da **alteridade** e da **diferença**. A fixidez, a aversão ao caráter mutável do mundo, a impossibilidade de brincar ou jogar no sentido winnicottiano, seriam os marcos desta condição subjetiva.

Ao comentar o texto de Bass e o conceito freudiano de *Verleugnung*, Figueiredo observa que **Eros é o portador da diferença** e que isto comporta “o prazer e a dor, um aumento de tensão, o rompimento de um equilíbrio, comporta, enfim, a *dimensão do traumático*” (FIGUEIREDO, 2003, p. 72, grifo meu).

Ora, certa dimensão traumática é, portanto, intrínseca à vida psíquica. E todo mecanismo de defesa que se levante contra a diferença — o “trauma de Eros”, na expressão de Alan Bass — de modo a evitá-lo absolutamente, tende a conduzir a subjetividade a um beco sem saída, forçando-a a uma espécie de barganha profundamente desvantajosa (porque empobrecedora a longo prazo), barganha esta que assume contornos de um **drama faustiano**: estabilidade por rigidez, “saúde” por “sobrevivência”.

Ouso dizer que, no poema escrito por Goethe, o demônio (Mefistófeles) foi mais generoso com o Fausto: em troca de sua alma, deu-lhe, ao menos, vinte e quatro anos de uma vida para gozar, sem envelhecimento, dores ou sofrimento. Enquanto isso, o que se afigura

como saída para a subjetividade que não tolera a diferença ou a dúvida (a do paciente concreto), ou para aquele que não reconhece a alteridade do outro (o normopata), pode se revelar infinitamente mais cruel e estreita.

Parece ser esta a sina do agente idealizado pelos discursos sobre riscos — a quem Mary Douglas chamou de *risk-averse man*: premido pela necessidade de mover-se num terreno movediço e cambiante ele faz da **desconfiança**, nas suas mais variadas formas, um dos signos do mal-estar contemporâneo.

Porém, ao concluir, gostaria de voltar a uma questão que concerne ao exercício da clínica psicanalítica. Talvez, as situações dúplices nos permitam mirar algo desse futuro que se anuncia e cuja imagem é bifronte: de um lado, haveria o risco de uma assimilação pela prática psicanalítica de uma “**lógica da eficácia**” (André Green afirma que ela já abriga em seu interior uma corrente pragmática, favorável à simplificação da teoria e da prática em proveito da busca de melhores e mais céleres “resultados”); de outro, a possibilidade de que ela se deixe empurrar sutilmente para a vizinhança das **práticas alternativas e holísticas**, que se embebem da “experiência” e da comunhão com o “inefável”. Fábio Herrmann observa que, nestas últimas, o irracionalismo predomina, pretendendo uma clínica “puramente intuitiva, que vive do elogio da vivência emocional desordenada” (HERRMANN, 1997, p. 25).

Trata-se realmente de uma dupla tentação à qual a psicanálise deveria resistir? Ou de mais uma quimera? Será este o desfiladeiro onde aguardam os terríveis *Cila* e *Caribde*⁵¹ para a psicanálise dos novos tempos?

Não temos certeza quanto à inevitabilidade deste cenário. O que não impede que arisquemos uma observação mais assertiva: será apenas enquanto experiência terapêutica compromissada com o “irreconciliável” do pensamento (a que a razão cognitivista não pode aceder ou mesmo reconhecer), que a psicanálise se distinguirá das propostas de neutralização da *in-segurança ontológica* — parafraseando Giddens (1991) — que se baseiam numa permanente processo de depuração das incertezas, de contabilidade e assepsia em relação à vida.

⁵¹ *Cila*, o monstro mitológico, e *Caribde*, o gigantesco redemoinho, que Ulisses teve que superar em seu retorno a Ítaca.

Afinal, a sociedade que se guia pela evitação dos riscos, pela entronização da normalidade (*orthos*) e pelo gozo das potencialidades do corpo e da saúde do corpo mal esconde a dificuldade em olhar para o futuro.

É notável a observação de Anthony Giddens (2000) para quem a vida social sob a égide do *risco* é marcada pelo esforço de “colonizar o futuro”, por meio de um *provisionamento de segurança* que, no entanto, jamais se realiza. Talvez seja esta a razão pela qual as terapias comprometidas com a eficácia, por um lado, e as terapias holísticas, por outro (assim como boa parte da literatura de auto-ajuda que hoje se dissemina), recorram à “**esperança**” como palavra de ordem: há nelas um veio retórico que faz questão de “mostrar”— segredo de polichinelo — que o sujeito contemporâneo claudica justamente em sua relação com o futuro. E que é preciso “curá-lo” desta “doença”.

Sem dúvida, estamos no âmbito do conhecido projeto da modernidade que consiste em conjurar a incerteza e a contingência. Mas, nestes casos, é possível afirmar que a *cura* proposta tende a conjugar-se ora com ideais utópicos, ora com arranjos conservadores, ou horizontes edênicos de restauração de um mundo que se perdeu no passado; quando não, ela consagra certas respostas maníacas — pautadas por controle, triunfo, desprezo — diante de cenários de pânico e incerteza.

Pensemos, por exemplo, nas *condutas de risco*, nas manifestações coletivas que desafiam os limites da vida e da morte; pensemos como se elegem ídolos de ocasião ou objetos mágicos a que determinados indivíduos e grupos se devotam como sendo a solução definitiva contra a angústia do vazio que experimentam. Ali, em lugar da esperança como “princípio de funcionamento mental e estruturação subjetiva”, — princípio este governado pelo “particular encontro com o objeto primordial” ((FIGUEIREDO, 2003, p. 163) — o que se vê em movimento são tentativas de escamotear a **desesperança**⁵² que subjaz à procura infrutífera por moradas definitivas ou estáveis.

Quando, no entanto, o esforço é para neutralizar o insuportável frente a toda e qualquer espera (em indivíduos que não podem tolerá-la), quando prevalece o sentimento de impotência e o ressentimento que lhe é correlato, é lícito pensarmos que o apelo à esperança

⁵² Donald Winnicott (1949, 1963b) nos ensina que a desesperança (*hopelessness*,) no sentido de uma condição profundamente enraizada no psiquismo, liga-se à inexistência de um senso de segurança na continuidade do ser ou do *self*, de que padecem indivíduos expostos a traumas precoces e à relação com “maus” objetos. São condições extremas que configuram um grande desafio clínico.

só logrará trazer à cena aquilo que Espinosa um dia definiu como “paixão triste”⁵³: para Espinosa, a esperança é *má* se nos separa de nossa potência de agir ou nos condena à impotência.

Ora, se de alguma esperança se trata de evocar ao final deste percurso, que seja antes a de Manuel Bandeira que a de Espinosa. Cabe explicar que o poeta recifense passou os 82 anos de sua vida bem vivida, driblando o vaticínio médico de que morreria cedo, vitimado pela tuberculose. Uma vida inteira transcorreu sob o signo da doença e da morte próxima, e esta condição — que obviamente não explica a qualidade de sua arte — esteve intimamente entrelaçada à sua vocação e ao fazer poético.

O crítico Davi Arrigucci explica que “a experiência da doença deu um sentido à poesia dentro do quadro de uma existência humana particular, obrigando o poeta a responder a uma circunstância concreta e incontornável, que deixou traços profundos em sua atitude e em seu próprio modo de conceber o poético, sem falar no temário inevitável e recorrente da morte” (ARRIGUCCI, 2003, p. 259).

Foi assim que Bandeira desenvolveu uma aguda sensibilidade para os fatos banais da existência, humildade e alumbramento diante dos *pequeninos nadas*⁵⁴; foi assim, também, que ele aprendeu a se comportar “diante do que passa inevitavelmente rumo á destruição, obedecendo ao destino das coisas no tempo”, como diz Arrigucci:

*“sua valorização do que fica das catástrofes constantes da existência – o resíduo, o pequenino, o nada poético, o quarto, os elementos cotidianos, etc. – é uma manifestação básica dessa atitude, lentamente formada ao longo dos anos, revelando seu **senso do contingente** e, a uma só vez, seu senso de construção artística, com o qual busca superar a inevitabilidade trágica, fazendo da fraqueza (do que humildemente resta), força”* (ARRIGUCCI, op. cit., grifo meu).

Inspirado pela figura do poeta que, nada tendo de esguio ou ágil, ousou driblar a morte por tanto tempo — diria, mais para Garrincha do que para Pelé — gostaria de celebrar o reencontro da intuição que está origem a esse estudo: não será pela “colonização do futuro”,

⁵³ Em Espinosa, tudo o que é *mau* mede-se pela diminuição da potência de agir (no eixo da tristeza-ódio); tudo o que é *bom*, pelo aumento dessa mesma potência (alegria-amor). Daí, “sua denúncia radical das *paixões tristes*” (ESPINOSA apud DELEUZE, 2002, pág. 61).

⁵⁴ Lê-se em *Itinerário de Pasárgada*: “Minha poesia é feita de pequeninos nadas” (BANDEIRA, 1957, pág. 22).

nem pelo modo racional-operatório de contabilizar riscos que lograremos viver (ou sobreviver), mas pela *mise en oeuvre* da criatividade humana, sob o impulso de Eros.

Que a psicanálise nos auxilie a lidar com os produtos desta criatividade, em busca de melhores “itinerários” para *viver, amar e trabalhar*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- ARRIGUCCI Jr., Davi (1990). *Humildade, paixão e morte: a poesia de Manuel Bandeira*. São Paulo, Companhia das Letras, 2003.
- BAKHTIN, Mikhail (1968). *A cultura popular na idade média e no renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo, Hucitec, 1999.
- _____(1975). *Questões de literatura e de estética: a teoria do romance*. São Paulo, Hucitec, 1998.
- BALINT, Michael (1959). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.
- BANDEIRA, Manuel. *Itinerário de Pasárgada*. Rio de Janeiro, Livraria São José, 1957.
- BARANGER, Madeleine; BARANGER, Willy (1961). La situación analítica como campo dinâmico. In: *Problemas Del campo psicanalítico*. Buenos Aires, Kargieman, 1969.
- BASS, Alan. *Difference and Disavowal: the Trauma of Eros*. Stanford, Stanford University Press, 2000.
- BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- _____(2000). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001.
- BECK, Ulrich (1988). *La sociedad del riesgo*. Barcelona, Paidós, 1998.
- _____. Retorno a la teoría de la “sociedad del riesgo”. *Boletim de la A.G.E.* n.30, 2000, p. 9-20. Disponível em
- _____. Risk Society. In: FRANKLIN, J.(org.). *The Politics of Risk Society*. Londres, Polity Press-IPPR, 2001.
- BION, Wilfred R. (1961). *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
- _____. (1962a). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro, Imago, 2004.
- _____. (1962b). Uma teoria sobre o pensar. In: *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro, Imago, 1994.
- _____. (1970). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro, Imago, 1989.

BIRMAN, Joel (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. Relançando os dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In: VIOLANTE, Maria L. (org.). *O (im)possível diálogo psicanálise psiquiatria*. São Paulo, Via Lettera, 2002.

_____. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2006.

BOLLAS, Christopher (1987). *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro, Imago, 1992.

_____. (1992). *Sendo um personagem*. Rio de Janeiro, Revinter, 1998.

BOTELLA, César; BOTELLA, Sara. Irrepresentável: mais além da representação. Porto Alegre, Criação Humana, 2002.

BRITTON, Ronald (1998a). Complacência na análise e na vida cotidiana In: *Crença e imaginação: explorações em Psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 2003.

_____. (1998b). O elo perdido: a sexualidade parental no complexo de Édipo. In: BREEN, D. (org.). *O enigma dos sexos: perspectivas psicanalíticas contemporâneas da feminilidade e da masculinidade*. Rio de Janeiro, Imago, .

BROWN, Peter. *Corpo e sociedade: o homem, a mulher e a renúncia sexual no início do cristianismo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990.

BRUSEKE, Josef. *Risco e contingência*. Socitec e prints, vol. 1, número 2, Florianópolis, dez 2005. Disponível em www.socitec.pro.br.

CANETTI, Elias (1948). *Massa e poder*. São Paulo, Companhia das Letras, 2005.

CANGUILHEM, Georges (1948). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. (1988). A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2005.

CAPER, Robert (1999a). Uma teoria do continente. In: *Tendo mente própria: uma visão kleiniana do self e do objeto*. Rio de Janeiro, Imago, 1999.

_____. (1999b). Tendo mente própria. In: *Tendo mente própria: uma visão kleiniana do self e do objeto*. Rio de Janeiro, Imago, 1999.

_____. (1999c). Sobre a dificuldade de fazer uma interpretação mutativa In: *Tendo mente própria: uma visão kleiniana do self e do objeto*. Rio de Janeiro, Imago, 1999.

CASTEL, Robert (1981). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

- _____. (2005). *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.
- CASTIEL, Luis David; Povia, Eduardo Conte. *Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer": encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1), jan-fev, 2001.
- CHAVES, Ernani (1988). *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1988.
- COSTA, Jurandir Freire (2004a). A personalidade somática do nosso tempo. In: COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro, Garamond.
- _____. Notas sobre a cultura somática. In: COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro, Garamond, 2004b.
- CHALMERS, D. J. *A Computational Foundation for the Study of Cognition*. Disponível em: <http://consc.net/papers/computation.html>.
- COULTER, J. *Neural cartesianism: Comments on the epistemology of the cognitive sciences*. Em D. M. Johnson. & C. E. Erneling (Orgs.), *The future of the cognitive revolution* (pp.293-301). New York, Oxford University Press, 1997.
- CZERESNIA, Dina. *Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 447-455, mar-abril, 2004.
- DAMÁSIO, Antonio (1988). *O erro de Descartes*. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- DEBORD, Guy (1967). *A sociedade do espetáculo: comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro, Contraponto, 2002.
- DELEUZE, Gilles (1981). *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo, Escuta, 2002.
- DERRIDA, Jacques (1983). *A farmácia de Platão*. São Paulo, Iluminuras, 1991.
- DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aron (1982). *Risk and cultura: an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley, University California Press, 1982.
- DOUGLAS, Mary. *Risk and blame: essay in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
- ELIAS, Norbert (1939). *O processo civilizador I*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1994.
- FÉDIDA, Pierre (1988). A angústia na contratransferência ou o sinistro (a inquietante estranheza) da transferência. In: *Clínica psicanalítica*. São Paulo, Escuta, 1996.
- _____. (1996) A fala e o pharmakon. In: *Revista de Psicopatologia fundamental*, ano I, número 1, março de 1998.

_____. Avant-propos. In: *Demain, les psychotropes?* Paris, Presse Universitaire de France, 1998.

FERRAZ, Flavio Carvalho. *Normopatia: sobreadaptação e pseudoanormalidade*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

_____. A loucura suprimida: normopatia, pós-modernidade e instituições psicanalíticas. In: Fuks, Lucia B. & Ferraz, Flavio C (orgs). *Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo, Escuta, 2003.

FERREIRA, Arthur A. L. O surgimento da psicologia e da psicanálise nos textos da genealogia foucauldiana. *Revista Memorandum*, UFMG - USP, n. 10, abril -2006. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/ferreira03.pdf> 71

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

FERRO, Antonino (1997). *Na sala de análise: relatos, emoções, transformações*. Rio de Janeiro, Imago, 1998.

_____. (2005). *Fatores de doença, fatores de cura: gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*. Rio de Janeiro, Imago, 2005.

FIGUEIREDO, Luis Claudio M., (1992). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900*. São Paulo, Escuta, 1999.

_____. (1995). *Ética, saúde e as “práticas alternativas”*. In: *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo, Educ, 1995.

_____. (1999). *Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi*. São Paulo, Escuta.

_____. (2003a). Modernidade, trauma e dissociações. In: FIGUEIREDO, L. C. M. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo, Escuta.

_____. (2003b). O paciente sem esperança e a recusa da utopia. In: FIGUEIREDO, L. C. M. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

_____. (2003c). Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais, ou a chamada pulsão de morte. In: *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

_____. *A questão do sentido, a intersubjetividade e as teorias das relações de objeto*. Trabalho apresentado no 44. Congresso da IPA, Rio de Janeiro, 2005.

FOUCAULT, Michel (1961). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.

_____. (1974). O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1995.

- _____ (1975). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 2001.
- _____ (1976). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Vol. I. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- _____ (1984). *A história da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- FREUD, Sigmund (1900). La interpretación de los sueños. IN: FREUD, S. *Obras Completas I*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1912). *Sobre la dinâmica da transferência*. IN: FREUD, S. *Obras Completas II*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1914). Repetir, recordar, elaborar. In: FREUD, S. *Obras Completas II*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1983.
- _____ (1917). Duelo Y Melancolia. In: FREUD, S. *Obras completas II*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1919). Lo siniestro. In: FREUD, S. *Obras Completas III*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1919). Inhibición, sintoma y melancolia. In: FREUD, S. *Obras Completas III*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1928). El mal-estar en la cultura. In: *Obras completas II*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1932). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: FREUD, S. *Obras Completas III*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- _____ (1937). Construcciones em psicoanálisis. In: FREUD, S. *Obras completas II*. Madrid Biblioteca Nueva, 1981.
- FUREDI, Frank (2001). *Culture of fear: risk taking and the morality of low expectation*. Londres: Continuum, 2001.
- GADAMER, Hans Georg. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa, Edições 70, 1993.
- GIDDENS, Anthony (1990). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo, Unesp, 1991.
- GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich. *Modernização reflexiva*. São Paulo, Unesp, 1995.
- _____. Risco. In: GIDDENS A. *Mundo em descontrolado: o que a globalização está fazendo de nós*. Rio de Janeiro, Record, 2000.

- _____ (1999). *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GREEN, André (1973). *O discurso vivo: uma teoria psicanalítica do afeto*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.
- _____ (1975). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: GREEN, A. *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro, Imago, 1986.
- _____ (1979a). A Psicanálise e modos comuns de pensamento. In: GREEN, A. *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro, Imago, 1986.
- _____ (1979b). O silêncio do psicanalista. In: *Psychê*, ano VIII, n. 14, São Paulo, julho-dez. 2004, p. 13-38.
- _____ (1995a). L'intrapsychique et l'intersubjectif. In: GREEN, A. *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob, 1999.
- _____ (1995b). *La causalidad psíquica*. Madrid, Amorrortu, 1995.
- _____ (1997). *As cadeias de Eros*. Lisboa: Climapsi, 2000.
- _____ (2001). A crise do entendimento psicanalítico. In GREEN, André (org). *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.
- _____ (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris, Presse Universitaire de France, 2002.
- HARAWAY, Donna (1988). Manifesto ciborgue. In: HARAWAY, D. *Antropologia do ciborgue*. São Paulo, Autêntica, 2000.
- HELLER, Agnes & FERENC Fehér (1995). *Biopolítica: la modernidad y la liberacion del cuerpo*. Barcelona, Península, 1995.
- HERRMANN, Fabio (1997). *Psicanálise do cotidiano*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- HOUAISS, Antonio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- ISAACS, Susan (1952). Natureza e função da fantasia In: RIVIERE, Joan (org). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- JOSEPH, Betty (1975). O paciente de difícil acesso. In: SPILLIUS, E. B. (org.). *Melanie Klein hoje* vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- _____. (1985). Transferência: a situação total. In: SPILLIUS, E. B. (org.). *Melanie Klein hoje* vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- KLEIN, Melanie (1952). As origens da transferência. In: KLEIN, M. *Obras completas* vol. III. Rio de Janeiro, Imago. 1985 (a).

- _____. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. *Obras completas* vol. III. Rio de Janeiro, Imago, 1985.
- _____. (1952). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional dos bebês. In: RIVIERE, Joan (org). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982.
- _____.(1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. *Amor culpa, reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- _____.(1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. *Amor culpa, reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- KLEE, Paul (1908). *Diários*. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- KRISTEVA, Julia (1993). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro, Rocco, 2002.
- LASCH, Christopher (1970). *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- _____. (1977). *Refúgio num mundo sem coração*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- _____. (1984). *O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo, Brasiliense, 1986.
- LATOUR, Bruno (1992). *Jamais fomos modernos*. São Paulo, editora 34, 1994.
- _____. (1998). From the world of science to the world of research. *Science*, vol. 280, n. 5361, p. 208, 1998.
- LE BRETON, David. *Conduites a risque*. Paris: Presse Universitaire de France, 2002.
- _____. (1995). *Adeus ao corpo*. São Paulo, Martins Fontes, 1999.
- LUHMANN, Niklas. *Risk: a sociological theory*. New York, Aldine de Gruyter, 1993.
- _____. *Observaciones de la modernidad: racionalidad y contingencia em la sociedad moderna*. Barcelona, Paidós, 1997.
- LUPTON, Barbara (2003a). *Risk: key ideas*. Londres: Routledge, 2003.
- _____.(2003b). *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London, Sage, 2003.
- MARTY, Pierre e MÚZAN, M (1962). O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. XXVIII, 165, 174, 1994.
- _____.(1990). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

- MCDOUGALL, Joyce (1978a). *O antianalisando em análise*. In: MCDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre, Artmed, 1991.
- _____. (1978b). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre, Artmed, 1991.
- _____. (1989). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 2000.
- _____. (1995). *As múltiplas faces de Eros*. São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- MEZAN, Renato (1982). Psicanálise e psicoterapia. In: MEZAN, R. *A vingança da Esfinge: ensaios de psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.
- _____. *Freud, pensador da cultura*. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- _____. (1993). Psicanálise e neurociências: uma questão mal-colocada. In: MEZAN, R. *Tempo de muda: ensaios de psicanálise*. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.
- _____. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.
- MIJOLLA, Alain (2002). *Dicionário Internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 2005.
- ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bio-identidades. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(1): 59-77, 2003.
- PELBART, Peter P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo, Brasiliense, 1992.
- _____. *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo, Iluminuras, 2000.
- PEREIRA, Mario Eduardo C. *Psicanálise e psicofarmacologia: novas questões de um debate atual*. In: Cad. Da APPOA, Porto Alegre, n. 137, julho, 2005.
- PIGNARRE, Philippe (1996). *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo, Editora 34, 1999.
- PONTALIS, Jean-Bertrand (1975). A partir da contratransferência: o morto e o vivo entrelaçados. In: *Entre o sonho e a dor*. São Paulo, Idéias e Letras, 2005.
- _____. (1976). Sobre a dor psíquica. In: *Entre o sonho e a dor*. São Paulo, Idéias e Letras, 2005.
- _____. (1990). *A força de atração*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991.
- _____. (2000). *Ventanas*. Buenos Aires, Topia Editorial, 2005.

- RABINOW, Paul (1999). *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro, Relume Dumara, 2002.
- RORTY, Richard (1979). *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro, Relume Dumara, 1994.
- _____.(1995). *Objetivismo, relativismo e verdade*. Rio de Janeiro, Relume Dumara, 1997.
- ROSSET, Clement (1971). *Lógica do pior*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989.
- ROUDINESCO, Elisabeth (1999). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2000.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques (1762). *O contrato social*. São Paulo, Cultrix, 1999.
- SAHLINS, Marshall. *Esperando Foucault, ainda*. São Paulo, Cosac Naify, 2004.
- SEGAL, Hanna (1952). Uma abordagem psicanalítica da estética. In: *A obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- _____. (1977). Contratransferência. In: *A obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- _____. (1991). Arte e posição depressiva. In: *Sonho, fantasia e arte*. Rio de Janeiro, Imago, 1993.
- SFEZ, Lucien (1995). *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo, Loyola, 1996.
- SIBILIA, Paula. O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro, Relume-Dumara, 2003.
- SONTAG, Susan (1981). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 2002.
- SOUZA, Octavio (1998). A metapsicologia e as opções éticas dos psicanalistas. In SOUZA, O. *Cultura da ilusão*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 1998.
- SPINK, Mary Jane P. *Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17(6): 1277-1311, nov-dez, 2001.
- STRACHEY, James (1934). *The nature of the therapeutic action of psycho-analytic technique*. New York/London, Ed. Robert Langs, 1981.
- SVEVO, Ítalo (1938). *A consciência de Zeno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2001.
- SYMINGTON, Neville (1993). *Narcisismo, uma nova teoria*. São Paulo, Roca, 2003.

- TULLOCH, John; LUPTON, Deborah. *Risk and every day life*. Londres: Sage, 2003.
- VERGELY, Bertrand (1998). *O sofrimento*. Bauru, Edusc, 2000.
- VIRILIO, Paul (2005). *L'accident originel*. Paris : Galilée, 2005.
- ZIZEK, Slavoj (2001). *El espinoso sujeto: el centro ausente de la ontología política*. Buenos Aires, Paidós, 2001.
- WINNICOTT, Donald (1949). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- _____ (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1958). A capacidade para estar só. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artmed, 1983.
- _____ (1961). Comentários sobre o Report of the Committee on Punishment in Prisons and Borstals. In: WINNICOTT, D. *Privação e delinquência*. São Paulo, Martins Fontes, 2002.
- _____ (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed, 1983.
- _____ (1963b). O medo do colapso. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artmed, 1983.
- _____ (1964). Transtorno psicossomático: a enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artmed, 1983.
- _____ (1969). Nota adicional sobre transtorno psicossomático. In: WINNICOTT, D. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artmed, 1983.
- _____ (1969). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: WINNICOTT, D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)