



Isabel Noleto França Ribeiro

Tentativa de suicídio: um olhar psicanalítico

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Maria Isabel de Andrade Fortes

Rio de Janeiro,

Maio de 2021



Isabel Noleto França Ribeiro

**TENTATIVA DE SUICÍDIO:
UM OLHAR PSICANALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^a. Dr^a. Maria Isabel de Andrade Fortes

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Dr^a. Mônica Kother Macedo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Lidia Levy Alvarenga

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 14 de maio de 2021.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Isabel Noleto França Ribeiro

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica,
PUC-Rio.

Ficha Catalográfica

Ribeiro, Isabel Noleto França

Tentativa de suicídio : um olhar psicanalítico / Isabel Noleto França Ribeiro ; orientadora: Maria Isabel de Andrade Fortes. – 2021.

94 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)—Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2021.

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Tentativa de suicídio. 3. Dor psíquica. 4. Trauma. 5. Ato. 6. Psicanálise. I. Fortes, Maria Isabel de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Mariana, com todo meu amor
e minha saudade.

Agradecimentos

À professora Isabel Fortes, minha querida orientadora, com quem tive a felicidade de encontrar em minha formação, possibilitando muitos aprendizados e trocas afetuosas. Os ensinamentos, compartilhados com cuidado e ética, me marcaram de forma única. Muito obrigada por ser meu grande exemplo na profissão que escolhi e por todo apoio e acolhimento ao longo do mestrado.

A cada paciente que pude escutar e deixou uma marca na minha vida.

À professora Mônica Kother Macedo, pela generosidade ao transmitir as preciosas considerações no Exame de Qualificação, que foram fundamentais para a continuidade da pesquisa.

À professora Lidia Levy Alvarenga, pela disponibilidade e sensibilidade ao compartilhar o conhecimento da psicanálise, por toda escuta, trocas marcantes e essenciais em supervisão.

À professora Monah Winograd, pelas aulas durante o mestrado, que me permitiram ter novos olhares sobre o tema que escolhi estudar.

À Waleska Cheibub, por todo apoio durante a residência em saúde mental e por me acompanhar em supervisão de forma atenta e cuidadosa.

À Magda Rodrigues Costa, por me acompanhar há tantos anos com tanto acolhimento e me permitir contar e recontar a minha história.

Aos amigos do mestrado e do grupo de pesquisa, Ana Julia, Felipe, Marcio, Mariana, Marina e Priscila, pelas trocas que tivemos e por cada momento de apoio, leveza e pela parceria bonita que construímos.

Aos meus pais, Marcio e Marta, por serem a base de todo amor e as pessoas com quem eu posso verdadeiramente contar na vida.

Aos meus irmãos, Eduardo e Bruno, pela verdade, amor, união e por me ensinarem a compartilhar a vida com alegria e espontaneidade.

À Gabriela e à Mariana, por terem entrado para a família e trazerem mais alegria em nossos encontros.

Ao Vítor, pela beleza e força do nosso encontro e por acreditar tanto em mim ao longo do mestrado.

À Eliane, Ricardo, Isadora, José Leonardo e Marina, pela felicidade dos momentos que vivemos juntos e por terem tornado o percurso do mestrado mais leve.

Aos meus avós, Pedro, Teresa, Aloysio e Vera, por serem as pessoas mais fundamentais da minha vida.

À Leticia, por me acompanhar de mãos dadas, por ser minha amiga para todas as horas e a conexão com tanto amor e segurança.

À Ana Julia, por estar ao meu lado no mestrado e por ser a escuta mais amiga e sensível.

À Yasmin, por ser a irmã que escolhi para seguir junto comigo e pelo apoio incondicional ao longo do mestrado e em todos os momentos da minha vida.

Aos meus primos, Gabriel, Guilherme, João Pedro, Laura, Leandro, Leticia, Lucas e Mariana, pela amizade que construímos e por serem motivos para eu sorrir e me orgulhar.

Aos meus tios, Andrea, Carmen, Eduardo, Fernando, Helio, Jane, Marcia, Marlova, Natercia e Pedro, por me apoiarem e darem muito afeto desde sempre.

Aos meus amigos da vida inteira, Alice, Ana Clara, Ana Julia, Andrei, Camila, Daniel, Giovana, Karen, Jessica, Joana, Julia Chindler, Julia Nabuco, Marcella, Manuela, Narcisa, Olivia, Paula e Pilar pelos momentos alegres e profundos que vivi com cada um.

Às minhas amigas da residência, Barbara, Carol, Mari, Priscila, Rayanne e Thais, por serem pontes de amor e afeto.

Ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo suporte financeiro para a realização desta pesquisa.

Resumo

Ribeiro, Isabel Noleto França; Fortes, Maria Isabel de Andrade. **Tentativa de suicídio: um olhar psicanalítico**. Rio de Janeiro, 2021. 94p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O suicídio é considerado um grave problema de saúde pública. Compreendido como possível resposta para um nível de sofrimento extremo, o ato de quem tenta o suicídio ou acaba por cometê-lo é testemunho de como a vida deste sujeito encontra-se afetada pelo seu entorno, sendo questão crucial para a clínica psicanalítica, assim como para a área da saúde pública. Na clínica, esta questão pode se apresentar de diferentes formas, o que aponta para a complexidade do tema. É nosso objetivo analisar como tal sofrimento psíquico se apresenta em sujeitos que falam sobre o desejo de morrer, naqueles que tentam efetuar o suicídio e nos que acabam por realizar a consumação do ato da morte propriamente dito. Esta dissertação se pauta na urgência de a psicanálise discutir essa problemática, a qual, muitas vezes, fica silenciada em nosso campo, produzindo, inclusive, muitas vezes, alguns tabus. Neste sentido, procuramos percorrer o que poderia estar em jogo na dinâmica psíquica de pacientes que ameaçam a sua própria vida, buscando delimitar particularidades desta forma de sofrimento psíquico. Há muitas maneiras de o sujeito lidar com a própria dor, sendo algo que inclui sua singularidade. A tentativa de suicídio é pensada a partir de três aportes teóricos principais: a dor psíquica, o traumático e o ato. A dor psíquica é uma noção que atravessa toda a obra freudiana, desde o “Projeto para uma psicologia científica” (1895), no qual se examina a dor como um fenômeno que impõe limites na capacidade de administrar e suportar a energia; até o “Além do princípio de prazer” (1920), em que sobressaem as vivências traumáticas e os efeitos da pulsão de morte – noção que se relaciona com as contribuições de Ferenczi quanto ao trauma. Por último, tratamos do tema do ato, considerado um desafio para o manejo do psicanalista, uma vez que inclui o não sentido e está muito presente na clínica atual. O ato é pensado como uma forma de linguagem não representacional, uma linguagem intensiva. Buscamos ampliar a contribuição da psicanálise para a sensibilidade e a escuta acolhedora para o tema.

A pesquisa consiste em um estudo teórico, pautado na bibliografia disponível sobre a questão, tendo como eixo teórico principal a teoria psicanalítica.

Palavras-chave

Tentativa de suicídio; dor psíquica; trauma; ato; psicanálise.

Abstract

Ribeiro, Isabel Noleto França; Fortes, Maria Isabel de Andrade (Advisor). **Suicide attempt: a psychoanalytic perspective**. Rio de Janeiro, 2021. 94p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Suicide is considered a serious public health problem. Understood as a possible response to a level of extreme suffering, the act of those who attempt suicide or end up committing it is testimony to how this subject's life is affected by his surroundings, being a crucial issue for the psychoanalytic clinic, as well as for the area of public health. In the clinic, this issue can present itself in different ways, which points to the complexity of the theme. It is our aim to analyze how such psychological suffering presents itself in subjects who talk about the desire to die, in those who try to carry out suicide and in those who end up carrying out the actual act of death. This dissertation is based on the urgency of psychoanalysis to discuss this problem, which, many times, remains silent in our field, producing, even, some taboos. In this sense, we seek to cover what could be at stake in the psychic dynamics of patients who threaten their own lives, seeking to delimit particularities of this form of psychological suffering. There are many ways for the subject to deal with his own pain, which is something that includes his uniqueness. The suicide attempt is based on three main theoretical contributions: psychic pain, trauma and act. Psychic pain is a notion that runs through all of Freud's work, from the "Project for a scientific psychology" (1895), in which pain is examined as a phenomenon that imposes limits on the ability to manage and support energy; up to "Beyond the pleasure principle" (1920), in which traumatic experiences and the effects of the death drive stand out - a notion that is related to Ferenczi's contributions regarding trauma. Finally, we deal with the theme of the act, considered a challenge for the management of the psychoanalyst, since it includes the non-sense and is very present in the current clinic. The act is thought of as a form of non-representational language, an intensive language. We seek to expand the contribution of psychoanalysis to sensitivity and welcoming listening to the theme. The research consists of a theoretical study, based on the available bibliography on the issue, having psychoanalytic theory as its main theoretical axis.

Keywords

Suicide attempt; psychic pain; trauma; act; psychoanalysis.

Sumário

1 Introdução	p. 12
2 A dor psíquica presente em situações-limite	p. 19
2.1 A dor como ruptura das barreiras	p. 19
2.2 A dor em sua face narcísica	p. 27
2.3 A dor da perda	p. 33
2.4 A dor em “Além do princípio de prazer”	p. 37
2.5 A dor em “Inibição, sintoma e angústia”	p. 41
3 O trauma e a urgência psíquica na clínica do suicídio	p. 45
3.1 O trauma e a compulsão à repetição	p. 48
3.2 A noção de trauma em Ferenczi	p. 57
4 O ato em uma visão psicanalítica	p. 65
4.1 Transferência e <i>acting out</i>	p. 73
4.2 Peculiaridades e diferenças entre passagem ao ato e <i>acting out</i>	p. 75
4.3 Algumas modalidades de ato	p. 78
4.4 Os efeitos do traumático e o ato-dor	p. 81
5 Considerações finais	p. 86
6 Referências	p. 90

1

Introdução

Meu desejo em estudar o tema da tentativa de suicídio surgiu a partir de duas experiências que vivenciei em enquadres distintos. Quando me formei em Psicologia em 2016, fui fazer residência em saúde mental e psicanálise pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Durante dois anos, trabalhei em alguns serviços que compõem a rede de saúde mental do município de Niterói e tive a oportunidade de escutar pacientes que apresentavam ideação suicida, tentativas de suicídio e um risco de morte provocado pelo próprio sujeito. Diante desses casos, o profissional se depara com situações em que o limite entre a vida e a morte se apresenta como muito tênue. Ao longo desta experiência profissional, atendi alguns casos de tentativa de suicídio que me tocaram profundamente.

Neste período, lidei pela primeira vez com uma situação de tentativa de suicídio no consultório. Durante o período de entrevistas preliminares, uma paciente tentou suicídio. Assim, senti uma diferença significativa em acompanhar pacientes com esta questão em uma instituição, junto de uma equipe; e atender no consultório. Esse ponto foi central para minha escolha em pesquisar este tema no mestrado. O que levaria uma pessoa a querer tirar a própria vida? Que elementos estão em jogo em um ato autodestrutivo desta ordem?

Segundo Cassorla (1991), não existe uma única causa para o suicídio. É um evento que inclui uma série de fatores que compõe a história de vida do indivíduo, sendo necessário levar em consideração o conjunto de elementos constitucionais, ambientais, culturais, biológicos e psicológicos. Comumente, denomina-se como a causa o último fator da cadeia, ou seja, o que impulsionou ou o que apareceu como motivo último de tal ato. Contudo, o autor ressalta que é fundamental incluir uma visão interdisciplinar, uma vez que muitas variáveis influenciam e estão envolvidas no ato. Para além da causa mais imediata, a psicanálise pode contribuir para a compreensão do que está em jogo, ao permitir uma aproximação mais aprofundada a respeito do que acontece com um sujeito que pensa em morrer, tenta suicídio ou, mesmo, se suicida.

Durkheim (1897/2019), em seu livro “O suicídio”, realiza um estudo sobre o tema a partir da sociologia. O suicídio é considerado um fato íntimo e singular,

no entanto, o autor encontra, a partir de dados estatísticos, causas sociais que o determinam. Assim, encontra relações significativas com a sociedade e a cultura nas quais o indivíduo está inserido. Para o sociólogo, o suicídio e a tentativa de suicídio podem ser definidos da seguinte forma:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido mas interrompido antes que dele resulte a morte. (Durkheim, 1897/2019, p. 14)

De fato, é importante refletir sobre o que pode representar uma tentativa de suicídio. Assim, quando um paciente tenta suicídio, vislumbramos que ocorre uma ruptura, uma descontinuidade, na medida em que um sujeito não é o mesmo depois de uma situação limite como uma tentativa de tirar a própria vida. Ao mesmo tempo, podemos compreendê-la como uma possibilidade de recomeço. Utilizo o termo “recomeço” aqui no sentido de que a tentativa de suicídio que não leva à morte pode oferecer uma abertura para o sujeito falar sobre o que a desencadeou. Neste sentido, por meio de um trabalho analítico, o sujeito pode encontrar um lugar e um espaço para seus sentimentos, afetos e intensidades e, com o tempo, (re)construir alternativas para o enfrentamento da dor psíquica. Um campo importante para pensarmos este tema é a saúde pública, na medida em que o suicídio é um problema que inclui necessariamente o âmbito social/coletivo. Neste contexto, a noção de prevenção é trabalhada como uma forma de capacitar os profissionais da saúde para a identificação dos sintomas com a intenção de intervir no processo previamente. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), a prevenção é uma estratégia de cuidado vinculada ao suicídio em sua esfera global. A questão do suicídio pode variar e se apresentar de diversas formas, como em ideias de tirar a própria vida, podendo ser comunicado verbalmente ou por meio de ações; incluir um planejamento do ato; expressar-se por meio de uma tentativa; e, nos casos mais graves, na morte.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2019) publicou uma folha informativa cujos dados revelam que cerca de 12 mil jovens entre 15 e 24 anos morrem por suicídio a cada ano no continente americano. Além disso, o suicídio é considerado a terceira principal causa de morte de jovens nessa faixa etária. A primeira causa é a morte causada por homicídio e a segunda é em decorrência de acidentes de trânsito. No documento, reforça-se a importância da prevenção como

forma de enfrentar os desafios deste grave problema de saúde pública. Os elevados números expressam a importância de pensar o tema com cuidado e atenção. Além disso, em setembro de 2019 houve um movimento realizado por jornalistas da América Latina para redefinir a forma como os casos podem ser noticiados. A mídia abordava o tema de forma grandiosa em alguns momentos; e, em outras situações, o “efeito de contágio” prevalecia, resguardando os casos.

O efeito de contágio indica um receio de falar sobre o tema para evitar que se estabeleça um comportamento imitador. Assim, podemos perceber uma dificuldade de tocar, falar sobre o tema com responsabilidade, evitando extremismos. Na cultura, podemos encontrar o chamado “suicídio wertheriano” uma marca deste receio e do tabu em falar sobre o suicídio e, como consequência, despertar ideias e influenciar que pessoas cometam o ato. Em 1774, Goethe publica “Os sofrimentos do jovem Werther”, a história de um amor impossível que termina por levar a um suicídio. O livro foi traduzido para outros idiomas, como o francês e o inglês, e, concomitantemente à divulgação da história, houve considerável aumento no número de suicídios entre os jovens na Europa, que foram encontrados com o livro. Segundo Minois (2018), este aumento foi muito impressionante, o que ficou conhecido como “Werthermania”. A suposta motivação por imitação resultou na proibição da circulação do romance.

Recentemente, a série de televisão americana “13 reasons why” (Yorkey, 2017) trouxe para o debate o tema do suicídio e, conseqüentemente, do efeito de contágio entre os adolescentes. A personagem principal, Hannah Baker, se suicida e deixa treze fitas com os principais motivos que a levaram a tirar a própria vida. Uma sequência de situações de violência e *bullying* é narrada. Segundo Levinzon (2018), o tema da série causou polêmica entre o público. Houve medo, por parte de pais e educadores, de ocorrer influência entre os jovens, preocupação embasada justamente neste efeito de “contaminação”/identificação com a saída que a personagem encontrou para lidar com o sofrimento e pela possível idealização provocada pela série. Podemos pensar que, em casos de tentativa de suicídio, teríamos a presença de certo fascínio com a morte, atração fatal que levaria a uma aproximação com o mortífero? Neste caso, seria importante pensar na construção de um trabalho analítico que pudesse viabilizar os limites da onipotência.

Cabe notar que a morte constitui um tabu na cultura. Freud (1913/1996g), em “Totem e tabu”, pensa a construção da subjetividade moderna, sendo

considerado o mito de fundação da nossa civilização. Neste sentido, a cultura se inicia em um ato de extermínio, no assassinato do pai da horda primitiva. Esse pai totêmico e selvagem foi morto pelos filhos que se uniram e se revoltaram contra a dominação e a servidão. Por outro lado, podemos pensar que a civilização tem sua origem em um crime e, a partir disso, instaura-se a castração e a lei, tal como expresso na última frase do texto: “No começo era o ato”, em referência à passagem bíblica, na qual o começo seria o verbo. O ato não possui brecha ou meia verdade, ele é um fato. Assim, este aspecto presente no ato pode ser importante para a psicanálise, no sentido de refletir sobre as bases que sustentam as nossas leis simbólicas.

Freud (1928/2011b) escreve, em “Dostoiévski e o parricídio”, que o parricídio pode ser considerado o crime principal e primordial da humanidade e do indivíduo. Tal crime dá origem ao sentimento de culpa, pois o desejo de eliminar o pai é contido pela castração. Fiódor Dostoiévski é um escritor russo que tocou em muitos temas cruciais da experiência humana, dentre eles o suicídio. Em suas novelas “A dócil” e “O sonho de um homem ridículo”, publicadas em 1876 e 1877, os temas da morte e do suicídio perpassam as narrativas. A primeira narrativa se desdobra a partir da relação de um casal, em que o silêncio e o abismo entre os dois deram espaço para que a docilidade tão característica da esposa surpreendesse o marido com sua força e agressividade dirigidas a ele e, posteriormente, a si própria. Desde que este aspecto da sua personalidade é revelado, uma série de situações-limite é narrada até chegar ao suicídio da jovem. Em uma das passagens, o autor destaca a radicalidade presente em alguns casos de suicídio: “Creio que muitos suicídios e homicídios só foram levados a cabo porque o revólver já estava na mão” (Dostoiévski, 1876/2017, p. 56). O que poderia existir como possibilidade(s) entre aquilo que pode tirar a própria vida do sujeito e o suicídio?

No campo psicanalítico, a clínica nos convoca a pensar sobre a dor psíquica, o sofrimento e o ato envolvidos no tema do suicídio. Há diversas saídas encontradas pelo sujeito para lidar com aquilo que lhe causa dor e sofrimento, sendo o registro do ato uma das modalidades possíveis. Desta forma, um aspecto imprescindível é o reconhecimento da complexidade presente em uma tentativa de suicídio. Neste sentido, o ato autodestrutivo dirigido ao Eu inclui uma descarga de intensidades em que há um risco de morte e um nível de desligamento da vida. Por outro lado, quando a tentativa de suicídio não efetua o ato de eliminação da vida, há a

possibilidade de acolher e escutar a dor intensa que estaria por trás do ato. Para Cassorla (1991), o suicida tenta fugir de uma situação de sofrimento insuportável. Desta forma, a morte se apresenta como uma saída – não pelo desejo da morte em si, mas pelo sofrimento intolerável.

Nesta modalidade de clínica, é fundamental distinguir a tentativa de suicídio do suicídio que de fato é consumado. A tentativa de suicídio inclui um *a posteriori*, que pode se dar nesta abertura que mencionamos acima, uma vez que o suicídio não se efetivou. Assim, alguma coisa liga o sujeito à vida, incluindo um segundo tempo, que pode ser acompanhado por um tratamento. Por outro lado, quando há o suicídio propriamente dito, estamos diante da irreversibilidade da morte, não tendo possibilidade de volta ou recuo. Neste sentido, os casos de tentativa de suicídio podem chegar posteriormente à clínica, assim como tais atos também podem acontecer no decorrer do processo analítico. Nesta perspectiva, é urgente que os profissionais da saúde reflitam sobre este complexo tema que mobiliza tantos sentimentos.

Dockhorn, Macedo e Werlang (2007) sustentam que a psicanálise é uma ferramenta que pode exercer papel fundamental em situações de desamparo e dor psíquica. Assim, é uma técnica que tem como base a escuta analítica, que considera a singularidade do sujeito e a lógica do inconsciente. Além disso, a relação de transferência pode servir como ponto de ancoragem e acolhimento para sujeitos que vivenciam dor psíquica intensa, sendo possível um trabalho para nomear e dar sentido à dor.

Segundo Macedo (2019), a tentativa de suicídio é uma modalidade de passagem ao ato que expressa uma dor psíquica extrema, na qual o Eu é invadido e atacado por intensidades traumáticas que põem em risco sua existência. A dor psíquica causa efeitos muito impactantes por conta da impossibilidade de nomeá-la. Assim, há forças que o sujeito se vê incapaz de representar e dar sentido. Diante disso, uma tentativa de suicídio pode se apresentar para o sujeito como uma forma de descarregar o excesso por meio de um ato que elimina as tensões.

No campo psicanalítico, há um esforço para falar sobre o tema do suicídio, mas ainda assim, este não é um tema muito abordado. Miodownik (2019) pontua que a questão do suicídio é pouco discutida na literatura psicanalítica e indica como hipótese para esta reserva a presença de temores contratransferenciais nos psicanalistas. O autor aponta como características psíquicas que fazem parte da

ideação e do ato suicida as angústias primitivas, as fantasias simbióticas e a destrutividade – aspectos de grande interesse para os psicanalistas.

Segundo Miodownik (2019), há três elementos psíquicos que envolvem o ato suicida, sendo eles, um conjunto de desesperos, podendo se manifestar em angústia inominável, desespero, a desesperança e a dor que não encontra alívio no mundo externo; uma fantasia de retorno a uma paz intrauterina, como se o único caminho para aliviar a dor fosse a morte; e uma agressividade oculta contra um outro, contida no gesto autodestrutivo do suicida.

Macedo (2006), em sua tese de doutorado intitulada “Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor”, considera que, em alguns casos, o suicídio passa a se apresentar como se fosse, para aquele sujeito, a única saída que ele consegue vislumbrar para aplacar uma dor psíquica insuportável. Assim, é uma maneira que o sujeito encontra de escapar da dor. Em sua pesquisa, atendeu pacientes que tinham tentado tirar a própria vida e pôde perceber a importância de nomear o sofrimento e o que levou o sujeito a expressá-lo em ato. Os participantes puderam falar sobre a impossibilidade de atribuir sentido à dor, entretanto, traziam em seu discurso as marcas do ato. Nestas circunstâncias há um predomínio da dor no espaço psíquico e um desequilíbrio pulsional tendendo mais para a autodestruição. Nestes casos, a vida pode estar em risco e é fundamental a construção de espaços de escuta como forma de acolher a dor do paciente e, assim, prevenir e intervir nesta problemática.

Nesta perspectiva, busca-se, por meio de um espaço de escuta, estabelecer uma relação de maior proximidade com aquilo que nos acomete, incluindo o tempo e dando lugar para a pausa e para o silêncio. Assim, podemos legitimar a dor de cada sujeito e investigá-la de forma mais gradual e cautelosa. Durante uma análise, o sujeito se lança em uma experiência de falar para um outro sobre seus conflitos, traumas e perdas. Há muitos caminhos possíveis para dar vazão ao que sentimos e experimentamos como sofrimento. Segundo Fortes (2014), um processo de análise é uma travessia, uma passagem pela dor. O encontro que este espaço produz entre o sujeito e sua própria dor permite um deslocamento e uma transformação dela.

Segundo Fortes (2012), a vivência da dor psíquica pode ser aproximada da dimensão de excesso, uma vez que causa uma espécie de implosão de intensidades e ruptura das telas de proteção do aparelho psíquico. O que possibilita a proteção é a capacidade de linguagem, de dar sentido, de nomear as angústias, como, por exemplo, quando colocamos palavra naquilo que o sujeito sente. Diante de um

impacto, um susto ou uma hostilidade do outro, o que irradia é a dor. Desta forma, o campo da dor é um terreno árido, sendo a matéria prima do trabalho do analista, que se coloca disponível para escutar e acolhê-la.

Rocha (2011) ressalta o aspecto universal e, ao mesmo tempo, individual da experiência da dor. Neste sentido, o trabalho de decifrar seu enigma é individual, ou seja, a dor possui um dizer a ser desvendado para evitar que ela tome o lugar do sujeito, devorando-o. O autor aproxima o enigma da dor com o da Esfinge de Tebas: “Decifra-me ou te devoro”. Tal como a Esfinge precisa ser decifrada, todo ser humano se confronta na vida com a experiência da dor. Por mais incompreensível e sem sentido que ela possa ser, com a mediação da linguagem, da representação, e com criatividade, pode ser possível encontrar palavra para nossas perdas, angústias e frustrações. Por meio da metáfora da “dor-esfinge”, percebemos a importância de reconhecer seu mistério e a necessidade de buscar simbolizá-la para que a dor na forma latente não ameace o sujeito pelo silêncio e pela sua dimensão mortífera.

Até aqui nesta introdução apresentamos esse panorama mais amplo do nosso estudo. No entanto, é importante marcar que aqui na dissertação nosso intuito é discutir os seguintes aportes teóricos da psicanálise: a dor psíquica; o traumático e o ato pensado a partir da linguagem. Este recorte teórico será trabalhado nos capítulos seguintes com o objetivo trazer um olhar psicanalítico a respeito da temática do suicídio.

2

A dor psíquica presente em situações-limite

2.1

A dor como ruptura das barreiras

Para adentrar na temática com base na psicanálise, apresentaremos, agora, a dor no “Projeto para uma psicologia científica” (Freud, 1950[1895]/1996a), um dos textos fundamentais da obra freudiana. Nesta pesquisa, o objeto de estudo é a tentativa de suicídio compreendida como ato que revela uma dor psíquica extrema. Assim, apostamos que o percurso teórico sobre a dor em psicanálise pode nos aproximar da dinâmica e dos seus efeitos em nosso psiquismo. Nesse ensaio, podemos afirmar que Freud inicia um delineamento que percorrerá toda a sua obra, apresentando uma metapsicologia da dor. A dor não é propriamente um conceito, mas uma noção que perpassa toda a obra freudiana, tendo forte impacto nas mudanças conceituais, assim como na escuta da sintomatologia psicanalítica. Para Aubert (2017), a dor pode ser considerada um elemento que produz uma interseção, um contato, entre o psíquico e o somático; sendo a mistura entre os dois registros uma efração, ou seja, algo que arromba, racha as paredes/barreiras que delineiam o aparelho psíquico.

No “Projeto”, Freud (1950[1895]/1996a) cria o primeiro modelo de aparelho psíquico e descreve a vida mental através deste aparato anímico. A base de seu pensamento era a neurologia, e Freud se fundamenta também na observação de quadros patológicos, como a histeria e as obsessões, em que a quantidade/intensidade está presente para, assim, pensar a psicologia do indivíduo normal. Ele desenvolve suas ideias por meio da concepção de um sistema nervoso que está submetido a tensões.

Estas tensões são experimentadas como intensidades e podem ser de dois tipos: estímulos exógenos, que vêm de fora; e estímulos endógenos, provenientes de dentro do organismo, mas externos ao aparelho psíquico. Assim, a quantidade de energia livre é um problema, visto que esta pode provocar um acúmulo de tensão, advinda da não ligação de estímulos. Este aumento de tensão é vivido como desprazer, sendo necessário realizar um movimento na direção de sua diminuição. Em determinadas circunstâncias, o escape e a fuga assumem a única via para atingir

a regulação/equilíbrio de energia. O princípio de inércia rege o funcionamento do aparelho neurônico, sendo a tendência dos neurônios se livrar da quantidade de energia acumulada. Assim, os neurônios podem ser motores e sensoriais, e, por meio da descarga total, a energia é descarregada e há a contenção/neutralização da quantidade de estímulos.

Segundo Freud (1950[1895]/1996a), o sistema de neurônios permeáveis constituiria o grupo de neurônios atingido pelos estímulos vindos do mundo externo, enquanto o sistema de neurônios impermeáveis seria formado por neurônios que recebem as excitações endógenas. Desde o início, o sistema nervoso poderia receber o estímulo vindo de fora e, então, descarregá-lo. Posteriormente, o sistema foi adquirindo a capacidade de reter alguma quantidade de energia vinda de dentro de seu sistema e lidar com sua presença. Deste modo, a memória vai se constituindo a partir da magnitude de uma impressão, da frequência e da repetição com que a experiência acontece.

Nesta tentativa de equilibrar o jogo de forças presente no sistema, percebemos que a descarga possui uma função de escoamento de energia acumulada, ou seja, de energia livre. Esta quantidade livre, não ligada, fica dispersa no aparelho, podendo aumentar mais ainda a tensão já presente. A descarga é compreendida, então, como esse recurso de liberação da energia livre para que ela não se some aos demais estímulos que o organismo está sujeito a receber. Neste sentido, por meio da descarga há uma produção de prazer, já que a energia não ligada é liberada.

Os dispositivos de telas de proteção impedem que grandes quantidades de estímulos invadam o sistema de neurônios. Assim, permitem que o aparelho crie formas de se defender do que vem do exterior e do próprio interior do organismo. Neste sentido, certa quantidade de energia vai sendo transmitida ao longo do sistema. Há, contudo, fenômenos como a dor, que impõem um limite no que se refere à capacidade de administrar e suportar a energia. Segundo Aubert (2017), as telas de terminações nervosas delimitam um espaço para que não haja contato direto do aparelho com o mundo exterior. Porém, a dor é o que faz a barreira do sistema neuronal fracassar. Desta forma, não se mantém mais as quantidades de energia do exterior fora do sistema, colocando em relação direta o aparelho interior e o mundo exterior.

Há duas funções principais operando no sistema nervoso, que são denominadas primária e secundária. A função primária seria aquela mais próxima da descarga e do Princípio de Inércia, pois está relacionada com uma tendência mais primitiva de liberação do desprazer para a obtenção do prazer. Ao longo do tempo e do desenvolvimento, é possível reter e preservar uma dose de energia que, inclusive, permite a satisfação das necessidades e exigências para a manutenção da vida. Este tipo de função é denominado função secundária, sendo aquela que faz parte do movimento oposto à descarga e funciona como barreiras de contato. Estas barreiras de contato são muito importantes para formar uma memória, ou seja, depois que uma determinada quantidade de estímulos atinge o sistema, este não volta ao estado anterior, permitindo que algo fique marcado e registrado. Desta forma, a memória pode ser compreendida como a possibilidade de manter uma marca da experiência, o que é fundamental, uma vez que as marcas compõem a nossa história.

A dor psíquica constitui um aspecto importante na problemática da tentativa de suicídio, uma vez que um ato com o intuito de tirar a própria vida revelaria uma dor insustentável. Neste sentido, Freud (1950[1895]/1996a) apresenta aspectos centrais presentes na experiência da dor, sendo considerada um fenômeno que ultrapassa o limite de eficácia do sistema devido ao excesso de quantidade que irrompe com ela. Desta forma, ocorre uma falha, uma impossibilidade de lidar com este aumento de quantidade produzido. O sistema tende a agir de forma primária, ou seja, fugindo da dor para evitar o aumento de tensão. Quando a quantidade de energia externa é pequena, ocorre uma interrupção da continuidade de transmissão de estímulos, o que também produz a dor. Temos, assim, esses dois pontos de vista implicados na experiência da dor, tanto o aumento quanto a falta de energia.

No que tange ao aumento de tensão, a dor vem acompanhada de um excesso de quantidade de energia que provoca rompimento, ruptura dos dispositivos de tela de proteção, que têm a função de manter afastado do aparelho neuronal as grandes quantidades de energia, tanto exógena quanto endógena. Em decorrência da ruptura das telas de proteção, o sistema vai se esforçar para traçar caminhos para processar aquilo que é sentido como desagradável ou incômodo. Dentre as estratégias encontradas para escoar a energia em excesso, estão a tendência à descarga e o recurso à lembrança, ou seja, a imagem mnêmica do objeto que provoca a dor.

Para Pontalis (2005), no “Projeto para uma psicologia científica” há uma oposição evidente entre vivência de satisfação e vivência de dor. Assim, o par de opostos não é prazer-desprazer, mas sim, de um lado, desprazer-prazer e, do outro lado, a dor. Esta oposição é importante, na medida em que a dor se coloca como uma experiência complexa diferente do desprazer, não estando submetida ao princípio de prazer.

Segundo Pontalis (2005), a dor é formulada no “Projeto” como sendo algo de uma ordem distinta do desprazer. O autor aponta que a dor é um fenômeno, ou seja, algo que acontece, que irrompe no sistema e provoca consequências – a ruptura das barreiras protetoras e o excesso de quantidade de energia que invade os dispositivos. Além disso, na sequência, há uma tendência de descarregar no interior do corpo o que ficou aumentado, tensionado. Para este autor, dor é implosão: “A dor é violação; ela supõe a existência de limites: limites do corpo, limites do Eu; ela produz uma descarga interna, que poderíamos chamar de efeito de implosão” (Pontalis, 2005, p. 268).

A descarga é um dos mecanismos que o aparato possui para balancear a quantidade, fazendo parte do processo primário. A tentativa de se livrar completamente dos estímulos serve ao princípio de inércia. Posteriormente, este princípio será substituído pelo princípio de constância, formulado em 1920, no texto “Além do princípio de prazer”, que permite ao aparelho sustentar e armazenar uma determinada quantidade de energia, o que é fundamental no que se refere aos recursos que podem ser viabilizados na economia psíquica.

Há, portanto, uma quantidade de estímulos – endógenos – de que o organismo não tem como se livrar, não conseguindo descarregar totalmente, assim como realiza com aqueles que vêm de fora, do mundo externo. Com isso, uma parte das tensões e sensações vem de dentro, é endógena e se mantém constantemente. Ela faz parte da nossa própria constituição e, por este motivo, não podemos escapar de seus efeitos. Freud (1950[1895]/1996a) as nomeia como exigências da vida, como, por exemplo, a respiração e a sexualidade. O sistema nervoso fica, assim, impossibilitado de rejeitá-las ou reduzi-las a zero. Deste modo, é necessário construir saídas para tolerar e manter certa quantidade de energia para satisfazer as exigências de uma ação específica, já que o sistema não pode exclusivamente evitar ou fugir destes estímulos.

Freud (1950[1895]/1996a) ressalta a importância da experiência de satisfação, na medida em que esta exerce uma função de alívio para o estado de excitação anterior. O grito e o choro do bebê não são solucionados pela via da descarga, sendo fundamental que o outro possa ajudar o recém-nascido a amenizar

o estímulo endógeno por meio de uma ação e de uma resposta específicas. Percebemos, com isso, que o desamparo é um estado que está na essência de nossa existência: o bebê não sobrevive sem a presença de um outro que possa lhe proporcionar o atendimento de suas necessidades vitais. “O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna” (Freud, 1950[1895]/1996a, p. 370).

No início da vida, precisamos do apoio e da ajuda do outro para nos alimentar, proteger e acalantar. A relação com os cuidadores é fundamental para satisfazer as necessidades básicas do bebê, permitindo sua sobrevivência e, concomitantemente, marcando esse corpo com investimento e afeto. O recém-nascido é um ser desamparado que se constitui na relação com a alteridade. As respostas que o outro encontra para atender às necessidades da criança podem produzir uma experiência de satisfação que, por sua vez, tem como efeito o desenvolvimento de outras funções no indivíduo. Com o tempo, o grito e o choro passam a ocupar um lugar de comunicação, de algum vínculo e pedido ao outro.

Pereira (1999) ressalta que, em Freud, o desamparo (*Hilflosigkeit*) não se restringe ao estado de insuficiência psicomotora e de dependência ao qual o bebê está submetido. O termo *Hilflosigkeit* é utilizado para remeter à situação de alguém que se encontra sem ajuda de um outro, desamparado. O autor sustenta que o desamparo configura uma noção freudiana que ganha importância ao longo de sua obra, indo além da incapacidade de o bebê satisfazer suas necessidades vitais e tocando, inclusive, em um sentido importante de total falta de garantias do ser humano.

Para Rocha (2011), a posição de desamparo em que se encontra todo bebê recém-nascido é compreendida como uma condição em que todo ser humano se encontra durante o início da vida. O bebê não possui recursos para ajudar a si mesmo e, por este motivo, é essencial a presença do outro para garantir sua sobrevivência no mundo por meio do atendimento das suas necessidades e, além disso, que este outro possa transmitir ternura e amor junto com o cuidado.

Garcia-Roza (1984/2011) pontua que a experiência de satisfação está relacionada ao desamparo original do ser humano. Em contraposição à maioria das demais espécies animais, o ser humano possui uma vida intrauterina curta e, por este motivo, apresenta completo despreparo para a vida ao nascer. Há, com isso, uma fragilidade em relação às ameaças decorrentes do mundo externo, colocando-o em relação de dependência absoluta com seu cuidador.

Em um primeiro momento, por meio do choro e do grito, o bebê expressa suas necessidades orgânicas. Assim, o choro e o grito são entendidos como descargas motoras que buscam apaziguar, conter a excitação endógena. Por exemplo, quando o outro lhe oferece alimento, a necessidade da fome pode ser satisfeita. Contudo, em alguns momentos, após a satisfação e atendimento da necessidade orgânica, o choro e o grito mantêm-se presentes. Isto nos permite interpretar o choro como um sinal de pedido de outra ordem. Percebemos, assim, uma tendência a buscar, nas próximas vezes, o objeto que proporcionou satisfação.

Rocha (2011) ressalta a diferença entre a autoconservação humana e a perspectiva biológica. Na relação do bebê com seu cuidador, além do alimento, é importante que se estabeleça também uma expressão de ternura. O autor destaca que a autoconservação não se realiza sozinha e o recém-nascido conta com o suporte do outro para atender suas necessidades fisiológicas, como também conta com o sentimento de carinho e afeição deste mesmo outro que lhe garante sua sobrevivência. Assim, a sobrevivência do ser humano vai-se realizando conjuntamente com a inscrição no campo da linguagem, dando caminho, também, para a comunicação e a mensagem.

Entretanto, quando o objeto não está presente, o bebê busca uma satisfação alucinatória. Ao invés de uma satisfação real, o que acontece é uma experiência alucinatória de encontro com o objeto que satisfaz e apazigua a necessidade. Esta situação é provisória, uma vez que a alucinação não é suficiente para atender uma necessidade vital da realidade.

Segundo Freud (1950[1895]/1996a), os dois tipos experiências – de dor e de satisfação – deixam resíduos, sendo eles, os afetos e os estados de desejo. Ambos produzem aumento de tensão no aparato psíquico. O afeto gera uma liberação inesperada de energia e os estados de desejo podem desencadear um encontro positivo com o objeto desejado pela sua imagem mnêmica. A experiência da dor leva à repulsa, contudo, mantendo catexizada a imagem mnêmica desagradável, da

qual o aparelho se defende, evitando-a. Esse processo contrário e de defesa é o recalçamento e, por meio da descarga, ocorre a retirada da lembrança.

Neste momento, para Freud (1950[1895]/1996a), o ego seria uma organização que influencia as passagens de quantidade de energia, sendo estas baseadas em vivências de satisfação ou dor. As facilitações dos neurônios ficam presentes no ego e, assim, este pode escolher e definir a transmissão dos estímulos. Podemos perceber, neste momento, que uma função importante exercida pelo ego é a de direcionar os estímulos.

Para pensar sobre o lugar ocupado pela dor ao longo de um tratamento, Freud (1905/1996c), no texto “Tratamento psíquico (ou anímico)”, sustenta a noção de que o tratamento psíquico é um tratamento da alma, das perturbações e dores da alma. Se, na medicina, era comum que as dores fossem consideradas fenômenos exclusivamente físicos, Freud apresenta, aqui, o tratamento da dor psíquica. Para ele, a vida mental/anímica afeta e produz efeitos indiscutíveis no corpo, o que nos possibilita estabelecer uma relação de proximidade entre mente e corpo. Neste momento, o autor dá lugar às dores da imaginação e da fantasia, sendo estas tão legítimas quanto as lesões: “qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas” (p. 276).

Neste sentido, a dor é um elemento importante que acompanha o ser humano por toda a vida e, por isso, é fundamental que se criem mecanismos para lidar com sua presença. Freud (1911/1996d) apresenta as características e distinções dos dois princípios do funcionamento da mente: o princípio de prazer e o princípio de realidade. Segundo ele, na psicanálise, tomamos como ponto de partida os processos mentais inconscientes e temos contato com eles por meio de uma análise. Os processos primários são os mais antigos, tendo como propósito dominante o princípio de prazer. Assim, estes processos têm como objetivo atingir o prazer e, para isso, afastam qualquer situação que possa provocar desprazer, como ocorre na repressão, em que há um distanciamento das ideias, situações e afetos que são desagradáveis. Podemos perceber, por exemplo, o efeito deste princípio em nossa mente quando, ao acordar de um sonho, o sonhador esquece-se do sonho ou tenta montar uma narrativa coerente para suas impressões aflitivas.

Nos primeiros momentos de vida, é provável que o bebê alucine o seio da mãe em um esforço para atender suas necessidades internas. O estado de inércia, de repouso absoluto, é abalado pelas exigências da vida, internas e vitais. Assim, o

recurso à alucinação está presente para tentar evitar o desprazer. As exigências são constantes e reais, contudo, o recém-nascido precisa do outro para atender suas necessidades. Em alguns momentos, é possível proporcionar satisfação por meio de um objeto que o alimenta e o acalma. Em outros momentos, esse encontro não é tão simples e há frustração. Desta maneira, ao mesmo tempo em que a alucinação vem para ocupar o lugar da satisfação desejada, há também a inclusão de um certo dado de realidade. “Foi apenas a ausência da satisfação esperada, o desapontamento experimentado, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação” (Freud, 1911/1996d, p. 238).

A alucinação é, portanto, um recurso provisório para lidar com a ausência do objeto nas etapas iniciais da vida, porém, com o tempo, não se sustenta, não é suficiente. Neste sentido, cada vez mais a realidade vai sendo incluída e o aparelho psíquico responde por meio de adaptações. O princípio de realidade é o tipo de funcionamento mental que leva em consideração as limitações, incômodos e frustrações que são inerentes ao mundo externo.

Para Freud (1911/1996d), a descarga motora, que atua sob a preponderância do princípio de prazer, exerce uma função de alívio no aparelho mental. Assim, através da descarga interna, os estímulos são direcionados para outros canais e lugares no próprio corpo – por exemplo, por meio de movimentos, expressões e manifestações de afetos. Neste momento, o recurso da ação, da motricidade é uma solução no processo de adaptação do aparelho psíquico aos estímulos que precisam encontrar destinos para que não fiquem dispersos.

Em contraposição à descarga, o pensamento, pertencente ao processo secundário, exerce uma espécie de freio, certa pausa. Neste sentido, outros artifícios são somados para realizar as adaptações demandadas ao aparelho psíquico. O pensar possibilita a reflexão de ideias, que podem ser associadas, formando um sentido. O pensar sustenta uma quantidade de tensão e adia a descarga, sendo considerado um processo de condução mais suave de energia, gerando menos impacto. “Ele é essencialmente um tipo experimental de atuação acompanhado por deslocamento de quantidades relativamente pequenas de catexia, junto com menor dispêndio (descarga) destas” (Freud, 1911/1996d, p. 240). Desta maneira, o processo de pensar promove a vinculação e a ligação da energia com a ideia.

Segundo Freud (1911/1996d), a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade acontece de forma gradual. Este processo tem como intuito

dar conta das energias às quais o aparelho está submetido. Neste percurso, percebemos a importância de poupar certa quantidade de energia, pois sua falta também é sentida de forma desprazerosa. Além disso, a descarga dos estímulos não pode ser completa e nem a única via de escoamento de energia.

No artigo “Repressão”, Freud (1915/1996i) articula a dor a um “pseudoinstinto”. Esta relação se dá pela internalização de um estímulo externo, o que o torna uma fonte constante de estimulação, podendo causar o aumento da tensão no aparelho psíquico. A experiência da dor possui a característica de algo que vem de fora, mas se mantém como estímulo interno, que não podemos evitar pela fuga. Há, com isso, uma impossibilidade de recalcar a dor. Nas palavras do autor:

A finalidade desse pseudoinstinto, no entanto, consiste simplesmente na cessação da mudança no órgão e do desprazer que lhe é concomitante. Não há outro prazer direto a ser alcançado pela cessação da dor. Além disso, a dor é imperativa; as únicas coisas diante das quais ela pode ceder são a eliminação por algum agente tóxico ou a influência da distração mental. (Freud, 1915/1996i, p. 151)

Portanto, é importante que o aparelho psíquico construa formas mais econômicas e ponderadas para remanejar e equilibrar as catexias internas e aquelas que são oriundas do mundo externo. Em alguns casos, como em uma tentativa de suicídio, objeto de estudo desta pesquisa, podemos pensar em uma economia psíquica que encontrou respostas mais diretas e mais abruptas para lidar com a dor. Vislumbra-se, a partir deste ponto, que alguns sujeitos não puderam desenvolver recursos psíquicos que permitissem respostas menos radicais para lidar com a dor.

2.2

A dor em sua face narcísica

Até o momento, compreendemos a dor como um fenômeno disruptivo que possui uma capacidade de rompimento dos dispositivos das telas de proteção do aparelho psíquico. Visando a complementar as visões a respeito do tema da dor, buscaremos refletir sobre sua relação estreita com um dos conceitos fundamentais da psicanálise: o narcisismo. A dor é uma das vertentes de estudo deste conceito, que tem importância central no processo de construção da subjetividade. A dor é narcísica, no sentido de que é um fenômeno que tem a capacidade de fazer o sujeito

se colocar ao dispor da dor, sendo ela física ou psíquica. O sujeito diminui o investimento no mundo e o coloca em si mesmo.

Freud (1914/2010b) estabelece uma relação entre narcisismo e autoerotismo, considerado o primeiro estágio da libido. O período autoerótico vivenciado pelo bebê no início da vida é um momento marcado pela não separação entre Eu e outro. O narcisismo seria um complemento, um acréscimo ao autoerotismo, que tem um efeito de uma operação psíquica e de uma distinção entre dentro e fora, Eu e outro. Nas palavras do autor:

[...] é uma suposição necessária, a de que uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido. Mas os instintos autoeróticos são primordiais; então deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se forme o narcisismo. (Freud, 1914/2010b, p. 18-19)

Freud (1914/2010b) utiliza a imagem da ameba para remeter ao movimento narcísico necessário para a formação do Eu, o qual, inicialmente, precisa de uma energia libidinal voltada para si próprio. Em algumas circunstâncias, a ameba se fecha e volta todos os seus pseudópodes para dentro até, posteriormente, conseguir colocá-los para fora. Esta metáfora pode ser relacionada ao humano, na medida em que, no início, é necessário um investimento voltado para si. Este investimento, narcísico, é condição para que, em um segundo tempo, a energia seja direcionada aos objetos presentes no mundo. Com isso, o sujeito engendra as possibilidades de um investimento voltado para dentro, para si próprio, e um investimento no mundo externo. Depreendemos, desta reflexão, que existe uma oposição entre libido do Eu e libido objetal.

Estas duas formas de investimento libidinal proporcionam caminhos e possibilidades para o sujeito direcionar sua energia na vida, tanto na constituição subjetiva, como no que diz respeito ao campo das relações interpessoais. A libido exerce uma presença importante na construção de laços e vínculos – com pessoas, trabalho, amizades, vida cultural. A imagem de uma balança libidinal aponta para a busca de certo equilíbrio, como uma gangorra que temos a possibilidade de escolher para qual lado pender para mais ou para menos, dependendo dos momentos e circunstâncias da vida. Temos, portanto, certo nível de controle deste movimento e da circulação da nossa energia libidinal. Assim, a balança tem como princípio que “quanto mais se emprega uma, mais empobrece a outra” (Freud, 1914/2010b, p. 17).

Pensar a dor a partir do narcisismo inclui a balança libidinal e as possibilidades de investimento que o sujeito pode realizar. Temos situações nas quais esse equilíbrio é alterado, como, por exemplo, no estado de apaixonamento, em que o investimento no objeto amado é tão grande, que um sujeito apaixonado é capaz de deixar de lado sua própria personalidade em favor da pessoa amada. Neste caso, o investimento se dirige mais para o outro do que para si mesmo.

A condição da doença orgânica, a hipocondria e a vida amorosa dos seres humanos também são algumas circunstâncias em que há uma alteração na balança libidinal. Neste sentido, podemos considerar cada uma delas como vias para uma compreensão a respeito do narcisismo. No caso da doença orgânica, se produz ao mesmo tempo efeitos físicos/orgânicos e psíquicos. Em psicanálise, o corpo e o psiquismo estão intrinsecamente interligados. Neste sentido, em relação ao psiquismo, a condição de doença orgânica exerce influência sobre a distribuição da libido, uma vez que o sujeito retira a libido dos objetos e coloca em si.

É algo sabido, e tomamos por evidente, que alguém que sofre de dor orgânica e más sensações abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento. Uma observação mais precisa mostra que ele também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos, que cessa de amar enquanto sofre. (Freud, 1914/2010b, p. 25-26)

Desta forma, diante de uma situação de doença orgânica, a tendência é que o investimento libidinal fique voltado para o restabelecimento do sujeito. Com isso, os demais investimentos do mundo externo e dos objetos, até mesmo no plano amoroso, ficam em suspenso. O efeito da dor sentida em alguma parte do corpo ou órgão afeta a balança libidinal. Durante o período de dor, o sujeito retira sua energia libidinal do mundo externo, direcionando-a para o próprio Eu. A dor é, portanto, narcísica. Além disso, ela interfere em diversos âmbitos da vida do sujeito, na medida em que a maior parte, ou até mesmo toda sua energia, passa a ser investida no próprio Eu. O sujeito que sente dor tem o pensamento e a ação comprometidos, já que toda a sua energia fica voltada para a dor.

Diríamos então que o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu, enviando-os novamente para fora depois de curar-se. “No buraco de seu molar”, diz Wilhelm Busch do poeta que sofre de dor de dente, “se concentra a sua alma”. (Freud, 1914/2010b, p. 26)

Para que um sujeito tenha potencial e capacidade para amar, é necessário que haja uma disposição para o outro e, em circunstâncias intensas de dor, esta

capacidade fica afetada. Nos casos em que o investimento narcísico devido à experiência da dor é temporário, percebemos que a volta da libido para o próprio Eu é necessária para que, depois da cura, o Eu retorne a libido para o mundo externo. Assim, em situações em que a presença da dor é predominante, podemos dizer que estamos diante de um contexto clínico de maior fragilidade. Isso pode ocorrer, pois o sujeito pode ficar muito voltado e fechado em si próprio, sendo mais difícil pedir ajuda e demandar cuidado.

Freud (1914/2010b) estabelece uma relação importante entre a hipocondria e a doença orgânica. Da mesma forma que na condição de doença orgânica há sensações de dor e incômodos, na hipocondria também encontramos essas características. Neste sentido, o quadro clínico da hipocondria também causa efeitos na distribuição da libido: “O hipocondríaco retira interesse e libido – esta de maneira bem nítida – dos objetos do mundo externo e concentra ambos no órgão que o ocupa” (Freud, 1914/2010b, p. 27). Percebemos que na hipocondria há uma concentração de energia no órgão doente. Freud aponta também uma diferença entre a hipocondria e a doença orgânica, no sentido de que na doença orgânica a dor se baseia em mudanças orgânicas, demonstráveis, o que não ocorre na hipocondria.

Aubert (2017) pontua que a dor orgânica é o paradigma do narcisismo. Neste sentido, por meio da dor somática e do ponto de vista orgânico, Freud (1914/2010b) busca compreender o funcionamento do nosso psiquismo. Diante de uma situação de dor orgânica, a libido é retirada dos objetos e se volta para a parte do corpo adoecida. Este retorno libidinal narcísico tem efeitos sobre a dinâmica do psiquismo, que fica concentrado em uma parte do corpo específica.

Além disso, temos também como uma das vias para o estudo do narcisismo a vida amorosa dos seres humanos. A experiência de amar alguém demanda um investimento libidinal significativo. Freud (1914/2010b) questiona de onde vem a necessidade humana de ultrapassar as fronteiras do narcisismo e colocar energia nos objetos. Pensando sobre esta questão, o autor formula que há uma dose, uma medida de energia necessária para o próprio Eu. Quando esta medida se aproxima de um limite, é preciso investir em outros objetos. Ele complementa de forma sensível: “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar” (Freud, 1914/2010b, p. 29). No estado específico do

enamoramento ocorre uma diminuição do investimento libidinal em favor do objeto escolhido.

Nasio (1997) afirma que a dor existe sobre um fundo de amor: “o amor é sempre a premissa insuperável dos nossos sofrimentos. Quanto mais se ama, mais se sofre” (p. 27). A dor psíquica é um afeto desencadeado pela ruptura abrupta com o objeto amado, podendo se manifestar de diversas maneiras, como pela via do abandono, da humilhação, da perda do objeto que estávamos intimamente ligados. O rompimento da relação, do laço com o objeto amado, é marcado pela vivência da dor, uma vez que não é simples nos desligarmos daqueles que contribuem para o equilíbrio do nosso psiquismo. O autor propõe algumas definições para a dor, dentre elas:

Assim, podemos desde já propor a primeira definição de dor psíquica ou dor de amar, como o afeto que resulta da ruptura brutal do laço que nos liga ao ser ou à coisa amados. Essa ruptura, violenta e súbita, suscita imediatamente um sofrimento interior, vivido como um dilaceramento da alma, como um grito mudo que jorra das entranhas. (Nasio, 1997, p. 25)

Percebemos que a dor é sentida internamente como possuindo a característica de um silêncio, vivido na ordem da pele, de forma sensorial. Para Nasio (1997), a dor é um fenômeno limite, que tem sua origem entre o corpo e o psíquico. Neste sentido, a dor por si só provoca perturbações no psiquismo, tanto seja sua origem física ou psíquica. “Antes de tudo, a dor é um afeto, o derradeiro afeto, a última muralha antes da loucura e da morte” (Nasio, 1997, p. 19). Sendo um fenômeno que está entre a loucura e a morte, podemos extrair desta região limítrofe na qual a dor se encontra a dificuldade de encontrar sentido, palavra e simbolização para ela.

A dor, então, escapa ao princípio de prazer e à capacidade de o psiquismo encontrar sentido e ligações. O autor formula que “a dor manifesta não oscilações regulares da tensão, mas um enlouquecimento da cadência pulsional” (Nasio, 1997, p. 21). Logo, não está associada ao desprazer, apesar de fazer parte da categoria dos aspectos penosos. Sendo assim, escapa ao princípio de prazer.

O desprazer é pois uma sensação que reflete na consciência um aumento de tensão pulsional, aumento submetido às leis do princípio de prazer. Em contrapartida, a dor é o testemunho de um profundo desregramento da vida psíquica que escapa ao princípio de prazer. (Nasio, 1997, p. 22)

Para Nasio (1997), é importante considerar a reação do Eu diante da perda do objeto amado. Há uma comoção, um desespero perante a perda, e o Eu tenta se

defender desta perda, que é vivida como a dor do trauma. A dor do trauma é justamente a defesa do Eu contra o trauma. Nesta perspectiva, a dor se aproxima de uma reação do Eu para se readaptar e se reencontrar. O desaparecimento do ser amado provoca um esforço do sujeito para viabilizar todas as suas forças vitais e medidas defensivas. A falta do objeto amado produz um desequilíbrio, um transtorno pulsional, uma vez que havia uma considerável energia libidinal investida no objeto. Com isso, o Eu canaliza toda sua energia para a representação psíquica do objeto amado perdido, colocando a si próprio em risco – o Eu pode sucumbir a um esgotamento, devido a total falta de energia para o mundo externo. Nas palavras do autor: “A partir de então, o Eu fica inteiramente ocupado em manter viva a imagem mental do desaparecido” (Nasio, 1997, p. 28). Este movimento pulsional, direcionado única e exclusivamente ao objeto amado, é uma forma de lidar com a ausência por meio da presentificação do objeto perdido.

O autor pontua que há dois movimentos nesta reação do Eu contra a comoção desencadeada pela perda. De um lado, temos um esvaziamento de energia interna, como se o Eu fosse drenado de toda sua energia, havendo um movimento de desinvestimento do Eu. De outro lado, temos um movimento de superinvestimento, em que toda a energia fica dedicada à imagem psíquica do objeto perdido.

A dor mental resulta assim de um duplo processo defensivo: o Eu desinveste subitamente a quase totalidade das suas representações, para superinvestir pontualmente a única representação do amado que não existe mais. O esvaziamento súbito do Eu é um fenômeno tão doloroso quanto a contração em um ponto. Os dois movimentos de defesa contra o trauma geram dor. (Nasio, 1997, p. 29)

A experiência de amar é atravessada por sentimentos intensos que afetam nosso narcisismo e o equilíbrio de energia libidinal que, supostamente, tentamos alcançar. Com isso, podemos perceber a presença da dor quando perdemos o objeto amado e como efeito das perdas de investimento no próprio Eu. Podemos pensar que algumas pessoas vivenciam a experiência da perda do amor como um esmagamento e um esvaziamento subjetivo. Neste caso, a dor é caracterizada como psíquica, uma vez que está relacionada à ruptura da ligação com o objeto amado, diferentemente da dor corporal, que se caracteriza por um ferimento localizado que promove uma ruptura da barreira periférica do Eu. Com isso, é importante pensar sobre os efeitos dos desencontros no âmbito do amor para o Eu, que, neste contexto, se encontra mais vulnerável para suportar a perda.

2.3

A dor da perda

No item anterior aproximamos a dor do conceito de narcisismo e da experiência de amar, que vem acompanhada de investimentos, desinvestimentos e perdas, vivenciadas como afetos penosos. Para adentrar mais profundamente na dor que advém de uma perda e dos processos que podem ser viabilizados, temos o luto como um trabalho psíquico fundamental. Neste sentido, Freud (1917[1915]/2010c), em seu ensaio “Luto e melancolia”, nos ensina a respeito dessas duas experiências de dor e de perda, trazendo especificidades e aproximações da dor existente no estado do luto e no quadro clínico da melancolia.

Freud (1917[1915]/2010c) afirma que o luto é um processo normal, proveniente de uma perda: “[...] luto é uma reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal etc.” (p. 172). O luto, portanto, não é considerado um estado patológico, porém, consiste na presença de uma dor que produz abatimento no sujeito e significativo afastamento de tudo aquilo que não se liga ao objeto perdido. Pensar o luto como um trabalho psíquico e um processo inclui a noção de temporalidade. É preciso criar um espaço para que seja vivido por aquele que sofreu a perda e, depois de um tempo, ele naturalmente se encerra. Quando o luto é vivido, outros objetos podem ser investidos posteriormente, de modo a podermos dizer que, no processo do luto, ocorre uma retração narcísica de investimento nos objetos e o sujeito concentra a libido no Eu, a energia se volta para o Eu poder realizar o processo autocurativo.

Segundo Freud (1917[1915]/2010c), o caso clínico da melancolia possui algumas características comuns ao estado do luto, como abatimento doloroso, falta de interesse no mundo externo, perda da capacidade de amar, paralisação de toda a atividade do sujeito. Na melancolia, há um grave ensimesmamento em que o sujeito não vive a experiência da perda e se coloca no lugar da perda. No entanto, ele assevera que este quadro clínico se diferencia do luto, naquilo que tange à possibilidade de estabelecer ou não a perda do objeto, uma vez que o luto inclui a capacidade do sujeito de perder o objeto amado. Desta forma, na melancolia, há uma dificuldade de perder o objeto, e não à toa Freud a definiu como o sofrimento paradigmático da neurose narcísica. Em “O sonho de um homem ridículo”, como

vimos, Dostoiévski (1877/2017) narra a história de um homem melancólico que estabelece uma relação com o mundo totalmente esvaziada e indiferente ao que o cerca – como ilustra a passagem abaixo:

Senti de repente que para mim dava no mesmo que existisse um mundo ou que nada houvesse em lugar nenhum. Passei a perceber e a sentir com todo o meu ser que diante de mim não havia nada... Pouco a pouco me convenci de que também não vai haver nada jamais. Então parei de me zangar com as pessoas e passei a quase nem notá-las... Mas para mim tudo ficou indiferente, e as questões todas se afastaram. (Dostoiévski, 1877/2017, p. 92-93)

A marca da indiferença, acima, indica claramente uma tentativa de se livrar da dor que os outros – a alteridade – causa no personagem. Quando “para de zangar com as pessoas”, anestesia o incômodo advindo do outro, descrito por Freud (1917[1915]/2010c) como uma das nossas maiores fontes de sofrimento. No quadro clínico da melancolia, a indiferença, a “vontade de nada”, vem a serviço de um anestesiamento daquilo que na vida causa dor. Outro aspecto especifica a melancolia: a presença intensa de recriminações e ofensas dirigidas à própria pessoa que pode chegar a uma punição delirante. Na experiência do luto, contudo, não se observa a perda da autoestima. No entanto, a presença da dor é evidente nas duas condições expostas.

Podemos pensar que a dor presente no luto está relacionada ao afastamento de uma posição libidinal, ou seja, um investimento afetivo, de energia que precisa deixar de existir sobre um objeto que ocupava posição importante na vida do sujeito. Não parece uma tarefa simples retirar a energia que já foi vinculada a um outro, amado e escolhido para ocupar este lugar.

O exame de realidade mostrou que o objeto amado não existe mais, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. Isso desperta uma compreensível oposição – observa-se geralmente que o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando um substituto já se anuncia. (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 173)

O luto é uma vivência gradual, que demanda tempo e energia – vide a expressão “trabalho de luto”. “É cumprida aos poucos, com grande aplicação de tempo e energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido se prolonga na psique” (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 174). Com isso, todas as lembranças do objeto amado que estavam ligadas à libido são revividas e superinvestidas. Este primeiro superinvestimento inclui a vivência intensa do objeto perdido na fantasia do sujeito, para que, posteriormente, ocorra o desligamento da libido, que é justamente o trabalho do luto.

Não é fácil fundamentar economicamente porque é tão doloroso essa operação de compromisso em que o mandamento da realidade pouco a pouco se efetiva. É curioso que esse doloroso desprazer nos pareça natural. Mas o fato é que, após a consumação do trabalho do luto, o Eu fica novamente livre e desimpedido. (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 174)

Em relação ao quadro clínico da melancolia, a perda está mais ligada ao plano de um ideal e menos a uma perda na realidade, proveniente de um fato propriamente dito. O objeto, na melancolia, pode não ter morrido, mas ele é perdido enquanto objeto amoroso. Freud (1917[1915]/2010c) utiliza o exemplo de uma noiva abandonada, em que a mulher perde o objeto amoroso idealizado, o que remete a uma perda em um lugar mais inconsciente e subjetivo. Percebemos, com isso, uma indefinição maior sobre o que se perdeu no quadro clínico da melancolia.

Tanto no estado de luto quanto na melancolia, o Eu fica absorvido. No luto, o sujeito fica completamente voltado para o trabalho de desinvestimento libidinal que precisa realizar diante da perda do objeto amado, mas, na melancolia, o que absorve tão intensamente o doente não é tão claro. Além disso, na melancolia, temos o acréscimo de intensa diminuição da autoestima, concomitante a um empobrecimento do Eu. “No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu” (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 176). O que é intrigante na melancolia é que a causa para tamanho desprezo pelo próprio Eu não é evidente, há um desconhecimento nesse lugar. Somado a este enigma, temos ausência do sentimento de vergonha em verbalizar tudo aquilo que o melancólico sente sobre si mesmo: “[...] uma insistente comunicabilidade que acha satisfação no desnudamento de si próprio” (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 177).

No romance acima citado, “O sonho de um homem ridículo”, podemos também perceber em algumas passagens a expressão da relação intensa de desprezo para consigo mesmo: “Estendia-lhes os braços, me culpando, me amaldiçoando e me desprezando em desespero. Dizia-lhes que eu é que tinha feito tudo isso, só eu; eu é que tinha trazido a perversão, a doença e a mentira!” (Dostoiévski, 1877/2017, p. 120). Por meio desta citação, vislumbramos a dor que o melancólico carrega; dor decorrente de uma culpa por todos os males da humanidade, como se ele fosse o detentor de todas as coisas ruins que acontecem no mundo. “Só sei que a causa do pecado original fui eu. Como uma trinquina nojenta, como um átomo de peste infestando um Estado inteiro, assim também eu infestei com a minha presença essa

Terra que antes de mim era feliz e não conhecia o pecado” (Dostoiévski, 1877/2017, p. 117).

No que se refere a este ponto intrigante, Freud (1917[1915]/2010c) nos oferece a chave da questão. O melancólico parece queixar-se de si próprio e atribuir todas as piores características à sua personalidade, mas a observação e a escuta atenta nos fazem perceber que o sujeito está atribuindo todas as piores injúrias à figura de alguém que ama, amou ou deveria amar. “Para eles, queixar-se é dar queixa, no velho sentido do termo. Não se envergonham nem se escondem, pois tudo de desabonador que falam de si mesmos se refere, no fundo, a outra pessoa” (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 179-180).

Dessa maneira, podemos observar que o melancólico sofre um abalo na relação com o objeto por conta de uma decepção, da quebra de um ideal que tanto almeja. A libido que estava voltada para o objeto não consegue voltar-se para outro objeto e fica presa no Eu. Neste sentido, ocorre uma identificação do Eu com o objeto amado. Na melancolia, “[...] a sombra do objeto caiu sobre o Eu, e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado” (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 181). Desta forma, a perda do objeto transforma-se em uma perda do Eu.

No “Rascunho G”, Freud (1950[1895]/1996b) escreve a Fliess sobre o quadro clínico da melancolia pelo viés da perda da atividade pulsional, e se refere à dor como um “buraco”. Neste manuscrito, a melancolia é relacionada à imagem de uma hemorragia interna, tendo como marca uma dor demasiada. A significativa perda da quantidade de excitação e de estímulos pode produzir um efeito de retração na direção da esfera psíquica, o que produz uma ferida. Com isso, os neurônios são obrigados a afastar seus investimentos da excitação e este movimento gera sofrimento. “Essa retração para dentro atua de forma inibidora, como uma ferida, num modo análogo ao da dor” (Freud, 1950[1895]/1996b, p. 252).

Rocha (2011) pontua que, neste manuscrito, a dor é apresentada de uma forma que pode parecer bizarra, como um “buraco”. Assim, a ruptura causada no paraexcitação produz uma ferida que é semelhante a um “buraco” no corpo. Podemos encontrar a expressão desse buraco em uma das passagens do personagem melancólico de Dostoiévski: “Uma indignação profunda acendeu-se de repente no meu coração, e de repente senti nele uma dor física. É a minha ferida – pensei –, é o tiro, lá está a bala” (Dostoiévski, 1877/2017, p. 104).

Edler (2018) pontua que podemos utilizar a imagem de um furo, como se na melancolia houvesse um escoamento da excitação neste furo, por meio do qual toda energia se esvaísse. Complementando, no quadro clínico da melancolia, este buraco estaria localizado na esfera psíquica e, devido a este fato, encontraríamos a fadiga, fraqueza e perda de toda a atividade e vitalidade para o viver. “Existiria, na melancolia, um luto pela perda de libido” (Edler, 2018, p. 30).

Edler (2018) pontua um aspecto paradoxal presente no quadro clínico da melancolia, no qual teríamos, de um lado, a autoestima muito diminuída e, ao mesmo tempo, uma volta muito intensa para si mesmo. A autora destaca que, mesmo no movimento excessivo de crítica a si próprio, o sujeito ocupa um lugar muito centralizado. Esta característica da autorreferência pode se manifestar nas recriminações intensas dirigidas ao próprio eu, podendo chegar a um delírio de grandeza e ao estado maníaco.

Freud (1917[1915]/2010c) aponta que o automartírio do melancólico inclui uma satisfação das tendências sádicas e de ódio sentidas por um objeto, que, ao invés de serem dirigidas a ele, voltam-se para a própria pessoa. Freud formula que este sadismo explica a inclinação ao suicídio presente na melancolia:

Agora a análise da melancolia nos ensina que o Eu pode se matar apenas quando, graças ao retorno do investimento objetal, pode tratar a si mesmo como um objeto, quando é capaz de dirigir contra si a hostilidade que diz respeito a um objeto... (Freud, 1917[1915]/2010c, p. 185)

Com isso, podemos notar também que a possibilidade de realizar o trabalho do luto inclui algumas condições importantes para que o sujeito possa se separar do objeto, como no caso da melancolia. Estas diferenças citadas em relação ao luto e à melancolia são fundamentais para a clínica, principalmente nas situações de tentativa de suicídio, as quais estamos investigando.

2.4

A dor no “Além do princípio de prazer”

Neste momento, consideraremos a experiência da dor em relação às situações que não estão submetidas ao princípio de prazer. Em “Além do princípio de prazer”, Freud (1920/1996j) apresenta algumas situações em que a dor está presente e, a partir disso, formula a segunda teoria pulsional e uma nova concepção sobre o funcionamento humano. Neste texto, Freud aproxima a dor da dimensão de

invasão, como algo que o psiquismo não suporta. Ao longo da vida, estamos expostos a diversas tensões e o aparelho psíquico recebe estímulos e excitações durante grande parte do tempo. Até então, pensávamos que o princípio de prazer regia e controlava a quantidade de excitações presentes, de tal modo que a evitação do desprazer implicaria em uma produção de prazer. Neste sentido, o desprazer corresponderia a um aumento na quantidade de excitação, e o prazer, a uma diminuição.

O princípio de prazer representa a tentativa de manter a constância e o equilíbrio do aparelho, buscando sair dos extremos, trazendo consigo a ideia de que a vida é a busca de prazer sem excessos. Portanto, aquilo que é sentido como muito intenso seria eliminado. Porém, há uma parte em nós excessiva e destrutiva. A tensão é o que constitui tudo. Neste sentido, o princípio de prazer não dá conta de explicar o funcionamento humano. O aparelho psíquico possuiria, então, dois movimentos essenciais e conjugados: um que visa à manutenção do mesmo e outro que busca a diferença. As descargas acontecem tanto pela via da construção, como pela via da disjunção.

Freud (1920/1996j) propõe que o princípio de prazer se dirige a manter baixa a quantidade de excitação, uma vez que o aumento da quantidade de energia é sentido como desprazer. Com a influência das pulsões do Eu, o princípio de prazer vai sendo substituído pelo princípio de realidade. Este princípio não abandona o objetivo de buscar o prazer, mas abre a possibilidade de um adiamento da satisfação e de sustentação de algum nível de desprazer como etapa no caminho de encontro ao prazer.

O quadro clínico nomeado por Freud (1920/1996j) de neurose traumática expressa a condição subjetiva relacionada ao contexto de guerra de sua época. Por meio deste quadro clínico, podemos perceber uma nova função para os sonhos, além do aspecto realizador de desejos. Tal quadro ocorria após graves desastres ferroviários e acidentes que envolviam risco de vida; os sintomas eram prioritariamente motores e apresentavam uma acentuada indisposição. Neste caso, a noção de trauma é fundamental, uma vez que este causaria uma perturbação em termos de energia no aparelho psíquico, tendo uma relação com o susto, em que há uma falta de qualquer preparo para a angústia. Diferentemente do caso dos estados de medo e angústia, em que temos uma possibilidade de preparo para o perigo, o susto nos confronta com o despreparo diante do desconhecido.

Podemos perceber, então, uma relação importante entre o trauma e o susto, sendo elementos que estão interligados. Estes pacientes que apresentavam o quadro da neurose traumática trazem uma vivência específica dos sonhos. Eles sonhavam com situações que os levavam repetidamente de volta à situação do acidente, acordando em outro susto. Assim, estariam fixados no momento do acontecimento traumático e seus sonhos não seriam considerados realização de desejos inconscientes.

Rocha (2011) afirma que os sonhos das neuroses de acidente têm a marca de um susto, como se o sujeito estivesse vivendo a situação traumática pela primeira vez. A leitura do susto neste caso seria relacionada a uma parte que não foi elaborada e que é revivida como experiência atual. Podemos extrair deste ponto que o resquício que não foi elaborado retorna em repetição no sonho em uma tentativa de ligação psíquica. Não será possível que a elaboração seja feita pelo modelo da tensão e da descarga próprios da experiência da satisfação. Com isso, a especificidade da dor nos coloca diante de uma energia desligada, que busca alguma ligação psíquica.

Freud (1920/1996j) continua sua investigação a respeito dos processos mentais que não são acompanhados e nem conduzem ao prazer. O jogo do *fort-da* foi analisado por Freud, enquanto observava seu neto, nos intervalos em que a mãe se ausentava. Ele começou a perceber que, na brincadeira do carretel, a criança estaria dando conta de uma situação de desprazer causada pela ausência da mãe. A criança passaria de uma posição passiva de ser abandonada pela mãe, para uma posição ativa no jogo, em que ela é que manda a mãe embora ao jogar para longe o carretel. Com isso, atende a sua pulsão de dominação. A repetição através do brincar satisfaz e corresponde a uma maneira de lidar com o desamparo e com a experiência desagradável sentida na ausência da mãe. Segundo o autor: “Quando a criança passa da passividade da experiência para a atividade do jogo, transfere a experiência desagradável para um de seus companheiros de brincadeira e, dessa maneira, vingase num substituto” (Freud, 1920/1996j, p. 28).

Aos poucos, Freud (1920/1996j) vai percebendo que a repetição defende o sujeito e ajuda-o a dar conta de uma situação dolorosa, que pode se tornar traumática. Além disso, nos alerta para os perigos de tornar rígida a atividade do analista em tentar fazer o paciente recordar o que está reprimido. Sob o modelo da neurose, o paciente procura o tratamento devido ao sofrimento decorrente de um

conflito psíquico entre seu desejo e sua moral. Uma parte do que está inconsciente, contudo, não seria possível de ser lembrada. O analista precisa reconhecer este limite e trabalhar a partir do que se apresenta como atuações e repetições. O próprio modelo pautado na transferência provoca este movimento no paciente, de tal modo que o analisando repete na relação com o analista parte do material reprimido:

Essas reproduções, que surgem com tal exatidão indesejada, sempre têm como tema alguma parte da vida sexual infantil, isto é, do Complexo de Édipo, e de seus derivativos, e são invariavelmente atuadas (*acted out*) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico. Quando as coisas atingem essa etapa, pode-se dizer que a neurose primitiva foi então substituída por uma nova, pela “neurose de transferência”. (Freud, 1920/1996j, p. 29)

Neste momento de sua formulação, Freud (1920/1996j) colocou muito em pauta o tema da repetição, que se apresentaria ao longo do tratamento analítico e na vida de cada um de nós. Desta forma, o autor começa a se aproximar de situações dolorosas que se repetem na relação transferencial e formula a ideia de compulsão à repetição. Esta compulsão à repetição causa desprazer ao Eu, pois traz notícias de moções pulsionais reprimidas. A suposição de uma compulsão à repetição em nossa mente afeta a visão de funcionamento psíquico, na medida em que se postula algo para além do princípio de prazer. Este ponto nos ajuda a compreender a função de alguns fenômenos, como os sonhos nas neuroses traumáticas e o que levaria as crianças a brincarem em determinadas situações. Assim, os sonhos nas neuroses traumáticas e a brincadeira da criança de abandono e retorno obedecem a uma compulsão à repetição presente na mente.

A noção de trauma é muito cara à psicanálise, e Freud (1920/1996j) formula uma perspectiva para este acontecimento como algo que irrompe, que provoca rupturas na barreira protetora do aparelho psíquico. Isto que vem de fora gera distúrbios no nível de energia a ser despendido pelo organismo e ativa nossas medidas defensivas. Assim, o traumático está situado no campo do “além do princípio de prazer” e a pulsão de morte seria o correlato da compulsão à repetição. A compulsão à repetição é o retorno do traumático na experiência, distante do registro representacional. Com isso, Freud inaugura uma visão sobre o trauma como excesso:

Parece-me que o conceito de trauma implica outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defendidas possíveis. (Freud, 1920/1996j, p. 40)

Sabemos, também, que a pulsão de vida e a pulsão de morte estão misturadas e trabalhando juntas. Por outro lado, uma tendência maior à pulsão de morte pode ser catastrófica. O suicídio estaria relacionado com esta tendência aumentada para uma das pulsões, neste caso, a pulsão de morte em sua face destrutiva. Freud (1920/1996j) supera uma visão dualista na qual teríamos duas espécies de pulsões em oposição, ocupando funções diferentes e complementares.

A pulsão de vida, relacionada com a capacidade de ligação na vida, estaria em conjugação com a pulsão de morte, que procura conduzir o que é vivo à separação, à diferença. A ideia apresentada é a de que estes dois processos estariam constantemente em ação no humano. Ou seja, forças assimilatórias e construtivas, de ligação; e forças destrutivas e dissimilatórias estariam unidas no indivíduo. O princípio de nirvana nos ajuda a entender a origem dessa necessidade de restaurar um estado anterior de coisas:

A tendência dominante da vida mental e, talvez, da vida nervosa em geral, é o esforço para reduzir, para manter constante ou para remover a tensão interna devido aos estímulos (o “princípio de Nirvana”, para tomar de empréstimo uma expressão de Barbara Low [1920, 73]), tendência que encontra expressão no princípio de prazer, e o reconhecimento desse fato constitui uma de nossas mais fortes razões para acreditar na existência dos instintos [pulsões] de morte. (Freud, 1920/1996j, p. 66)

Freud (1920/1996j) ressalta que a pulsão de vida possui um contato maior com a nossa percepção interna, já a pulsão de morte parece realizar seu trabalho mais silenciosamente. Este aspecto se dá porque não está ligada à representação, mantendo-se em nosso inconsciente. Sabemos que o que está suscetível ao recalque é a representação. O afeto, contudo, não pode ser recalcado. No sentido da representação, a pulsão de morte pode ser considerada mais silenciosa. Por outro lado, pode levar a situações graves que causariam muito ruído e riscos. Diante de uma tentativa de suicídio, podemos, então, indicar uma tendência maior para as pulsões de morte em sua expressão autodestrutiva, que busca eliminar qualquer tipo de tensão.

2.5

A dor em “Inibição, sintoma e angústia”

No Complemento C, intitulado “Angústia, dor e luto”, do texto “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926/2011a) se detém na especificidade da dor psíquica, relacionando-a ao afeto da angústia e ao estado de luto. Com isso, há

aproximações e diferenças importantes que contribuem para uma caracterização da dor. É fundamental ressaltar, contudo, que a dor está presente de maneira intensa e significativa em momentos de perda de objeto. Para Freud (1926/2011a), a angústia surge como uma reação diante do perigo da perda do objeto. Neste sentido, a angústia se apresenta como um sinal, algo que acontece previamente à situação de perda. Temos, então, a angústia sinal como um alerta, um aviso prévio de que o psiquismo está em risco, na iminência de um colapso. O luto, conseqüentemente, é uma reação posterior à perda, é um estado que se coloca frente à concretização da perda, do abandono ou da separação do objeto amado.

Desta forma, o autor destaca uma particular sensação dolorosa durante o processo de luto. O reconhecimento da dor como um dos componentes do luto nos permite refletir a respeito das circunstâncias que provocam angústia, o luto e a dor em decorrência da perda. O que faz um sujeito sentir angústia diante da separação de um objeto? Quando é possível que um luto se inicie? Em que momento a dor aparece e como podemos nomeá-la?

Freud (1926/2011a) toma como referência a situação em que um bebê espera ver sua mãe, mas, no lugar desta, encontra outra pessoa. Quando o bebê se dá conta de que sua mãe não está ao alcance de sua visão, é tomado pela angústia. Podemos perceber, desta forma, que a angústia aqui se aproxima da experiência de desamparo. Tal afeto é atravessado pelo perigo de perder a mãe. Além disso, o autor supõe que há também, nesta circunstância, dor. Na maioria dos casos, o bebê reage com choro, um olhar e expressão que nos permitem identificar, também, a presença de dor. O bebê ainda não possui os recursos psíquicos que possibilitam separar o que é uma ausência temporária e uma ausência longa ou até mesmo definitiva. Neste estágio de vida, a ausência temporária é vivida de forma radical, sendo a angústia uma reação ao perigo de nunca mais ver a mãe. Assim, o bebê precisa viver uma sequência de experiências apaziguadoras para aprender e internalizar que, normalmente, a mãe reaparece. Para Freud (1926/2011a), a mãe tem um papel central neste processo:

Ela faz amadurecer esse conhecimento, tão importante para ele, com a familiar brincadeira de ocultar-lhe o rosto e em seguida novamente mostrá-lo, para alegria do bebê. Então ele pode, digamos, sentir anseio que não é acompanhado de desespero. (Freud, 1926/2011a, p. 120)

Freud (1926/2011a) aprofunda ainda mais a reflexão no que se refere à vivência do bebê, reformulando que tal vivência, para ele, não é de perigo, mas sim traumática, posto que o bebê não possui recursos para compreender a ausência da mãe. Nas palavras do autor: “ou melhor, é traumática se nesse instante ele tem uma necessidade que a mãe deveria satisfazer; transforma-se em situação de perigo se tal necessidade não é atual.” (Freud, 1926/2011a, p. 121).

Neste sentido, a angústia tem como primeira condição a percepção da falta do objeto, que, naquele instante, se torna análoga à perda do mesmo. Na situação do bebê, ele não consegue separar ausência de perda, ou seja, não consegue sustentar a espera e vivencia a ausência como se esta fosse equivalente à perda. Será que a relação da falta equivalente à perda poderia ser pensada em situações de desespero, em que o sujeito coloca a sua própria vida em risco? O que possibilitaria um sujeito a lidar com a ausência de outra forma, para além da via da perda?

Ao longo do crescimento, a criança vai adquirindo outra dimensão da perda, para além daquela relacionada à perda do amor do outro, principalmente daquele que ocupa a função de cuidado. Nos períodos anteriores, a perda não era uma possibilidade, uma vez que não estava em consideração. Nas palavras do autor: “Mais tarde, a experiência ensina à criança que o objeto pode continuar existindo, mas estar zangado com ela, e então a perda do amor do objeto torna-se um novo, bem mais persistente perigo e condição de angústia” (Freud, 1926/2011a, p. 121).

Para Freud (1926/2011a), a dor é uma reação à perda do objeto em si, ou seja, na experiência da dor, a perda do objeto já aconteceu. Com isso, a dor é a consequência de uma perda. Neste caso, a perda já se deu. A angústia, contudo, é uma reação ligada ao perigo que a perda do objeto traz consigo. Podemos extrair deste ponto que a angústia possui a marca do perigo que a perda oferece ao sujeito, uma perda que envolve o lugar do objeto no âmbito de seus investimentos e em sua vida. Além disso, a dor tem sua origem em um estímulo que atinge a periferia e rompe os dispositivos que protegem contra estímulos e passa a agir como um estímulo pulsional constante.

Na situação de dor física, desloca-se um intenso investimento de energia para a parte do corpo adoecida ou dolorida. Este tipo de investimento foi nomeado de “narcísico”, possuindo um efeito de esvaziamento no Eu. Nas palavras do autor: “É sabido que, ao sentir dor em órgãos internos, temos noções espaciais e de outro

tipo das partes do corpo envolvidas, que normalmente não são representadas na imaginação consciente” (Freud, 1926/2011a, p. 122).

Há uma relação entre dor física e dor psíquica importante no que se refere ao nível de investimento demandado em cada caso. O que marca a passagem da dor física para a dor psíquica é o tipo de investimento que, na dor física, era narcísico e, na dor psíquica, torna-se objetal. “A noção de objeto altamente investida pelas necessidades desempenha o papel do local do corpo investido pelo aumento de estímulo” (Freud, 1926/2011a, p. 123).

O luto seria, então, considerado uma das reações emocionais possíveis diante da perda do objeto. No luto, há o fato de que o objeto não está mais presente. Assim, a realidade impõe que o sujeito se separe do objeto por meio de um trabalho psíquico profundo, marcado pelo superinvestimento nas fantasias presentes no entorno do objeto, para que, em um momento seguinte, o investimento no objeto perdido se esgote e possa se dar em outras direções.

Cabe ao luto a tarefa de executar esse desprender-se do objeto em todas as situações em que o objeto era alvo de grande investimento. O caráter doloroso dessa separação condiz com a explicação acima, a do elevado e irrealizável investimento com anseio no objeto, na reprodução das situações em que a ligação ao objeto deve ser dissolvida. (Freud, 1926/2011a, p. 123)

O luto é, então, um processo que o sujeito pode vir a realizar diante da perda de um objeto amado – o que foi apresentado anteriormente a partir do texto “Luto e melancolia”, pela distinção com o quadro clínico da melancolia. Freud (1917[1915]/2010c) considera o luto como um trabalho psíquico diante da perda, ressaltando as características de abatimento e rebaixamento do Eu perante a perda do objeto, uma vez que o Eu direciona toda a sua energia para as lembranças do objeto amado. Neste momento, Freud (1926/2011a) faz um complemento importante, enfatizando o aspecto de separação com o objeto amado que o luto permite que aconteça. No que diz respeito à temática da tentativa de suicídio como uma expressão de uma dor psíquica insuportável, é fundamental considerar a especificidade da dor psíquica em psicanálise vista como excesso, implosão, ruptura e perda.

3

O trauma e a urgência psíquica na clínica do suicídio

Discorreremos, no primeiro capítulo, sobre a noção de dor psíquica, relacionando-a com as intensidades que as experiências deste fenômeno implicam e seus efeitos psíquicos. Diante de uma tentativa de suicídio, podemos pensar que o viver se tornou por demais penoso e uma intensidade se volta para o próprio sujeito. Neste sentido, torna-se fundamental, a nosso ver, explorar o conceito psicanalítico de pulsão, constitutiva do psiquismo, visando a compreender as forças que podem estar em questão na dinâmica do sofrimento e da dor na expressão do ato do suicídio. A pulsão é concebida por Freud como uma pressão permanente e incessante em cada um de nós, que nos conduz a buscar a construção de vínculos, no sentido da união, assim como pode também nos guiar para caminhos mais violentos e até mesmo autodestrutivos. A pulsão é um dos conceitos fundamentais da psicanálise, que nos auxilia na sustentação de uma clínica do suicídio, em que as intensidades e urgências psíquicas são presentes.

A pulsão é considerada em psicanálise uma energia constante, uma força espontânea, vital, que percorre o aparelho psíquico e move o humano. Somos seres pulsionais; tudo o que pensamos e produzimos é movimentado pela pulsão. Em “Os instintos e suas vicissitudes”, Freud (1915/1996h) a define como um conceito-limite entre o psíquico e o somático, sendo uma energia que nos impulsiona e está em conexão íntima com o psíquico e o corpóreo. Um de seus destinos possíveis é a volta contra a própria pessoa, contra o próprio Eu, que é de interesse para esta pesquisa, uma vez que o suicídio é um ato violento que põe em risco a vida do próprio sujeito.

Sigmund Freud constrói duas teorias pulsionais. A primeira, descrita em 1910, é marcada pelo conflito psíquico entre a moral e o sexual, em que as pulsões do Eu, também chamadas de autoconservação, e as pulsões sexuais estariam em conflito. Segundo esta ideia, as pulsões do Eu buscam a preservação da espécie, enquanto as pulsões sexuais buscam sua reprodução, assim como representam a força fundamental de todas as manifestações da atividade psíquica. Além disso, o recalque exerce a função de tornar inconsciente o desejo sexual. A segunda teoria pulsional, formulada em 1920, é a conjugação das pulsões de vida, entendidas como

o que possibilita o sujeito estabelecer ligações; e a pulsão de morte, como o movimento que permite disjunções e separações.

Seguindo a linha dos aportes teóricos que possam sustentar uma escuta clínica para o suicídio, consideramos o trauma uma noção fundamental para compreender esta temática e os efeitos que ele produz no aparelho psíquico. O trauma perpassa a teoria psicanalítica: em um primeiro momento, o trauma é articulado a uma cena de sedução, conforme descrito nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-1895/1996), em que o trauma teria sua origem em uma experiência de assédio sexual, tendo uma representação e uma narrativa inconsciente; e uma segunda teoria do trauma, conforme descrita em “Além do princípio de prazer” (Freud, 1920/1996j), na qual se postula a relação do trauma com um afluxo excessivo de energia que provoca a efração do paraexcitação, articulando-o ainda à pulsão de morte e à compulsão à repetição. Neste segundo momento, será priorizado o trauma pensado a partir da pulsão de morte, o que consideramos ocupar um lugar de importância em pacientes que vislumbram o suicídio como saída para a dor. Um dos aspectos centrais em relação ao trauma é a capacidade de inibir a simbolização – processo que possibilita ao sujeito representar, metabolizar as experiências pela via da subjetivação. Neste sentido, o trauma, pelo ponto de vista do excesso e do irrepresentável, pode ser predominante em situações-limite, tal como na problemática do suicídio.

O segundo dualismo pulsional, na obra freudiana, dá destaque à concepção do trauma, noção presente desde o início da psicanálise. O trauma é um dos principais objetos de investigação do criador deste campo do saber. Rudge (2009) pontua que a noção de trauma adquire um espaço de interesse e retoma um lugar de relevância na atualidade, uma vez que as diversas situações de insegurança, violência, catástrofes e desastres produzem consequências para o psiquismo e para a vida de todos.

Rudge (2009) realiza uma pesquisa sobre o trauma, destacando as principais concepções psicanalíticas acerca desta noção. Segundo ela, “O trauma não é o acontecimento em si, mas o modo como esse acontecimento incide sobre o psiquismo de alguém e por ele é processado” (p. 8). A psicanálise prioriza a singularidade, a escuta de cada sujeito e se apoia na história de vida infantil, que é sempre única. Assim, podemos pensar que justamente o fator decisivo para um acontecimento configurar-se como um trauma é a forma como ele é tomado pelo

sujeito. Quais os recursos e caminhos possíveis para lidar com um evento? O que torna este evento um trauma? Mais uma vez, temos o valor da singularidade no que diz respeito aos processos mentais e como os mesmos podem ser processados pelo sujeito.

A autora nos lembra que a palavra “trauma” se mantém a mesma em quase todos os idiomas do Ocidente. Sua origem é do grego e significa “ferida”. Na Medicina, trauma significa lesões no organismo ocasionadas por fatores externos. Complementa ainda que, no campo da psicopatologia, designa eventos que rompem com o estado anterior de coisas do psiquismo, o que exige uma reconstrução para se instalar uma nova organização diante do mundo.

Uchitel (2011) aponta que o trauma possui a capacidade de questionar a teoria, uma vez que ele lhe impõe desafios de diversas formas: do lugar da realização de desejos presente nos sonhos, do princípio de prazer como o principal organizador dos processos psíquicos e do papel do conflito defensivo nos quadros clínicos. Além disso, o trauma nos coloca diante dos impasses e limites da interpretação em relação à compulsão à repetição, como também no que diz respeito à metapsicologia do funcionamento psíquico. Desta forma, o traumático inclui um trabalho de pensar nas relações e integrações entre o dentro e fora, psiquismo e corpo, como também nos diversos níveis da realidade humana, dentre eles, o físico, o psíquico e o químico.

Segundo a autora, os efeitos devastadores da Primeira Guerra Mundial fizeram com que Freud se debruçasse sobre as neuroses de guerra, evidenciando o trauma na forma da “neurose traumática”, o que deu subsídios para o desenvolvimento da ideia de um “além do princípio de prazer”. A “neurose traumática” possui uma especificidade em seus sonhos traumáticos, o que nos ajuda a compreender a repetição dos mesmos destinos, da compulsão repetitiva e dos processos que ocorrem no campo para além da predominância do princípio de prazer, dominado pela pulsão de morte.

O organismo tende a buscar o equilíbrio entre o interior e o exterior que nos afeta e oferece muitos estímulos. Neste sentido, a descarga ocupa uma função para as excitações internas e a fuga para as excitações externas. Na condição traumática, contudo, essa resposta não é possível, impedindo que o princípio de constância assegure o princípio de prazer. Há um perigo decorrente do aumento do afluxo de excitação para além do que é tolerável. A impossibilidade de responder por meio

da luta e da fuga provoca uma situação de paralisia. É neste viés que o trauma é considerado excesso, surpresa, bloqueio e uma ameaça à vida. Além disso, podemos dizer que a falha do princípio de prazer e de constância encontra-se na base da teoria econômica do trauma.

3.1

O trauma e a compulsão à repetição

Na esteira dos textos metapsicológicos, recorreremos ao texto “Além do princípio de prazer”, no qual Freud apresenta novos aspectos sobre o funcionamento psíquico, formulando uma nova concepção da vida mental com o segundo dualismo pulsional – as pulsões de vida e de morte, que atuam em todos nós – e expondo a compulsão à repetição como um fenômeno clínico. Somado a isso, temos o tema da destrutividade sendo considerado fundamental para a psicanálise, campo do saber que, desde sua inauguração, possui articulação com a clínica. A experiência cultural e social da guerra, somada ao contexto pessoal de Freud, que vivia um câncer há muitos anos, contribuíram para a construção do conceito de pulsão de morte. Assim, este conceito carrega a ideia de que há algo no humano que o move para a direção de desfazer vínculos e ligações, sendo considerado uma força primária.

Segundo Freud (1920/1996j), o aparelho psíquico está o tempo todo suscetível a sentimentos de prazer e desprazer. A relação com o mundo externo, com o outro, e a nossa própria capacidade de processar estímulos e eventos faz com que tenhamos contato com diferentes níveis de tensão, os quais podem produzir sentimentos de prazer e de desprazer, associados à quantidade de excitação. Desta forma, temos o ponto de vista econômico como um elemento importante na regulação do aparelho psíquico.

Os sentimentos de prazer e desprazer são dominados por princípios que controlam os processos mentais. Antes da formulação de um “além do princípio de prazer”, acreditava-se que havia um esforço em manter a excitação mais baixa possível ou constante. Seguindo esta ideia, o aumento da quantidade é sentido como desagradável e contrário ao funcionamento do aparelho. O princípio de prazer decorreria do princípio de constância, tal como exposto no princípio de Fechner, em que, supostamente, haveria uma tendência na direção da estabilidade. Porém,

Freud contraria a ideia de uma predominância do princípio de prazer no curso dos processos mentais:

Deve-se, contudo, apontar que, estritamente falando, é incorreto falar na dominância do princípio de prazer sobre o curso dos processos mentais. Se tal dominância existisse, a imensa maioria de nossos processos mentais teria de ser acompanhada pelo prazer ou conduzir a ele, ao passo que a experiência geral contradiz completamente uma conclusão desse tipo. (Freud, 1920/1996j, p. 19)

A ideia de que o objetivo do aparelho psíquico seria buscar o prazer e evitar o desprazer esteve presente desde o início da psicanálise. Tal formulação se sustentava pela hipótese de que o aparelho tenta manter a energia mais baixa possível ou atingir a constância. Por meio de observações pessoais e situações clínicas em que o desprazer era predominante no curso dos processos mentais, contudo, o criador da psicanálise começou a perceber que, em algumas circunstâncias, o psiquismo não consegue submeter seus processos ao princípio de prazer. Neste sentido, o princípio de prazer é considerado um método primário de funcionamento do aparelho, porém, possui limitações na relação com o mundo externo, ameaçando a autopreservação e, por este motivo, é substituído pelo princípio de realidade. Nas palavras do autor:

Sob a influência dos instintos [pulsões] de autopreservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo princípio de realidade. Este último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer. (Freud, 1920/1996j, p. 20)

O quadro clínico nomeado por Freud (1920/1996j) de “neurose traumática” demonstra a força da fixação na situação do trauma. Primeiramente, vinculado a acidentes e ao contexto da guerra, os sintomas que retornam neste caso expressam a presença e a atualidade do traumático. Rudge (2009) pontua que as neuroses de guerra, provenientes dos campos de batalha, desencadearam o interesse dos psicanalistas da época pelas neuroses traumáticas. Assim, os acontecimentos históricos tiveram consequências cruciais para a teoria do trauma e para a psicanálise como um todo. Os sonhos das neuroses traumáticas distanciam-se da realização de um desejo e trazem de volta o momento do acidente. Desta forma, o elemento marcante na neurose traumática é a fixação a quando o trauma ocorreu.

Segundo Rudge (2009), as neuroses traumáticas desencadeadas no pós-guerra possuem como característica principal uma fixação ao momento do acidente. Tal evento passa a ser revivido e reeditado nos sonhos, ressurgindo como ataques

que parecem colocar o sujeito novamente na situação do trauma. A repetição da experiência é tão forte, que se assemelha a uma alucinação do acontecimento traumático, o que ficou conhecido atualmente como *flashback*. Tal sintoma não é de fato alucinatório, uma vez que o sujeito sabe que o trauma não está acontecendo novamente.

Rudge (2009) ressalta que, no caso das neuroses de guerra, há relação direta com um perigo externo. Para tentar compreender o motivo pelo qual muitos soldados adoeceram, podemos ter como hipótese, à luz do pensamento freudiano, que, na neurose traumática, ocorre uma cisão do eu, uma divisão intensa entre a vida do sujeito antes e depois do combate na guerra. Neste caso, temos uma diferença importante em relação à histeria, pois o acontecimento traumático em questão é recente e não remete a uma experiência infantil.

Enquanto os sintomas neuróticos eram considerados por Freud como ligados à sexualidade, já que a análise demonstrava que sempre apresentavam relações simbólicas com uma fantasia de desejo, os da neurose traumática apenas repetiam de forma literal, nada metafórica, aquele fato recente que caíra na vida do traumatizado como uma pedra em seu caminho e que não se tornava passado. (Rudge, 2009, p. 42)

No que diz respeito aos sintomas presentes na neurose traumática, estes são causados por acontecimentos da vida adulta, e a neurose que se apresenta não possui ligações com o passado do sujeito. É fundamental ressaltar, contudo, que aquele que apresenta uma neurose traumática também é marcado por suas vivências infantis, e precisamos considerá-las para entender as implicações dos acontecimentos traumáticos na vida do sujeito.

O trauma é, pois, o impacto de um acontecimento sobre um psiquismo singular, e o solo constituído pela história passada do sujeito na determinação do significado que esse acontecimento assume para ele não pode ser desconsiderado, seu mundo de fantasias deve ser levado em conta. Entretanto, são as experiências recentes, que não se consegue assimilar nem esquecer, que são determinantes na constituição dos sintomas, até mesmo da forma que assume um reviver incessante. (Rudge, 2009, p. 43)

Neste momento teórico, Freud está voltado para as observações clínicas que indicam a repetição de situações desprazerosas. Além da neurose traumática, temos a brincadeira das crianças que, por meio do jogo, lidam com os períodos em que os cuidadores estão ausentes. O *fort-da*, tal como apresentado anteriormente, a brincadeira de desaparecimento e retorno, inclui um prazer de outra ordem, o prazer de se vingar daquele que o abandonou, estando presente aqui a pulsão de domínio. Neste sentido, a experiência de desprazer do abandono encontra caminho de

expressão pela via do brincar. Nas palavras do autor: “Isso constitui prova convincente de que, mesmo sob a dominância do princípio de prazer, há maneiras e meios suficientes para tornar o que em si mesmo é desagradável num tema a ser rememorado e elaborado na mente” (Freud, 1920/1996j, p. 28).

Freud já percebera que a repetição é algo muito marcante na análise dos pacientes neuróticos. Ele nomeia este fenômeno de “compulsão à repetição”, sendo uma expressão da pulsão de morte. “É claro que a maior parte do que é reexperimentado sob a compulsão à repetição, deve causar desprazer ao ego, pois traz à luz as atividades dos impulsos instintuais reprimidos” (Freud, 1920/1996j, p. 31). A resistência aos conteúdos inconscientes funciona sob a influência do princípio de prazer, que tende a evitar o desprazer que seria produzido pelo acesso ao reprimido. “Nossos esforços, por outro lado, dirigem-se no sentido de conseguir a tolerância desse desprazer por um apelo ao princípio de realidade” (Freud, 1920/1996j, p. 31).

Segundo Freud (1920/1996j), não é o reprimido que oferece resistência ao andamento do tratamento, uma vez que exerce pressão para que o conteúdo inconsciente encontre caminho pela consciência e possa ser descarregado por meio de uma ação. “A resistência durante o tratamento origina-se dos mesmos estratos e sistemas mais elevados da mente que originalmente provocam a repressão” (Freud, 1920/1996j, p. 30).

Sob a pressão da compulsão à repetição estão as experiências que não contêm possibilidade de prazer (algumas têm também prazer, como o *fort-da*), ou seja, experiências que repetem o campo doloroso. Por meio deste fato, temos também uma limitação para a capacidade de recordar o material reprimido. Neste sentido, o paciente não consegue recordar todo o material reprimido e justamente esta parte pode ser a essencial e esta pode vir em forma de repetição. “É obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado” (Freud, 1920/1996j, p. 29).

Freud (1920/1996j) relembra algumas situações comuns, em que homens e mulheres repetem a mesma situação de forma passiva, e que a consequência é sempre a mesma. “É o caso, por exemplo, da mulher que se casou sucessivamente com três maridos, cada um dos quais caiu doente logo depois e teve que ser cuidado por ela em seu leito de morte” (Freud, 1920/1996j, p. 33). Esta repetição, que Freud

nomeou como “neurose de destino”, aponta para um caminho em que ainda não há a perda da predominância do princípio de prazer, mas que fica evidente a marca da repetição, o mais do mesmo, a “perpétua recorrência da mesma coisa” (p. 33).

Segundo Freud (1920/1996j), a consciência seria uma das funções dos processos mentais presente no aparelho psíquico. O sistema consciente possui a capacidade de receber as percepções do mundo externo, e é no interior do aparelho psíquico que surgem os sentimentos de prazer e desprazer. Temos a tendência a relacionar consciência com memória, no entanto, Freud marca uma diferença importante entre elas:

A consciência não é o único caráter distintivo que atribuímos aos processos desse sistema. Com base em impressões derivadas de nossa experiência psicanalítica, supomos que todos os processos excitatórios que ocorrem nos outros sistemas deixam atrás de si traços permanentes, os quais formam os fundamentos da memória. Tais traços de memória, então, nada têm a ver com o fato de se tornarem conscientes; na verdade, com frequência são mais poderosos e permanentes quando o processo que os deixou atrás de si foi um processo que nunca penetrou na consciência. (Freud, 1920/1996j, p. 35)

Diante destas descobertas, Freud (1920/1996j) utiliza o modelo da vesícula para expressar o impacto dos estímulos externos no sistema. Neste sentido, há uma parte da substância que está em contato com a estimulação que vem de fora e começa a ter como função, principalmente, a recepção dos estímulos. Como a estimulação é muito intensa, torna-se fundamental a formação de um escudo protetor contra os estímulos. Este escudo tem como função preservar a energia para que o sistema não seja dominado pelas enormes quantidades que agem no mundo externo e podem ser ameaçadoras, e até mesmo levar à destruição. Esta barreira contra os estímulos externos é fundamental para a preservação da vida: “A proteção contra os estímulos é, para os organismos vivos, uma função quase mais importante do que a recepção deles” (Freud, 1920/1996j, p. 38). Por outro lado, no que diz respeito às excitações internas, não podemos contar com esta proteção:

No sentido do interior, não pode haver esse escudo; as excitações das camadas mais profundas estendem-se para o sistema diretamente e em quantidade não reduzida, até onde algumas de suas características dão origem a sentimentos da série prazer-desprazer. As excitações que provêm de dentro, entretanto, em sua intensidade e em outros aspectos qualitativos – em sua amplitude, talvez –, são mais comensuradas com o método de funcionamento do sistema do que os estímulos que afluem desde o mundo externo. (Freud, 1920/1996j, p. 39)

Segundo Freud (1920/1996j), estas condições resultam em duas situações definidas. A primeira delas é que os sentimentos de prazer e desprazer predominam sobre os estímulos externos. A segunda delas é a utilização de uma forma específica

de lidar com as excitações internas que são desprazerosas – há uma propensão a tratá-las como se atuassem não de dentro, mas de fora, colocando o escudo contra os estímulos em trabalho, como forma de defesa contra elas. Para o autor, esta é a origem da projeção, mecanismo presente em grande parte dos processos patológicos.

Assim, o trauma pode ser considerado uma excitação que vem de fora e tem o poder de atravessar o escudo protetor, o que implica em um rompimento da barreira contra os estímulos externos. Neste momento, podemos aproximar a noção de trauma de excesso, daquilo que produz ruptura e corte dos escudos e barreiras de proteção em nosso psiquismo:

Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que elas possam desvencilhar. (Freud, 1920/1996j, p. 40)

O aparelho psíquico possui a capacidade de receber energia nova e convertê-la em catexia quiescente, ou seja, energia que passa a ser vinculada psiquicamente. O sistema trabalha no sentido de tentar fazer ligações psíquicas, uma vez que a energia desligada atrapalha seu funcionamento e se torna um problema. Nas palavras de Freud:

Quanto mais alta a própria catexia quiescente do sistema, maior parece ser a sua força vinculadora; inversamente, entretanto, quanto mais baixa a catexia, menos capacidade terá para receber o influxo de energia e mais violentas serão as consequências de tal ruptura no escudo protetor contra estímulos. (Freud, 1920/1996j, p. 41)

No que tange às energias que o aparelho psíquico está exposto e precisa lidar, Freud indica que há dois tipos: uma delas flui livremente e tende a pressionar na direção da descarga e uma catexia quiescente, ligada psiquicamente. Podemos vislumbrar que, quando a energia é ligada psiquicamente, há um trabalho do aparelho de vinculação a alguma representação, o que impede que a energia fique solta e desconexa, o que poderia pressionar mais ainda, gerando mais tensão. A descarga pode ser compreendida como um processo que gera respostas mais disruptivas. Nas palavras do autor: “Tampouco os fenômenos muito violentos de descarga a que o sofrimento dá origem influenciam nossa explicação, porque

ocorrem de maneira reflexa, ou seja, decorrem sem a intervenção do aparelho mental” (Freud, 1920/1996j, p. 41).

Freud (1920/1996j) considera a neurose traumática como uma resposta frente a uma ruptura muito grande que foi causada no escudo protetor contra os estímulos externos. Desta forma, percebemos uma relação com a ideia de choque, de um impacto muito intenso que deixa marcas no sistema, que não consegue se proteger de tal invasão. Além disso, neste momento, o susto é considerado um elemento importante nas situações de violência e que podem ameaçar a vida do sujeito. “E atribuímos ainda importância ao elemento de susto. Ele é causado pela falta de qualquer preparação para a ansiedade” (Freud, 1920/1996j, p. 42).

Segundo Freud (1920/1996j), a preparação para o estado de ansiedade e a hipercatexia dos sistemas receptivos de estímulos constituem os últimos recursos de defesa do escudo contra estímulos. Com isso, temos a preparação do sistema psíquico como um fator decisivo para as situações traumáticas, o que indica que temos sistemas despreparados para lidar com o aumento de energia. Nas situações em que a intensidade do trauma é excessiva e ultrapassa o limite, contudo, não há preparo que seja suficiente para suportar e evitar a ruptura do escudo protetor.

Neste sentido, o exemplo dos sonhos que ocorrem na neurose traumática é utilizado, uma vez que estes não representam realização de desejo. Quando o sonho tem como função a realização de desejo, esta é ocasionada por alucinação e está sob a dominância do princípio de prazer. Por outro lado, os sonhos das neuroses traumáticas não estão a serviço desse princípio, já que levam o sujeito de volta justamente para a experiência traumática. Neste caso, tais sonhos estão tentando dominar retrospectivamente o estímulo, sendo algo anterior à dominância do princípio de prazer. Além disso, o sonho tem como tendência expressar a angústia que não se manifestou previamente à situação traumática. A angústia aqui poderia proteger o sujeito do trauma, sendo sua omissão uma das causas da neurose traumática. Assim, estes sonhos e aqueles que ocorrem durante o tratamento e levam o sujeito aos traumas infantis acontecem em sujeição à compulsão à repetição.

Dessa maneira, pareceria que a função dos sonhos, que consiste em afastar quaisquer motivos que possam interromper o sono, através da realização dos desejos dos impulsos perturbadores, não é a sua função original. Não lhes será possível desempenhar essa função até que a totalidade da vida mental houvesse aceito a dominância do princípio de prazer. Se existe um “além do princípio de prazer”, é coerente conceber que houve também uma

época anterior em que o intuito dos sonhos foi a realização de desejos. (Freud, 1920/1996j, p. 43)

Segundo Freud (1920/1996j), o processo primário encontrado no inconsciente estaria relacionado à catexia livre, que pressiona no sentido da descarga. Já o processo secundário, presente em nossa vida de vigília, estaria relacionado à catexia vinculada. Seria função dos estratos mais elevados do aparelho psíquico sujeitar a excitação pulsional que atinge o processo primário. Um fracasso em realizar essa sujeição, contudo, poderia desencadear um distúrbio semelhante a uma neurose traumática. “Até então, a outra tarefa do aparelho mental, a tarefa de dominar ou sujeitar as excitações, teria precedência, não, na verdade, em oposição ao princípio de prazer, mas independentemente dele e, até certo ponto, desprezando-o” (Freud, 1920/1996j, p. 46).

Neste percurso teórico, Freud aproxima a repetição de um caminho encontrado para dominar as excitações que ficaram dispersas, uma tentativa de ligação. Nas palavras do autor:

As manifestações de uma compulsão à repetição (que descrevemos como ocorrendo nas primeiras atividades da vida mental infantil, bem como entre os eventos do tratamento psicanalítico) apresentam em alto grau um caráter instintual [pulsional] e, quando atuam em oposição ao princípio de prazer, dão a aparência de alguma força “demoníaca” em ação. No caso da brincadeira, parece que percebemos que as crianças repetem experiências desagradáveis pela razão adicional de poderem dominar uma impressão poderosa muito mais completamente de modo ativo do que poderiam fazê-lo simplesmente experimentando-a de modo mais passivo. Cada nova repetição parece fortalecer a supremacia que buscam. (Freud, 1920/1996j, p. 46)

No que tange ao tema da repetição, podemos pensar em sua relação com o pulsional. Há uma parte conservadora das pulsões, que impele a repetir aquilo que já é conhecido. “No momento, porém, é tentador perseguir até sua conclusão lógica a hipótese de que todos os instintos [pulsões] tendem à restauração de um estado anterior de coisas” (Freud, 1920/1996j, p. 48).

A hipótese de que uma parte de nossas pulsões tende a conservar o estado anterior de coisas nos aproxima da ideia de que a vida caminha para um lugar comum, que é a morte. “O que nos resta é o fato de que o organismo deseja morrer apenas do seu próprio modo” (Freud, 1920/1996j, p. 50).

Diante de tantos fenômenos que sugerem a atração pelo sofrimento e a repetição de situações desprazerosas, Freud (1920/1996j) reformula sua teoria, postulando o segundo dualismo pulsional – composto pelas pulsões de vida e pulsões de morte. As pulsões de vida estão ligadas às pulsões sexuais e às pulsões

de autoconservação, no sentido de que possuem o potencial de encontrar outras células germinais e gerarem novas células. Além disso, são conservadoras, na medida em que preservam a vida por um período mais longo. Por outro lado, há as pulsões que têm como intuito a morte.

É como se a vida do organismo se movimentasse num ritmo vacilante. Certo grupo de instintos [pulsões] se precipita como que para atingir o objetivo final da vida tão rapidamente quanto possível, mas, quando determinada etapa no avanço foi alcançada, o outro grupo atira-se para trás até um certo ponto, a fim de efetuar nova saída e prolongar assim a jornada. (Freud, 1920/1996j, p. 51)

Freud (1920/1996j) postula duas espécies de pulsões, as pulsões de vida e as pulsões de morte: “aqueles que procuram conduzir o que é vivo à morte, e os outros, os instintos [pulsões] sexuais, que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida...” (p. 57). Ele utiliza como base a teoria de E. Hering para sustentar a presença das duas pulsões no humano, sendo uma delas responsável por uma função construtiva e assimilatória, e a outra destrutiva e dissimilatória.

No primeiro momento, Freud (1920/1996j) fala de um dualismo entre as duas pulsões existentes no sujeito. A ideia de dualismo transmite muito mais algo próximo a uma separação entre ambas e remete a um conflito. Ao longo de sua formulação teórica, contudo, Freud ressalta que há uma conjunção entre elas, estando juntas no humano o tempo todo. “Se, portanto, não quisermos abandonar a hipótese dos instintos [pulsões] de morte, temos de supor que estão associados, desde o início, com os instintos [pulsões] de vida” (Freud, 1920/1996j, p. 67).

Uma das questões centrais lançadas neste texto é a respeito do lugar do princípio de prazer na dinâmica psíquica, quando falamos de experiências desprazerosas que insistem em reatualizar o trauma. Muitos processos da vida mental acontecem independentemente do princípio de prazer: “O princípio de prazer, então, é uma tendência que opera a serviço de uma função, cuja missão é libertar inteiramente o aparelho mental de excitações, conservar a quantidade de excitação constante nele, ou mantê-la tão baixa quanto possível” (Freud, 1920/1996j, p. 73).

Outro elemento importante destacado por Freud (1920/1996j) é que as pulsões de vida teriam mais relação com a percepção interna, produzindo tensões e excitações que rompem com o equilíbrio, mas o alívio é sentido como prazer. Já as

pulsões de morte são mais discretas, mais silenciosas pela via da consciência e da percepção interna, tendo menor potencial para serem notadas

O princípio de prazer parece, na realidade, servir aos instintos [pulsões] de morte. É verdade que mantém guarda sobre os estímulos provindos de fora, que são encarados como perigos por ambos os tipos de instintos, mas se acha mais especialmente em guarda contra os aumentos de estimulação provindos de dentro, que tornariam mais difícil a tarefa de viver. (Freud, 1920/1996j, p. 74)

Desta forma, o trauma, tal como pensado no “Além do princípio de prazer”, inaugura uma visão pulsional do trauma. Podemos perceber que a compulsão à repetição funciona como uma tentativa de o psiquismo ligar, por meio da repetição, aquilo que transbordou. O trauma é, então, pensado a partir do transbordamento das excitações, o que implica em uma não representação psíquica do acontecimento, tendo consequências para o funcionamento mental. A repetição pode incluir o ato e a pulsão de morte pode se manifestar em ato, levando a um desintrincamento pulsional. Vislumbramos que esta dinâmica possa estar presente em situações que incluem uma fragilidade da vida, ou seja, em que o sujeito não consegue se preservar.

3.2

A noção de trauma em Ferenczi

Nesta seção, buscaremos a visão de Ferenczi sobre o trauma, visando a ampliar a perspectiva deste acontecimento e seus desdobramentos na técnica psicanalítica e no psiquismo. Segundo Kupermann (2019), a originalidade da concepção de trauma por Ferenczi se dá pelo redimensionamento de elementos das duas teorias freudianas do trauma. Da teoria da sedução, Ferenczi utilizou a ideia de que na origem do trauma encontra-se um agente externo provocador e de que a experiência disruptiva acontece em momentos diferentes e o evento perturbador primeiro é ressignificado posteriormente. Da segunda teoria do trauma, Ferenczi extrai a ideia de um choque traumático intenso que irrompe em um excesso pulsional não simbolizado, que tende a ser repetido como tentativa de evacuação, assumindo uma dimensão destrutiva ou até mesmo mortífera.

O tema do trauma é central na obra do psicanalista húngaro, discípulo de Freud, que ficou conhecido pelos tratamentos de pacientes “difíceis”, como psicóticos, somatizadores e criminosos (Ferraz, 1998). Estes pacientes

considerados “difíceis” trazem em seus casos a marca do trauma. Estamos diante de uma fragilidade que aponta para um curto-circuito na ordem da simbolização e do modo de pensar associativo. Além disso, pode-se constatar que a interpretação, do lado da técnica usada pelo psicanalista, pode não ter aqui efetividade e, até mesmo, ser vivida na forma de uma invasão. Ferenczi atuava com pacientes hospitalizados, o que o levou a fazer do trauma ferramenta teórico-clínica central em suas teorizações. Neste sentido, o trauma pode ser compreendido como algo que provoca um movimento, podendo ser tanto estruturante como desestruturante.

O trauma, no sentido estruturante, é aquele movimento de pressão, de saída, comum a todo ser humano, o que indica a presença da realidade. Já o trauma desestruturante diz respeito às experiências traumáticas que não puderam ser elaboradas, provocando muito sofrimento para o paciente. Desta forma, a perda da onipotência é traumática, porém, fundamental, uma vez que indica um limiar para sustentar as frustrações que a realidade impõe. Neste sentido, podemos pensar que certo nível de desprazer pode ser estruturante, no entanto, o excesso pode causar invasão.

Em seu texto “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, Ferenczi (1929/2011a) expõe alguns sintomas psicossomáticos graves e o histórico de tentativas de suicídio apresentado por pacientes, interpretando-os a partir das manifestações da pulsão de vida e da pulsão de morte. O autor relaciona tais sintomas às dificuldades do acolhimento das crianças na família, isto é, crianças que foram “hóspedes não bem-vindos” na família e que poderiam apresentar uma perturbação da “vontade de viver”.

Durante sua experiência de trabalho em um hospital militar, no período da guerra, atendeu casos de pacientes que tinham crises epiléticas típicas, o que lhe possibilitou compreender mais a fundo as manifestações e os efeitos da pulsão de morte. Além dos sintomas epiléticos, identificou também na asma brônquica sinais de tendências inconscientes de autodestruição. Neste sentido, podemos perceber em algumas situações clínicas a presença de um desintrincamento pulsional, o que leva a uma disposição aumentada para a atuação das pulsões de morte com seus efeitos mortíferos, como, por exemplo, nos impulsos suicidas. “Todos esses sintomas condiziam bem, na ocasião, com a tendência psíquica geral dos pacientes que tinham de lutar muito contra tendências suicidas” (Ferenczi, 1929/2011a, p. 56).

A partir da observação destes fenômenos clínicos, Ferenczi (1929/2011a) dedicou-se a buscar o que poderia ter conexão com tais manifestações sintomáticas intensas e graves. Assim, recolhendo elementos da história de vida pregressa, ou seja, de antes mesmo do nascimento e de como foi a vinda destas crianças ao mundo, começou a perceber que havia um traço em comum nos casos que havia atendido na época: “Quando vieram ao mundo, os dois pacientes foram hóspedes não bem-vindos na família” (p. 57).

Neste sentido, os cuidadores dessas crianças não puderam acolhê-las com o amor, o cuidado e a ternura de que precisavam. Há muitos motivos pessoais e do contexto de vida que podem dificultar que os adultos possam se disponibilizar afetivamente para desempenhar o cuidado e o acolhimento que as crianças precisam. Assim, a qualidade do encontro com a criança em seus primeiros momentos de vida e a maneira como os cuidadores puderam acolhê-la são determinantes para o sentimento de confiança e de vontade de viver.

Todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada. Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastante para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade. Pessimismo moral e filosófico, ceticismo e desconfiança, tornaram-se os traços de caráter mais salientes desses indivíduos. (Ferenczi, 1929/2011a, p. 57)

Ferenczi (1929/2011a) aponta para a importância do ambiente na construção da base afetiva com a qual a criança pode contar ao longo de seu crescimento. Nos primeiros anos de vida, a criança apresenta uma vulnerabilidade marcante, uma vez que precisa de um outro que possa atender suas necessidades. A qualidade dos encontros afetivos produz efeitos no sentimento que pode ser nutrido pela vida. O autor escreve: “A criança deve ser levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção, pois, caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação” (Ferenczi, 1929/2011a, p. 58). O autor complementa esta reflexão com a seguinte hipótese:

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida. (Ferenczi, 1929/2011a, p. 58)

O estado de vulnerabilidade dos primeiros anos de vida é significativo e pode levar a uma tendência aumentada das pulsões autodestrutivas e a um

desligamento da vida. O bebê recém-nascido estaria, assim, mais suscetível às manifestações da pulsão de morte em sua face autodestrutiva, uma vez que o mesmo depende de um ambiente que possa atender às suas necessidades.

E, no fundo, não há motivos de espanto, uma vez que o bebê, ao contrário do adulto, ainda se encontra muito mais perto do não ser individual, do qual não foi afastado pela experiência da vida. Deslizar de novo para esse não ser poderia, portanto, nas crianças, acontecer de um modo muito mais fácil. (Ferenczi, 1929/2011a, p. 58)

Neste sentido, podemos perceber como as pulsões estão interligadas e se relacionam de forma visceral desde o começo da vida. A qualidade da presença afetiva do ambiente primário é a possibilidade da construção de um ego que sustente um psiquismo, servindo como base para que se construa o “prazer de viver”, equilibrando as forças autodestrutivas com as pulsões de vida.

A “força vital” que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos, por meio de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato. De acordo com o declínio da curva de morbidez e de mortalidade na meia-idade, a pulsão de vida poderia, na maturidade contrabalançar as tendências para a autodestruição. (Ferenczi, 1929/2011a, p. 59)

O traumatismo muito precoce tem consequências significativas na expressão do sentimento de prazer na vida. As “crianças não bem-vindas” na família encontram caminhos mais difíceis de acolhimento em seu ambiente, o que no decorrer de suas trajetórias pode se manifestar em um comprometimento do potencial de adaptação às situações e circunstâncias que atravessam nossa trajetória. Além disso, pode-se observar também uma relação mais próxima com a morte devido ao achatamento do sentido da vida.

Aqueles que perdem tão precocemente o gosto pela vida apresentam-se como seres que possuem uma capacidade insuficiente de adaptação, semelhantes àqueles que, segundo a classificação de Freud, sofrem de uma fraqueza congênita de sua capacidade de viver, com a diferença, porém, de que nos nossos casos, o caráter congênito da tendência mórbida é simulado, em virtude da precocidade do trauma. (Ferenczi, 1929/2011a, p. 59)

Também em “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, a concepção do trauma é central, vista pela via da repetição na forma compulsiva em termos de pulsão de morte. Neste momento da teoria, Ferenczi (1933/2011b) postula duas linguagens que atravessam o mundo da criança, sendo a linguagem da paixão relacionada aos adultos e a linguagem da ternura relacionada ao mundo infantil. Assim, a linguagem da ternura é, em alguns momentos, invadida pela linguagem passional que se impõe em um ser que se expressa com ternura.

Partindo de sua experiência clínica com pacientes que repetiam, em análise, eventos traumáticos, Ferenczi (1933/2011b) aponta para a importância de o analista ficar atento à hipocrisia profissional. Os pacientes tocam em pontos inconscientes do analista e, para o autor, é importante que o analista possa reconhecê-los ao seu paciente, expressando suas falhas de forma sincera, o que transmite confiança ao paciente. “Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico” (Ferenczi, 1933/2011b, p. 114-115). A diferença entre estes tempos e a forma como o que aconteceu pode ser acolhida no presente permite que o circuito da repetição seja interrompido e, assim, o paciente pode ter acesso à experiência pela via da lembrança. De tal forma que uma análise que se dá de forma fria e distante reatualizaria experiências traumáticas infantis.

A situação analítica, essa fria reserva, a hipocrisia profissional e a antipatia a respeito do paciente que se dissimula por trás dela, e que o doente sente com todos os seus membros, não difere essencialmente do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer. (Ferenczi, 1933/2011b, p. 114)

Nas experiências traumáticas, o mecanismo de defesa que entra em ação pode ser a clivagem, marcada por uma dificuldade no que diz respeito ao acesso aos conteúdos traumáticos. Na clivagem, ocorre uma cisão, uma separação intensa do material, e, assim, o uso da associação livre não é suficiente para que o paciente possa fazer conexões e ligações internas. Neste sentido, a clivagem é diferente do recalque, que é um mecanismo de defesa de um ego mais maduro e formado. O recalque dá notícias do material inconsciente, uma vez que ele retorna, perturba e escapa.

Se mantemos uma atitude fria e pedagógica, mesmo na presença de um paciente em opistótonos, quebramos o último vínculo que nos liga a ele. O paciente sem consciência é afetivamente, em seu transe, como uma criança que não é mais sensível ao raciocínio, mas, no máximo, à benevolência (*Freundlichkeit*) materna. Se essa benevolência vier a faltar, a criança vê-se sozinha e abandonada na mais profunda aflição, isto é, justamente na mesma situação insuportável que, num certo momento, a conduziu à clivagem psíquica e, por fim, à doença. (Ferenczi, 1933/2011b, p. 115)

Podemos perceber, assim, que as contribuições ferenczianas consideram o agente externo como um elemento que provoca o traumatismo, ideia extraída da primeira teoria freudiana do trauma da sedução. Além disso, a segunda teoria do trauma se baseia no excesso que invade o aparelho psíquico e não consegue ser representado. Desta maneira, o psiquismo está em permanente trabalho de

simbolização, porém, o excesso não consegue ser ligado, sendo o risco do desligamento oriundo da pulsão de morte. No que tange ao trauma sexual, Ferenczi escreve:

As seduções incestuosas produzem-se habitualmente assim: um adulto e uma criança amam-se; a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma forma erótica, mas conservar-se, porém, sempre no nível da ternura. (Ferenczi, 1933/2011b, p. 116)

O trauma sexual é vivenciado como uma violação, algo que fica muito confuso para a criança, algo indizível. Este primeiro momento é marcado pelo campo relacional em que um adulto e uma criança se amam. Sabemos que a criança possui uma sexualidade, mas esta é diferente da sexualidade do adulto. O adulto tem um papel de agente provocador e, diante disso, a criança fica confusa, podendo viver esse momento como uma experiência de estar fora de si, uma espécie de despersonalização.

As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência. *Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmo, e a identificar-se totalmente com o agressor.* (Ferenczi, 1933/2011b, p. 117)

No trauma muito precoce, a criança não tem como reagir diretamente ao agressor, mas reage anulando alguma coisa de si mesma. Assim, ela pode se identificar com aquele que a violentou por introjeção. “Por identificação, digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico” (Ferenczi, 1933/2011b, p. 117). Podemos perceber a precariedade deste recurso, que implica um mimetismo, sendo um mecanismo de defesa que tira o agente causador do trauma da cena. Assim, a criança passa a acreditar que foi ela quem provocou a reação no adulto, sentindo-se culpada, podendo achar que deve ser punida por algo que não fez.

Mais uma vez, percebemos que a criança se encontra em uma situação de vulnerabilidade e desamparo, principalmente nos momentos em que o adulto perde a noção de dissimetria. Com isso, a criança busca em outro adulto algum sentido para a experiência agressiva e indizível do trauma, o que também mostra que há uma esperança em sair do estado de confusão mental anterior. Nem sempre esse outro adulto pode lhe dar o acolhimento e reconhecer a sua dor, contudo. O tempo do testemunho implica em uma capacidade de escuta, de sensibilidade, e o trauma

ocorre no fracasso do testemunho, do reconhecimento do que aconteceu e dos afetos que estiveram presentes.

De um modo geral, as relações com uma segunda pessoa de confiança – no exemplo escolhido, a mãe – não são suficientemente íntimas para que a criança possa encontrar uma ajuda junto dela; algumas tênues tentativas nesse sentido são repelidas pela mãe como tolícos. (Ferenczi, 1933/2011b, p. 117-118)

Neste momento, encontramos no desmentido o ponto crucial da experiência de agressividade, violência e invasão do trauma. O desmentido implica em uma negação do acontecimento, em um vazio e impossibilidade de a experiência ser simbolizada. O agressor que foi agente do trauma pode mentir, fingir que nada aconteceu. “Quase sempre, o agressor comporta-se como se nada tivesse acontecido e consola-se com a ideia: ‘Oh, é apenas uma criança, ainda não sabe nada dessas coisas e acabará esquecendo tudo isso’” (Ferenczi, 1933/2011b, p. 117). Esse fingimento de que “nada aconteceu” é como uma mentira e impede a criança de encontrar algum sentido junto ao outro. O movimento de esperança da criança não encontra caminho e sentido, assim como a experiência vivida com o primeiro adulto agressor. Deste modo, é muito importante que a criança encontre em um outro a disponibilidade para receber o que aconteceu, para que sua confiança não seja comprometida e abalada. Ferenczi escreve sobre os efeitos de tais agressões:

Chega-se assim a uma forma de personalidade feita unicamente de id e superego, e que, por conseguinte, é incapaz de afirmar-se em caso de desprazer; do mesmo modo que uma criança, que não chegou ainda ao seu pleno desenvolvimento, é incapaz de suportar a solidão, se lhe falta a proteção materna e considerável ternura. (Ferenczi, 1933/2011b, p. 118)

Ferenczi (1933/2011b) também aponta, como caminho para lidar com o choque traumático, a progressão traumática, que é uma forma de incorporação do objeto e de mimetismo. Um exemplo é a criança “pseudoadulto”, aquelas crianças que são muito maduras para sua idade. “Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado” (Ferenczi, 1933/2011b, p. 119). O autor utiliza a imagem do “bebê sábio”, que encontra na identificação completa com adultos uma forma de proteção para o perigo despertado pelas suas agressões.

Se os choques se sucedem no decorrer do desenvolvimento, o número e a variedade de fragmentos clivados aumentam, e torna-se rapidamente difícil, sem cair na confusão, manter contato com esses fragmentos, que se comportam todos como personalidades distintas que não conhecem umas às outras. (Ferenczi, 1933/2011b, p. 120)

Neste sentido, as formas com que a criança encontra de se defender das invasões e agressões do meio ambiente apontam para uma ausência de conteúdo psíquico e o risco que se corre é de vazio simbólico e uma impossibilidade de criar narrativas sobre o que aconteceu e o que lhe causa sofrimento. Estas cisões e separações psíquicas implicam uma dificuldade maior de encontrar palavra para o que se sente, uma vez que estes furos têm uma relação intrínseca com o traumático. O desmentido impede que o sujeito possa se apropriar de sua própria história, podendo, portanto, comparecer em momentos de ruptura com a vida e com situações de dor muito intensas e até mesmo insuportáveis de serem vividas, pela impossibilidade de serem compartilhadas.

4

O ato em uma visão psicanalítica

Neste capítulo, abordaremos o registro do ato por uma perspectiva psicanalítica. Estamos percorrendo o fio do tema desta pesquisa, a tentativa de suicídio, compreendendo-a como um ato que possui efeitos bastante impactantes na vida do sujeito e no seu tratamento. A reflexão acerca deste último deve abordar e incluir, também, o psicanalista que escuta a dor psíquica do paciente. Assim, o ato se impõe, se apresenta e pode vir acompanhado de separações psíquicas e de rupturas com o outro e até mesmo com a própria vida. A psicanálise pode contribuir com a possibilidade de sustentar o movimento de escuta e, em alguns casos, encontrar palavras para aquilo que, no caso da tentativa de suicídio, pode revelar uma ausência de recursos simbólicos. “Excluído das possibilidades de simbolização, o mal-estar silenciado acaba por se manifestar em atos que devem ser decifrados, de maneira análoga aos sintomas daqueles que buscam a clínica psicanalítica” (Kehl, 2015, p. 25). O analista acolhe esta dor, que é menos compartilhável do que outras, e que, por ser muito intensa, pode inundar a totalidade da subjetividade, tamponando a palavra.

Neste contexto, o ato suicida manifesta algo que escapa ao registro do simbólico, direcionando-nos diretamente ao excesso pulsional. Estamos utilizando o termo simbólico correlacionando-o ao sentido da linguagem e à capacidade representacional do aparelho psíquico. Compreendemos que o psiquismo pode desenvolver essa habilidade de realizar ligações psíquicas e encontrar representações destinatárias do excesso pulsional. A construção dessa habilidade, para o campo da psicanálise, se dá necessariamente a partir do encontro com o outro e com os afetos que recebemos ao longo das nossas experiências de vida. Na clínica, muitas vezes, trabalhamos com pacientes que não puderam desenvolver essa capacidade ou a adquiriram de forma frágil e, com isso, as intensidades não conseguem ser metabolizadas. Com estes pacientes, o tratamento se dispõe a, justamente, construir possíveis recursos a partir do encontro com o analista.

Birman (2016) faz considerações sobre o aparelho psíquico a partir da função de captura de intensidades, de contenção das excitações. Com esta consideração, o autor nos apresenta que a perspectiva freudiana do aparelho

psíquico se relaciona a um aparato que tem como função “dominar as excitações”: “Dominar as excitações significa aqui manter a excitabilidade no nível mais baixo possível, na impossibilidade de eliminá-la totalmente, pelo imperativo fundamental e soberano da afirmação da vida” (p. 89).

Dessa maneira, as excitações fisiológicas podem estar submetidas a uma regulação, mas quando falamos das excitações pulsionais, sabemos que elas não podem ser reguladas pela ação reflexa de forma completa. Como as excitações pulsionais são forças constantes que vêm do interior do organismo, ficariam aquém da regulação reflexa do aparelho. A saída do excesso da pulsão, contudo, é também, além da captura em ligações, uma descarga. Assim, a pulsão gera mal-estar, uma vez que há um vetor constante de força e estímulo no organismo e, com isso, cada sujeito precisa encontrar caminhos e saídas para lidar com o excesso pulsional. A este empuxo permanente e constante da pulsão, Freud se refere dizendo que há aqui uma pressão.

Diante deste quadro, podemos considerar que refletir sobre o lugar do ato nos dias de hoje é tarefa fundamental para o psicanalista, uma vez que o sujeito contemporâneo é marcado, segundo Birman (2014), pelo registro da dor psíquica, assim como pelo da exterioridade, também expressa pelo ato. A clínica contemporânea demanda que o analista amplie seu elenco de modalidades de escuta e inclua novas ferramentas em sua prática. Além disso, alguns elementos, como a exteriorização, a imagem e a performance, são reveladores da nossa cultura e da subjetividade humana. Birman (2014) pontua que a espacialidade ganhou mais lugar na vivência das experiências e, em contrapartida, a temporalidade foi silenciada, perdendo sua força e potência no meio social. Assim, tais mudanças repercutem nos modos de sofrimentos, provocando consequências na escuta psicanalítica.

No lugar das antigas modalidades de sofrimentos centrados no *conflito* psíquico, nos quais se opunham os imperativos das pulsões e os das interdições morais, o mal-estar se evidencia agora como dor, inscrevendo-se nos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades*. (Birman, 2014, p. 64-65)

Desse modo, Freud estabelece que a relação do ato com a cultura é intrínseca. Em “Totem e tabu”, o mito criado por Freud (1913/1996g) para explicar o surgimento da cultura é construído a partir de um ato violento, o assassinato do pai totêmico e tirânico cometido pelos filhos. A partir da morte do pai, é instaurada

a culpa, como sentimento que começa a refrear a agressividade radical. “Do mito da horda, o que se depreende é a significação inaugural que dá Freud ao ato. O ato simbólico introduz o novo, com o duplo aspecto de destruição e de criação que caracteriza a inauguração no plano simbólico” (Rudge, 1994, p. 23). Podemos perceber que o ato do parricídio possui um significado e uma representação por trás de sua força. Todo ato possui um sentido? Esta questão é importante para a clínica do suicídio, uma vez que a interpretação possui limites em um trabalho analítico.

Rudge (1994), em seu texto “Esboço de uma concepção psicanalítica do ato”, pontua que Freud não se dedicou extensamente à questão do ato. A problemática está presente em diversas publicações de forma mais esparsa, contudo. A autora sustenta a ideia de que existem linguagens intensivas e que o ato pode ser incluído nesta forma de linguagem. A partir disso, podemos pensar que nos casos em que o sujeito recorre ao ato como via de expressão subjetiva, temos um desafio na clínica e uma aposta em construir uma nomeação e uma narrativa sobre o ato. “A posição de habitar a linguagem ao invés de ser possuído por ela é o que permite ao sujeito tomar a palavra, o verdadeiro ato de fala” (Rudge, 1994, p. 21).

De fato, no artigo “Construções em análise”, Freud (1937/1996k) apresenta a noção de “construção” como uma tarefa que o analista realiza junto a seu paciente, completando parte do material inconsciente recalcado. Desta forma, quando o analisando não consegue acessar conteúdos de sua história pela via da associação livre, o analista realiza essa costura das lacunas a partir de traços e elementos que podem complementar o fragmento que foi esquecido. O uso desta ferramenta de trabalho requer que o analista esteja atento às reações e às respostas dadas pelo paciente, uma vez que a construção só faz sentido se o paciente consegue retomar algo do material psíquico. Freud faz uma analogia ao trabalho de (re)construção da escavação, feita por um arqueólogo, de algum lugar que fora destruído.

Mas assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé, determina o número e a posição das colunas pelas depressões no chão e reconstrói as decorações e as pinturas murais a partir dos restos encontrados nos escombros, assim também o analista procede quando extrai suas interferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da análise. (Freud, 1937/1996k, p. 277)

Fortes (1998), em seu artigo “A interpretação não-toda”, aproxima a ferramenta da interpretação psicanalítica à ideia de uma criação que não se fecha,

que não encontra uma totalização. A interpretação interroga o fora da linguagem, apontando para o inacabamento e sempre para um além, um a mais que não cabe em palavras. Como a interpretação não fecha um sentido único, ela amplia e direciona para uma criação de múltiplos sentidos e para um processo de construção que se dá a partir do discurso do paciente. A psicanálise prioriza a escuta singular do sujeito, que também é um sujeito intérprete, que está atravessado pelo campo do sentido. Com isso, o campo psicanalítico pode possibilitar a produção de múltiplos sentidos, assim como pode produzir aprisionamentos.

Na clínica psicanalítica trabalhamos com a palavra. O que podemos entender por palavra? Talvez este seja um questionamento necessário para sustentar uma clínica com pacientes suicidas, lembrando que o suicídio tem várias formas. Assim, há diferenças entre pacientes que falam que vão se suicidar e sujeitos que realizam atos que ameaçam sua vida. Há um endereçamento? Houve um pedido de ajuda, de socorro? Como escutar os gritos de dor silenciada? Quando estamos diante da dimensão do ato, o trabalho inclui uma aposta de que este é uma forma de comunicar algo, palavra, ou seja, de que o ato porta um dizer, um sentido sobre o sujeito que o realiza, ainda que esta palavra precise ser construída, seja um horizonte do trabalho analítico. “Na psicanálise a ação da palavra, sua efetividade, é a referência principal, é a palavra o instrumento da mutação” (Rudge, 1994, p. 22).

Nesta linha de raciocínio, o ato não é puramente uma ação, apesar de ser acompanhado e resultar, muitas vezes, em uma mudança efetiva na realidade; ainda que ele tenha efeitos em movimentos subjetivos e reais na vida dos sujeitos. Podemos pensar que, no ato, está presente uma descarga complexa de afeto e de intensidades, podendo ser incluído em um trabalho subjetivo, enquanto a ação corresponde a uma atividade pura. “Efetivamente, para Freud, o que diferencia o ato da pura descarga é seu correlato significativo” (Rudge, 1994, p. 23).

O convite à palavra feito pelo analista pode fazer o sujeito se aproximar de um saber inconsciente, entretanto, para alguns pacientes, a palavra pode não ser possível ou até mesmo insuportável. Talvez este seja um dos maiores impasses clínicos e um paradoxo que sustentamos por apostar na palavra e, ao mesmo tempo, em alguns casos, ela estar ausente. É fundamental manter a tensão entre ato e linguagem para poder reconhecer e dar lugar para o que existe de não sentido.

Aqui cabe a pergunta: o que entendemos ou definimos como linguagem em psicanálise? Em muitos momentos da teoria freudiana, a linguagem esteve associada ao campo representacional, aos registros e às marcas psíquicas, que podem estar inconscientes, mas estão no aparelho psíquico. Por outro lado, no que diz respeito ao ato do suicídio, é possível que estejamos diante de uma linguagem não representacional, uma linguagem excessiva e intensiva, mais voltada para o campo dos afetos.

Segundo Rudge (1998), a linguagem, na teoria freudiana, não tem seu lugar reduzido à função da palavra. Freud inaugura uma visão do psiquismo baseada na linguagem. Assim, o aparelho psíquico pode ser denominado aparelho de linguagem, uma vez que ela é considerada elemento central de sua construção. A autora escolhe a tradução “aparelho de fala”, baseada na proposta de Nassif, apontando, assim, para uma dimensão mais ativa do ato de comunicação e de fala.

O termo “fala”, por referir-se à dimensão da linguagem enquanto ato, envolve a questão do sujeito, o sujeito do ato, definido apenas como quem fala. Este sujeito assumirá, na psicanálise, uma centralidade que não está presente nas abordagens da linguagem próprias ao campo da linguística. (Rudge, 1998, p. 72)

Segundo Rudge (1998), a linguagem e o pensamento estão intimamente relacionados. Sabemos que a linguagem não está dada, ou seja, é algo que se dá na relação com o outro, sendo uma construção que acontece entre o cuidador e a criança. “O aparelho da fala não existe ao nascer; será constituído através da relação com o adulto, com sua mediação” (Rudge, 1998, p. 76). Assim, a fala ocorre por meio da representação de palavras e de objetos, sendo a dimensão sonora da palavra um operador deste processo. Além de ser um fator que organiza e estrutura o pensamento, a linguagem também tem, no princípio de prazer, a possibilidade de recorrer aos recursos da fantasia e do devaneio. “Portanto, a linguagem, por ser essencial para qualquer estruturação de um universo de representações, já está implicada em toda a regulação pelo par princípio de prazer/princípio de realidade” (Rudge, 1998, p. 76).

Rudge (1998) baseia-se no “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]/1996a) para refletir sobre o aparelho da fala que se desenvolve a partir da relação entre o cuidador e a criança. É por meio do encontro entre ambos que o adulto encontra significados para o choro e para o grito do bebê e, com isso, uma troca, um canal de comunicação vai sendo estabelecido. Podemos dizer que o adulto

é o portador da estrutura simbólica que vai possibilitar a leitura das necessidades da criança. Aos poucos, o grito do bebê passa a ser um pedido de ajuda ao outro, deixando de ser pura descarga de tensão. Portanto, essa troca vai permitindo que as experiências da criança sejam nomeadas e organizadas no simbólico.

A inervação da fala é originalmente uma via para a descarga. Mas como essa descarga, na forma de gritos e choro, chama a atenção do adulto para o mal-estar do infante, adquire secundariamente a função de comunicação que terá daí em diante. Assim, o que era descarga torna-se ação específica, e essa especificidade da ação, cuja primeira forma deve ser chamar o adulto em socorro, inclui de saída a significação. O adulto é necessário em sua função de interpretar e atender à criança em seu sofrimento, introduzindo-a assim na esfera da significação. Assim, o aparelho da fala depende do adulto para sua constituição. Ele não poderia se organizar autonomamente; é preciso que uma máquina simbólica que lhe dê o impulso inicial. (Rudge, 1998, p. 78)

Retomando a ideia de que a entrada no campo da linguagem permite ao sujeito criar representações em seu psiquismo, podemos tomar esta capacidade como um recurso importante. Segundo Rudge (1998), o termo “representação” (*Vorstellung*) é utilizado na teoria freudiana de duas formas diferentes e opostas. “Uma delas remete a uma presença atual e sensível ao espírito, o conteúdo de um ato do pensamento. A outra remete à ideia de uma substituição; algo, pessoa ou coisa, é presentificado por um representante” (p. 78). A autora pontua, posteriormente, que a formulação do conceito fundamental de pulsão será uma condição para que ocorra a representação de palavras e objetos, tornando a atividade representativa singular.

Seguindo a linha dos atos que se apresentam e escapam às palavras, duas noções, que consistem em dois operadores clínicos, são fundamentais para endossar a nossa discussão – o *acting out* e a passagem ao ato –, revelando modalidades e leituras distintas que podem ser feitas a respeito destas manifestações. Birman (2006), em “Arqueologia da passagem ao ato”, escreve sobre o caso clínico de um homem que, diante de seu vazio existencial e da falta de reconhecimento, comete atos criminosos e brutais. A violência é uma marca importante nos atos do paciente e uma discussão levantada pelo autor é a respeito de que há algo inapreensível nas situações em que um sujeito é levado a cometer atos limites.

A passagem ao ato pode ser considerada uma modalidade de ato que ocorre em um nível de agressividade e comporta uma ruptura mais grave e radical. Um ato como um assassinato é onipotente e absoluto, não há retorno ou recuo. Há, portanto, neste ato, uma decisão e uma escolha definitiva. Diante de casos que apresentam

esta problemática, o analista encontra um limite, não tendo como dar sentido(s) ou interpretações.

Qual a razão desse imperativo e dessa insistência interpretativa? Tudo se passa como se não pudesse existir um vazio na trama dos acontecimentos, sejam estes de ordem social ou psíquica. Encontrar um sentido implica restabelecer o fio de continuidade de uma história e de uma vida, sem o qual as fundações da memória e do arquivo ficam definitivamente ameaçadas a entrar em colapso. (Birman, 2006, p. 18)

Segundo Laplanche e Pontalis (2001/1982), o *acting out* é um termo que designa ações que costumam apresentar um caráter impulsivo, indicando um rompimento com os sistemas conhecidos, habituais do sujeito, manifestando-se na forma de agressividade auto ou heteroagressiva. Neste caso, podemos pensar que o *acting out* inclui um sentido sobre o sujeito e convoca o analista, indicando um apelo, um pedido ao outro.

Para o psicanalista, o aparecimento do acting-out é a marca da emergência do recalcado. Quando aparece no decorrer de uma análise (durante a sessão ou fora dela), o acting out tem de ser compreendido na sua conexão com a transferência, e frequentemente como uma tentativa de ignorá-la radicalmente. (Laplanche & Pontalis, 2001/1982, p. 6)

Segundo Lins e Rudge (2012), a passagem ao ato é um recurso peculiar que pode ser utilizado pelo sujeito para se defender da angústia. A passagem ao ato aponta para uma tentativa de ruptura mais radical e um desligamento da relação com o Outro, podendo ser compreendida como um corte com o campo da alteridade. Diante da passagem ao ato, há uma gravidade maior, uma vez que o paciente rompe com o outro, não conseguindo pedir ajuda e, com isso, o ato vem no lugar da palavra. Podemos situar, então, o suicídio na modalidade de passagem ao ato.

Importante também destacar, em consonância com o que dissemos acima sobre a tarefa de o psicanalista enfrentar o ato como sintoma prenhe na psicanálise contemporânea, o que podemos designar sob o prisma das denominadas “psicopatologias do ato”. Lins e Rudge (2012) pontuam que as patologias do ato são entendidas como modalidades clínicas que se diferenciam dos sintomas clássicos, aqueles que têm a marca das formações de compromisso reguladas pelo princípio de prazer.

Segundo Birman (2014), o sujeito contemporâneo tem como traço principal a ação que delineia os modos de ser particulares deste contexto: “O agir é o *imperativo categórico* na contemporaneidade” (p. 82). Algumas características – como aceleração, hiperatividade, explosividade, irritabilidade, violência e

compulsão – carregam as marcas do excesso, que conduz, muitas vezes, à ação. O agir se coloca como uma forma mais possível de o sujeito eliminar o excesso que o acossa. Em contrapartida, se o sujeito não extingue o excesso, a angústia pode emergir e dominá-lo.

Em face do excesso que invade e se alastra sem limites, o psíquico procura dele se livrar pela ação para não correr o risco de ficar paralisado pela disseminação da angústia do real. Porque se o excesso não for descartado e descarregado pela ação, o psiquismo procura se desembaraçar daquele pelas vias corporais. (Birman, 2014, p. 96)

Fortes (2008), em seu artigo “A dimensão do excesso no sofrimento contemporâneo”, sustenta que pensar a psicanálise na atualidade requer uma interlocução com a cultura contemporânea. A dimensão do excesso como repetição coloca o sujeito diante daquilo que não pôde ser ligado no momento do trauma. A atualidade tem como característica marcante o excesso de estímulos e de exigências que corroboram com a incidência dos sintomas contemporâneos na clínica a partir da noção de excesso pulsional que pode se manifestar em sofrimentos expressos pela via do corpo.

Calazans (2015) realiza um estudo sobre a psicopatologia dos atos a partir da teoria lacaniana e compreende os *acting out* e as passagens ao ato como respostas do sujeito frente à angústia. Estas duas modalidades de resposta do sujeito tentam frear a emergência da angústia, no entanto, existem diferenças entre elas no sentido de que movimentam recursos distintos em registros diferentes. Além disso, o autor salienta que há uma diferença significativa entre a clínica do sintoma e a clínica da angústia. Na clínica do sintoma, temos a presença da demanda e da queixa, enquanto na clínica da angústia temos a presença da angústia e dos atos do sujeito.

Birman (2014) ressalta que, diante das modalidades de ação que estão em evidência nas formações sintomáticas atuais, temos uma predominância da passagem ao ato, em detrimento do *acting out*. Para o autor, a diferença entre esses dois conceitos está na fragilidade e na ausência de processos de simbolização que caracterizam a passagem ao ato. No *acting out*, por outro lado, os processos de simbolização estariam presentes. “Vale dizer, neste, a simbolização se inscreve na ação e como ação, que se manifesta então como uma *mise-en-scène*. Pode-se afirmar, portanto, que na *mise-en-acte* existiria ainda uma encenação no psiquismo” (Birman, 2014, p. 98).

Buscaremos, então, nos próximos momentos desta escrita, encontrar as especificidades e, conseqüentemente, as diferenças entre os conceitos de passagem ao ato e *acting out*, visando, assim, a uma abertura para o olhar e para a compreensão do ato. Com isso, acreditamos contribuir com uma sensibilidade e uma escuta para os atos que se apresentam na clínica, sustentando que estes possam ser acolhidos no espaço analítico.

4.1

Transferência e *acting out*

Lins e Rudge (2012) pontuam que, na teoria freudiana, o conceito de *Agieren*, em inglês, *acting out*, está intimamente relacionado ao de transferência. Neste sentido, o texto “Dinâmica da transferência” (Freud, 1912/1996e) é um trabalho fundamental em que Freud constata que a transferência é o instrumento necessário para que uma análise aconteça, sendo o solo, o palco de todo processo analítico. Diante do aspecto imprescindível da transferência, ela permite que uma série de experiências psíquicas sejam reeditadas na relação do paciente com o analista.

Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das “séries” psíquicas que o paciente já formou. (Freud, 1912/1996e, p. 112)

Neste momento da teoria, Freud (1912/1996e) percebe que, por meio da transferência, as situações edípicas que foram recalcadas podem ser reeditadas e, então, repetidas. Com isso, espera-se que, por meio do vínculo que o paciente estabelece com o analista, estas experiências do passado possam ser revisitadas, adquirindo uma nova posição. A questão de uma análise é, assim, a possibilidade de ressignificar as situações difíceis. Ao mesmo tempo em que a transferência é o motor da análise, possibilitando que a fala do analista tenha efeito sobre o paciente, ela também é a fonte da resistência e dos obstáculos em curso. “Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência” (Freud, 1912/1996e, p. 115-116).

A transferência tem, assim, como característica, a repetição e a possibilidade de remeter ao passado. Este processo regressivo é intenso e custoso para o paciente. O retorno às situações e aos afetos primitivos pode levar a sentimentos hostis, que, muitas vezes, apresentam-se em dificuldades de o paciente falar para o analista o que lhe vem à mente. Desta maneira, quando a transferência se torna intensa, ela influencia diretamente a associação livre, interrompendo-a. Em muitas situações, é justamente por meio do esquecimento que temos notícias da resistência. Nestes períodos de maior proximidade com o material recalcado, pode vir a acontecer atuações por parte do paciente, uma vez que, por meio do discurso, temos uma barreira, de modo que, pela via da rememoração, o material fica impossibilitado de vir à superfície.

Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914/1996f) se dá conta do lugar e da força da repetição ao longo do processo analítico, sendo algo inevitável e uma questão na clínica. O paciente apresenta, assim, uma tendência, um movimento em direção à repetição. Há limites para a recordação do material, uma vez que o paciente se defende pela via do esquecimento e do recalque: “podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo-o” (Freud, 1914/1996f, p. 165). Percebemos, com isso, que, por meio da atuação, o sujeito encena o material que não pode vir por meio da lembrança.

Freud (1914/1996f) se dá conta dos limites da técnica psicanalítica, uma vez que a tentativa de resgatar o material psíquico recalcado, muitas vezes, não é possível, como em algumas partes da história de vida infantil primitiva que não são recuperadas pela via da lembrança. Há experiências tão precoces que o que se tem são indícios e fragmentos e, por isso, o analista pode ajudar o paciente a reconstruí-las, a criar uma narrativa sobre o que aconteceu, uma vez que são situações que não se constituíram como lembrança.

O enquadre analítico possibilita que estas vivências e sensações primeiras sejam reexperimentadas com o analista, que tem a chance de interpretá-las. “Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar” (Freud, 1914/1996f, p. 166). A partir desta perspectiva, a transferência é uma forma de repetição na atualidade de experiências anteriores que não podem ser recordadas.

O sujeito repete e atua na transferência para não lembrar, o que nos mostra que a atuação é uma forma intensa de resistência. Assim, percebemos que a transferência, a resistência e a repetição estão intimamente interligadas.

Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado. (Freud, 1914/1996f, p. 166)

Podemos pensar, portanto, que, em alguns casos, a repetição pode se dar pela via da representação, da lembrança e, também, pela via da atuação. Nesta situação, a compulsão à repetição é atuada na transferência, revelando um retorno do recaiado. A atuação exerce uma função para o paciente no sentido de evitar o confronto com aquilo que é difícil, ou, até mesmo, insuportável. Desta forma, por meio da atuação, o sujeito foge, escapa ao psíquico, o que demonstra uma dificuldade para que o processo de elaboração aconteça. Com isso, a atuação é um desafio para o analista, uma vez que ela freia a possibilidade dos novos arranjos. Por meio da interpretação e da escuta sensível e atenta às atuações, o analista pode trazer a atuação para a ordem do psíquico, da representação e da palavra.

4.2

Peculiaridades e diferenças entre passagem ao ato e *acting out*

Recorreremos, neste momento, a uma contribuição importante feita por Lacan a respeito da passagem ao ato e do *acting out*. No Seminário X, “A angústia”, Lacan (1962-1963/2005) introduz o conceito de passagem ao ato no campo psicanalítico, distinguindo-o do conceito freudiano de *acting out*. Lins e Rudge (2012) sinalizam que Lacan retira a passagem ao ato do âmbito exclusivo da psiquiatria, circunscrito à psicose, passando a considerar a passagem ao ato uma resposta do sujeito diante da angústia.

Logo no início da seção dedicada à passagem ao ato e ao *acting out*, encontramos a frase “Deixar-se cair e subir no palco” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 128), o que nos remete à dimensão da cena como um atravessamento das situações de passagem ao ato e de *acting out*. A partir disso, podemos vislumbrar que temos como um norte a posição em que o sujeito está situado para poder distinguir estas situações clínicas diversas. A dimensão da queda, de como ela se dá e a maneira como o sujeito está situado, nos orienta no sentido de pensar sobre a passagem ao

ato e ao *acting out*. A passagem ao ato se relaciona com o “Deixar-se cair”, como uma queda mais abrupta e radical em que o sujeito cai de uma mínima estabilidade. Por outro lado, o *acting out* se relaciona com o “subir no palco”, no sentido de que o sujeito se coloca na cena, endereçando algo ao Outro.

Antes de entrar mais especificamente nas distinções entre passagem ao ato e *acting out*, será importante demarcar o conceito lacaniano de objeto *a*, pequeno *a*. Não pretendo aprofundar o conceito, mas ele tenta traduzir na teoria a ideia de que o sujeito vive em sua experiência subjetiva uma falta, e busca encontrar nos objetos que estão no mundo algo que poderia completá-lo. A relação que o sujeito estabelece com os objetos é de conjunção e disjunção, ou seja, satisfações e desencontros. Neste sentido, o objeto *a* é o objeto causa do desejo. “É a partir do Outro que o *a* assume seu isolamento, e é na relação do sujeito com o Outro que ele se constitui como resto” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 128). Este Outro é o lugar da alteridade e o tesouro de significantes, que vai possibilitar a entrada do sujeito na linguagem, tendo como efeito representar o sujeito para um outro significante. A linguagem, tal como pensada por Lacan, é composta por significantes, que estão no âmbito da comunicação humana, marcada pela equivocidade, sendo também o lugar da subjetividade.

Já o sujeito barrado, o único *a* que nossa experiência tem acesso, constitui-se no lugar do Outro como marca do significante. Inversamente, toda a experiência do Outro fica suspensa numa garantia que falta, donde o Outro barrado. Dessa operação, no entanto, há um resto, que é o *a*. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 129)

Entraremos, agora, nas características que especificam a passagem ao ato. Lacan (1962-1963/2005) destaca um aspecto fundamental presente na passagem ao ato, em que há um apagamento do sujeito, que se coloca, assim, fora da cena. Com isso, é possível pensar em um movimento que visa à evasão, à fuga, à saída. O autor utiliza a expressão “largar de mão” para expressar o que é essencial na passagem ao ato, em que o próprio sujeito se retira da cena.

O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar em que se encontra – ou seja, do lugar da cena em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito –, ele se precipita e despenca fora da cena. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 129)

Lins e Rudge (2012) situam a passagem ao ato como um recurso particular utilizado pelo sujeito para se defender da angústia. Neste caso, o sujeito se identifica

de forma total com o objeto a, ou seja, uma identificação absoluta com o resto, com o nada. Este ponto é importante para se estar atento na clínica do suicídio, uma vez que o suicídio pode acontecer quando o sujeito se identifica com um objeto e, assim, pode dirigir para este objeto incorporado o desejo de morte. As autoras destacam, a partir da leitura do texto lacaniano, o lugar de objeto do mundo em que o sujeito sai de si e vai em direção ao sem sentido, ao irrepresentável. Desta forma, a passagem ao ato carrega um corte da relação com o Outro, esse Outro que tem uma função de ser um norte, um horizonte para construir uma narrativa da sua própria história e encontrar os sentidos e representações possíveis.

Segundo Lacan (1962-1963/2005), a passagem ao ato e o *acting out* são opostos. No que tange à angústia, o *acting out* parece estar mais ligado a tentar evitá-la. Além disso, o *acting out* tem como marca a mostração, um mostrar-se ao Outro, o que comporta um pedido, um ato dirigido a alguém. “O *acting out* é, essencialmente, alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito. A ênfase demonstrativa de todo *acting out*, sua orientação para o Outro, deve ser destacada” (p. 137). Como o *acting out* possui o traço de convocar o Outro, durante o processo analítico, ele precisa ser interpretado.

Lacan (1962-1963/2005) pontua que o *acting out* possui uma relação profunda com o objeto a, que é o objeto causa de desejo. Há alguém para o sujeito se apoiar, para se segurar? Nesta perspectiva, em casos que apresentam a questão do ato, em que a queda pode estar iminente, se trata de poder perder a segurança em si e no Outro. Podemos pensar também que o desejo é fundamental, na medida em que ele nos constitui, mas, ao mesmo tempo, é o que nos fragiliza, uma vez que não temos como saber nem ter certeza do desejo do Outro. Com isso, podemos pensar que nos casos de *acting out* o sujeito inclui o Outro na cena, denunciando algo do seu desejo e mostrando que há uma separação entre o sujeito e o objeto.

Para Lins e Rudge (2012), no *acting out* o sujeito realiza uma cena a respeito de um material da ordem do recalcado, convocando, assim, a interpretação do Outro. Este pedido de interpretação possui articulação com o desejo, uma vez que é uma maneira de o Outro lhe responder sobre o seu desejo. Há uma relação com a compulsão à repetição, ou seja, o sujeito repete sem se dar conta de que está incluindo o Outro na cena. Já nos casos de passagem ao ato, o sujeito está totalmente identificado com o objeto a e, por este motivo, rompe com a cena, e, conseqüentemente, com o Outro. As autoras salientam, também, que em algumas

situações em que o *acting out* não encontra uma via de expressão no simbólico, ele pode evoluir para uma passagem ao ato.

Lins e Rudge (2012), inspiradas no texto lacaniano, pontuam que a única passagem ao ato que resulta em uma saída absoluta do sujeito da cena para o mundo é o suicídio. As demais situações de passagem ao ato são tentativas de romper com a cena, mas quando o sujeito sobrevive, quando o ato não leva à morte, o sujeito volta à cena e, posteriormente, a passagem ao ato pode ser interpretada. Podemos pensar, com isso, que, na análise, o paciente, por meio do *acting out*, convoca o analista em sua função de Outro e, nos casos de passagem ao ato, o sujeito tenta romper com o Outro, configurando momentos de maior risco e fragilidade.

4.3

Algumas modalidades de ato

Neste momento, buscaremos alguns tipos de atos destacados por Roussillon (1991/2006) e que podem nos ajudar a sustentar os desafios colocados em uma clínica que apresenta essas formas de manifestação. O autor utiliza como exemplo de ato a tragédia de Sófocles, “Édipo rei”, na qual Édipo fura os próprios olhos e, por meio de um ato autoagressivo, evita a confrontação com o sentimento de vergonha ao descobrir sobre sua origem e sobre o incesto. Este ato absurdo e trágico nos coloca diante de uma dor corporal criada pelo próprio personagem que, segundo o autor, pode frear o surgimento de uma neurose traumática.

A dor física, na superfície da pele, produz uma excitação corporal que serve como um paraexcitação psíquico. Segundo Laplanche e Pontalis (1982/2001), o mecanismo de paraexcitação tem como função proteger o organismo contra as excitações do mundo exterior que, pela sua intensidade, ameaçariam destruí-lo. O aparelho é compreendido, assim, como uma camada que envolve o organismo e filtra as excitações.

Segundo Roussillon (1991/2006), é muito comum que, em situações limite da análise, o paciente recorra a impulsos da ordem da motricidade ou ao ato para impedir ou reprimir a aparição de excitações disruptivas. Por meio de atos impulsivos, o sujeito tenta conter uma possível desorganização psíquica. Este aspecto salientado pelo autor pode nos orientar em uma clínica com pacientes que ameaçam a sua própria vida, no sentido de que o ato suicida pode ser uma resposta

à iminência de um colapso psíquico, ocupando, assim, uma função importante para o sujeito. Além dos atos, pode ocorrer também uma intensificação dos movimentos transferenciais, o que coloca o analista diante de impasses teóricos e técnicos.

Roussillon (1991/2006) estabelece relações teóricas e aproximações com o ato, a passagem ao ato e a transferência. É importante lembrar, contudo, que, na metapsicologia freudiana, o termo utilizado é *Agieren* ou *acting out/in*. O *acting* é considerado ameaça à situação analítica; o *out* indica um lugar fora do *setting* e o *in* indica algo que acontece durante a sessão. Neste sentido, o ato não é propriamente um conceito psicanalítico, apesar de aparecer em muitos momentos da obra, inclusive, nos casos clínicos escritos pelo criador da psicanálise. Podemos dizer, com isso, que o ato está presente na clínica desde seu princípio, desafiando a situação analítica e gerando efeitos transferenciais.

Para Freud, a transferência é um pôr em ato, forma de retorno do reprimido submetido à compulsão à repetição, modo de atualização do passado que se produz em vez e no lugar da rememoração. Por isso mesmo, o pôr em ato seria consubstancial à situação psicanalítica. (Roussillon, 1991/2006, p. 198)

Para Roussillon (1991/2006), o ato e o pensamento podem se aproximar ao longo do processo analítico. Podemos pensar que o ato envolve o dispêndio de uma grande quantidade de energia, uma vez que a descarga é um processo que demanda altas cargas energéticas. Em contraposição ao ato, o pensamento implica doses mais controladas, baixas quantidades energéticas. “Do ato ao pensamento se produziria, então, um processo de redução das quantidades de excitações, o pensamento seria um ‘ato’ interno mínimo, um ato simulado” (p. 198). Podemos vislumbrar, assim, que o processo analítico oferece uma mediação entre o ato e o sujeito, incluindo a reflexão e o pensamento como processos significativos da subjetivação. Por meio da escuta que o analista oferece ao paciente, vislumbra-se que o analisando possa descobrir e adquirir mais recursos psíquicos para lidar com o sofrimento.

Na medida em que o ato ameaça a situação analítica, o analista precisa estar atento à contratransferência e às respostas que encontra diante do agir de seus pacientes. Assim, o *acting* externaliza algo que atravessa o processo de trabalho analítico, oferecendo um risco à sua continuidade. “O *acting* mobilizaria assim a contratransferência em uma de suas dimensões *essenciais*, isto é, que diz respeito à essência mesma da análise e de seu processo” (Roussillon, 1991/2006, p. 199).

O analista pode sentir o *acting* como um movimento agressivo da parte do paciente, sendo fundamental, portanto, reconhecer e se manter sensível a este afeto. Este manejo exige delicadeza e sutileza maiores, uma vez que há um impasse nestas situações clínicas. Em relação aos caminhos técnicos possíveis quando a atuação se apresenta durante o processo analítico, o autor salienta: “Diante da passagem ao ato, o analista é levado, portanto, a buscar restabelecer a cadeia associativa e o processo de mentalização” (Roussillon, 1991/2006, p. 199).

Roussillon (1991/2006) apresenta algumas concepções do ato, alguns tipos que podem auxiliar na relação de sentido que eles podem ter e em suas funções psíquicas para pacientes que recorrem a esta forma de expressão. O autor traz quatro formas de atos, sendo elas: o ato-descarga (sem “tela”); o ato-signo (ato em busca de tela); o ato-tela e o ato-experiência de apoio.

O ato-descarga (sem “tela”) implica uma descarga direta das grandes quantidades de excitações. Essa descarga pode acontecer por algumas vias, como pela via motora, muscular; pela via psíquica e pela via somática. A descarga direta opõe de forma radical o processo de pensamento e de mentalização, de tal forma que o *acting*, aqui, está submetido ao princípio de nirvana, que tende a diminuir a energia do aparelho psíquica, tendendo a zero.

No ato-descarga, tudo se passaria como se o aparelho psíquico não tivesse se separado da motricidade original, ou como se recorresse a esse modelo primeiro. Isto levaria não apenas a considerar que o ato-descarga tem uma função unicamente defensiva ou protetora, mas também que ele contém no estado de esboço um pensamento ou uma representação em via de advir ou de buscar uma forma. (Roussillon, 1991/2006, p. 200-201)

O ato-signo (ato em busca de tela) é um ato que se caracteriza pela procura de um sentido e de uma representação de coisas. Desta forma, o paciente dirige ao analista o lugar de continente de alguém que pode ajudá-lo a sentir e viver alguma experiência psíquica que, sozinho, não conseguiria representar. Neste sentido, o analista ajudaria o paciente a fazer a ligação psíquica por meio do seu aparelho de pensar, o que revela um pedido ao outro por meio do ato. “O *acting* conteria então a pré-concepção de uma tela, de um anteparo, de uma resposta ao outro (ou de um objeto ou espaço destinado a receber a projeção ou mesmo colocá-la em forma)” (Roussillon, 1991/2006, p. 201).

O ato-tela recebe esta designação baseado na ideia de que a tela é capaz de receber e conceber algo. A tela, aqui, é utilizada como uma superfície que expressa algo, um plano sobre o qual algo se coloca, tal como a tela de cinema sobre a qual

o filme é transmitido. O ato, neste caso, é considerado uma encenação. Roussillon (1991/2006) pontua que alguns casos de suicídio que evocam um roteiro, uma preparação para o ato ou até mesmo algumas cartas de despedida podem ser pensados como atos-tela. O sujeito que realiza este ato está em busca de um símbolo que possa constituir uma ligação psíquica, uma vez que a simbolização era frágil, insuficiente.

A passagem ao ato seria então nela mesma algo que contém, um movimento, no interior do qual já teria se operado uma função de síntese elementar, mas que não possuiria representação metafórica ou simbólica desse vínculo, dessa ligação. (Roussillon, 1991/2006, p. 202)

Por fim, o ato-experiência de apoio revela uma forma de ato que retorna na história de vida do sujeito, pois houve uma experiência primitiva que não foi possível de ser vivida. Possivelmente, o ego não possuía recursos para dar lugar à experiência quando ela aconteceu e, por isso, ela é atualizada em ato, o qual pode ser revivido na análise por meio da relação transferencial entre paciente e analista. Neste caso, questionamos o lugar do ato como uma ameaça ao trabalho analítico, como dito anteriormente, sendo considerado, justamente, um elemento que integra e faz parte do processo. Na medida em que o ato-experiência de apoio se dá a partir da transferência, ele pode vir de uma forma menos intensa e/ou radical. O autor aproxima o ato aqui à experiência do jogo, em que o sujeito deve, de fato, participar do jogo para que ele assuma uma importância e um valor. “Com isso, o ato e o agir não são mais considerados como anti-analíticos, mas se mostram como indispensáveis à análise, isto na medida em que as experiências históricas assim evocadas não forem atualizadas ‘em bloco’, mas fragmentos por fragmentos.” (Roussillon, 1991/2006, p. 203).

4.4

Os efeitos do traumático e o ato-dor

Neste momento, recorreremos aos desdobramentos teóricos realizados pelas psicanalistas Eurema Gallo de Moraes e Mônica Kother Macedo (2011), em “Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor”, no qual temos uma articulação importante sobre o ato no registro das intensidades em um contexto em que a singularidade da criança não pôde ser reconhecida em sua singularidade. Neste

cenário, o ato revela uma função evacuativa e algumas especificidades que buscaremos aprofundar ao longo da escrita.

Moraes e Macedo (2011) ressaltam o aspecto da intensidade no acontecimento traumático, cujo excesso não metabolizável pelo psiquismo escapa do registro representacional. As autoras circunscrevem a vivência da criança em que ela precisa de uma contenção psíquica dos cuidadores para poder construir a sua capacidade de suportar os momentos de ausência e de algumas frustrações. Em muitas circunstâncias, não é possível para os pais ou cuidadores desempenharem o atendimento das necessidades psíquicas vitais do bebê, o que pode acarretar impressões de intensidades que podem ser um motor de repetições ao longo da vida e dos encontros do sujeito. Podemos perceber, com isso, que a função do psiquismo de articular, ligar e suportar as intensidades é uma construção que se dá na relação com o outro e que depende de uma disponibilidade afetiva e emocional significativas.

As autoras ressaltam, a partir da leitura do “Além do princípio de prazer”, que o trauma ganha um lugar violento, intrusivo, tratando-se de um acontecimento que gera ao psiquismo uma demanda elevada de processamento das cargas energéticas. É fundamental destacar que os efeitos do trauma só podem ser pensados a partir da singularidade, ou seja, a partir de cada sujeito.

O acontecimento com sua intensidade, rompe o que seria da ordem do sensato, fraturando e arrancando do sujeito qualquer possibilidade de historicização do experienciado frente aos recursos então disponíveis. A característica essencial do acontecimento traumático é exatamente seu efeito de captura do sujeito pelo excesso que o invade. (Moraes & Macedo, 2011, p. 42)

Para Moraes e Macedo (2011), a indiferença que se insere no campo da relação com o outro é um elemento central que marca a instauração da experiência traumática. Esta característica do encontro com o semelhante pode causar efeitos no processo de metabolização das intensidades, as quais, quando não representadas, podem assumir força e dramaticidade relevantes. A qualidade da indiferença, nomeada pelas autoras, tem como marca a agressividade e a violência de um adulto em um momento muito primordial de estruturação do psiquismo.

Trata-se, na vivência de indiferença, portanto, da ausência de uma condição de ajuda alheia na medida em que o outro “oferta” à criança apenas sua indiferença. O que está em evidência nessa situação é um campo de experiência, no qual a indiferença acrescenta um elemento de excesso que se reproduz posteriormente nos efeitos do experienciado. (Moraes & Macedo, 2011, p. 42)

Os encontros inaugurais marcados pela indiferença evidenciam uma dificuldade dos adultos ou cuidadores em reconhecer aquilo que é mais singular da criança. A relação acontece com uma barreira que impede dar lugar para a diferença na existência do outro, para o que é espontâneo e particular nas necessidades do bebê. Não se trata de uma desconsideração, uma ausência total por parte do adulto. O que é mais delicado e sutil nestes casos é que há uma presença atravessada pelo não reconhecimento e pela fragilidade em dar lugar para o que é mais próprio da criança, aquilo que torna sua existência única.

A vivência de indiferença é considerada uma forma de relação em que a criança não vê no adulto alguém que tem condições psíquicas para receber suas necessidades e considerar a diferença presente nesse encontro. “O outro da *vivência de indiferença* não possui recursos que levariam a uma capacidade de ligação afetiva em relação à criança que ocupa o lugar de desamparo próprio desse tempo inaugural” (Moraes & Macedo, 2011, p. 43). Neste contexto da indiferença, a disponibilidade afetiva para interpretar e fazer o trabalho de ligação dos sentimentos e intensidades que vêm de dentro da criança não é vivida, e o que predomina é o desamparo e as intensidades.

Seguindo a linha dos efeitos deste encontro traumático, de um desencontro muito primeiro e inaugural, desconhecemos aquilo que é mais próprio do sujeito. Desta forma, o que passa a ser reproduzido não é o que faltou, mas justamente a intensidade que lhe foi oferecida. Como houve dificuldade no reconhecimento da singularidade da existência, o sujeito fica aprisionado em um registro mudo, mas que possui força e consequências psíquicas. Estamos diante, então, de um processo psíquico fraturado. “As fraturas atualizam-se principalmente no campo da alteridade; por isso a força matriz do encontro primordial na repetição atordoa e produz dor psíquica pela sensação de aprisionamento” (Moraes & Macedo, 2011, p. 44).

Nos casos em que a vivência da indiferença é presente, temos uma fragilidade no que diz respeito à autonomia, uma vez que houve dificuldade no processo de reconhecimento da singularidade. As respostas do cuidador foram marcadas por instabilidade e ambiguidade, o que tem como consequência a fragilidade na relação com o outro, dificuldade de aceitar o outro em sua diferença, de lidar com a alteridade. As autoras apontam que, na clínica, se aproximam dos quadros de fronteira:

Não se trata nem da operação de recalçamento, tampouco de uma ruptura com a realidade, ao contrário, o experimentado no cenário de indiferença terá como efeito um processo singular de construção do si mesmo: *a matriz denuncia a apropriação da capacidade de ser e de se reconhecer em sua diferença*. (Moraes & Macedo, 2011, p. 45)

Segundo Moraes e Macedo (2011), no cenário da vivência de indiferença ocorre falta de recursos para realizar a captura e a metabolização dos conteúdos intrapsíquicos. Temos um contexto em que o outro não conseguiu reconhecer a demanda do sujeito e, conseqüentemente, este sujeito reproduz a incapacidade de gerir o que é da ordem pulsional. Diante desta fragilidade de recursos psíquicos, o que impede a disposição de recursos mais complexos, temos uma modalidade de sofrimento voltada para o excesso e para o ato. Assim, o ato ganha um lugar de importância na dinâmica psíquica do traumático.

O predomínio de intensidades em um psiquismo, cuja precariedade não encontre na simbolização uma alternativa de expressão, fará com que a ação surja privilegiadamente como “válvula de escape”. Não se trata, porém, de um ato que expressa, via simbolismo, a etiologia do padecimento. (Moraes & Macedo, 2011, p. 47)

As autoras nomeiam esta modalidade de ato como ato-dor, considerado um ato que permite a evacuação das intensidades e está presente no contexto da indiferença, mencionado anteriormente. A ideia sustentada pelas psicanalistas é a de que o acontecimento traumático em questão encontra no ato uma via de articulação de intensidades.

A *vivência de indiferença*, ao condenar o psiquismo a uma repetição do singular excesso histórico experimentado, encontra, na forma de repetição em ato, uma via privilegiada de articulação de intensidades. Assim, esse ato corresponderá à vigência do excesso e encontrará em sua manifestação singularidades que o situem como expressão de dor. A ideia aqui proposta é de que esse ato-dor, é uma memória da dor da indiferença, sendo que nele, pela via da descarga, e não pelo recurso da metabolização psíquica, reproduz-se continuamente a impressão do excesso experienciado. (Moraes & Macedo, 2011, p. 48)

Para Moraes e Macedo (2011), o ato-dor possui a característica de ser um ato evacuativo, mas não pode ser igualado à descarga. É uma forma de ato que evacua as intensidades e que reproduz a indiferença vivida. O sujeito não consegue disponibilizar outros recursos que viabilizem ou deem conta da indiferença da singularidade e do si mesmo.

Atualiza-se, assim, via ato, uma história vivida no predomínio de um circuito pulsional da ordem do desligado e do mortífero. É por meio do *ato-dor* que o traumático expressa seu poder de provocar padecimento, assim como denuncia a fragilidade que imperou no processo de construção do si mesmo. (Moraes & Macedo, 2011, p. 48)

As autoras pontuam que a experiência de indiferença comporta um excesso que impede que as intensidades encontrem vias de expressão simbólica. São situações que estão além do princípio de prazer e aquém de um processo de representação. Neste sentido, podemos pensar que a vivência da indiferença tem como efeito uma forma particular de adoecimento psíquico, nomeado como ato-dor, em que a intensidade do acontecimento traumático produz sofrimento e padecimento do si mesmo.

Para Moraes e Macedo (2011), nestas situações clínicas, o dispositivo analítico pode possibilitar que a construção de um processo singular de historicização do si mesmo aconteça, permitindo o acesso aos conteúdos que estão aquém do representado. Neste sentido, o ato-dor repete e reproduz intensidades não simbolizadas pela modalidade de indiferença. “O ato é uma tentativa coerente com a fragilidade de um psiquismo que “aprendeu” a evacuar intensidades, e não a metabolizá-las” (p. 52). Com isso, o ato-dor atualiza o não representado, não nomeado e não metabolizado, reproduzindo sua captura na indiferença.

Sendo assim, por meio deste percurso sobre o ato em psicanálise e relacionando com a noção de dor psíquica e o trauma, trabalhados nos capítulos anteriores, podemos dizer que o ato da tentativa de suicídio não é o ato suicida propriamente dito. Assim, este ato inclui uma série de elementos e complexidades que invadem o psiquismo. O ato expressa uma dor advinda da relação com o outro cuidador, o que pode incidir em um acontecimento traumático não simbolizado. Neste sentido, a análise pode ser o espaço de suporte para o não sentido e, com isso, o sujeito pode se implicar em seu ato e uma narrativa pode se construir, buscando articulações possíveis e singulares com a vida.

5 Considerações finais

Neste trabalho, procuramos lançar luz sobre um tema complexo e sensível na clínica – a tentativa de suicídio. Como psicanalistas, não estamos imunes a vivenciar a situação delicada de um paciente tentar se matar, o que possui forte impacto e implicações em nossa escuta e na continuidade do trabalho. Pacientes que já tentaram tirar a própria vida carregam marcas deste acontecimento, assim como podemos encontrar esta questão naqueles que procuram o tratamento após o episódio ter acontecido. As diferentes formas do fenômeno se apresentar são importantes para estabelecer distinções que evidenciam a amplitude do tema e a marca da singularidade na psicanálise. Diante do meu encontro com esta problemática durante minha experiência na residência em saúde mental e no consultório, senti a necessidade de me debruçar sobre esta temática importante. Desta forma, escolhemos três aportes teóricos principais para trabalhar esta questão, sendo eles a noção de dor psíquica, de trauma e de ato em psicanálise.

A tentativa de suicídio pode ser compreendida como a expressão de uma dor extrema, que se tornou intolerável. A dor psíquica – e este foi um dos eixos temáticos centrais da dissertação – ocupa lugar importante em um processo analítico, sendo considerada uma das condições para um sujeito entrar em análise. Neste sentido, o analista escuta a dor do seu paciente, sendo um elemento que indica um excesso de intensidades, podendo causar situações-limite de transbordamento pulsional. No momento em que escutamos um paciente, estamos acolhendo, principalmente, a dor que ele carrega. Quando esta dor se torna insuportável, vimos que o suicídio pode ser uma saída extrema para aplacar o sofrimento. Desta forma, a dor psíquica está presente como expressão do ato do suicídio. Assim, apostamos que um tratamento que sustente uma escuta singular da dor possa contribuir para seu reconhecimento e viabilizar, aos poucos, a construção de outras saídas mais vitais para lidar com ela.

A dor, como vimos, aparece desde o período pré-psicanalítico, indicando a ideia de um fenômeno que carrega intensidades e acompanha toda a obra freudiana. Buscamos, por meio de um recorte teórico, tocar em pontos que especificam a dor psíquica. Desde o “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]/1996a),

percebemos que a dor rompe com as barreiras de telas de proteção dos dispositivos, o que aponta para sua capacidade invasiva, afetando o funcionamento e a ordem das coisas. A dor, neste texto, aponta para um limite e em um fracasso da barreira protetora.

Acrescentando e avançando sobre esta noção, com “Introdução ao narcisismo” (1914/2010b) compreendemos a dor como um fenômeno narcísico, que possui efeitos na balança libidinal e nos investimentos que fazemos em nós mesmos e no outro. Em “Luto e melancolia” (1917[1915]/2010c), vimos como, nas situações de perda, a dor se demonstra, e o luto pode vir a ser um trabalho psíquico diante da perda de um objeto amado. No quadro clínico da melancolia, há uma identificação maciça com o objeto perdido, impedindo a vivência do luto. A identificação total com o objeto perdido faz com que o sujeito e o objeto não se separem, ficando o sujeito no lugar do objeto.

Além disso, a dor sob o ponto de vista do excesso, tal como formulado no “Além do princípio de prazer” (1920/1996j), deu o chão teórico para, em seguida, trabalharmos a noção do traumático e da compulsão à repetição. O trauma foi apresentado como um acontecimento da vida marcado por intensidade e incapacidade de reação adequada por parte do sujeito, o que nos faz pensar na importância da relação que este estabelece com o evento. Desta maneira, para a psicanálise, o evento em si não é determinante para ser considerado traumático, mas sim a forma como o sujeito responde a ele. Neste sentido, o psiquismo e os recursos de que dispomos são muito significativos, uma vez que a capacidade de linguagem, de dar sentido às experiências, nos protege do impacto das situações de perdas e das hostilidades na relação com o outro. Além disso, o caminho da escuta pode fazer frente às repetições do trauma, tal como no desmentido, que pode se expressar em ações autodestrutivas e violentas, como nos casos em que o suicídio aparece como solução para estancar a dor.

A compulsão à repetição foi considerada fundamental ao longo deste trabalho, na medida em que consiste em uma noção freudiana que auxilia esta clínica de situações muito graves, ajuda a pensar sobre as situações em que o trauma retorna em forma de ato, de repetição e que, muitas vezes, o sujeito não se dá conta. Por meio da repetição, o psiquismo tenta fazer ligações, uma vez que é o caminho que o material não representável encontra para escoar. Percebemos que, nas situações de tentativa de suicídio, temos como evidência experiências traumáticas

em que há uma desintrincação pulsional e o predomínio da pulsão de morte. Esta relação da tentativa de suicídio com as intensidades que se voltam para o próprio sujeito e a pulsão de morte se revela em situações nas quais o sujeito se coloca em risco por conta da destrutividade que avança sem a mediação da palavra.

As contribuições de Ferenczi (1933/2011b) à noção de trauma foram muito importantes, na medida em que o desmentido impede que o sujeito reconheça a verdade do acontecimento vivido. O desmentido implica uma violência e um vazio de palavra e de história. Esta extensão do trauma a partir da linguagem da paixão e da ternura nos coloca diante dos não-ditos e das mentiras que apagam partes cruciais da história do sujeito, o que causa consequências psíquicas relevantes. As contribuições dadas pelo autor em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929/2011a) demonstram como os momentos primeiros da vida de uma criança com seu cuidador são essenciais para o seu desenvolvimento e para a construção de um prazer pela vida.

Neste traçado teórico, que partiu da dor psíquica, para, na sequência, chegar às vivências traumáticas para buscar conexões com a temática da tentativa de suicídio, finalizamos com o ato. Desafio constante para o processo de análise, o ato escapa à palavra. Tal dimensão psíquica se apresenta como uma questão central a ser trabalhada na psicanálise contemporânea, pautada no modelo da performance, o que produz significativo sentimento de insuficiência (Birman, 2014). Com efeito, o ato pode ser considerado uma modalidade de manifestação psíquica para lidar com a dor de forma mais evacuativa, buscando eliminar as tensões. Seria, então, uma descarga que visa a se livrar do excesso através do sistema motor. De tal modo, a tentativa de suicídio estaria incluída neste tipo de ato, que é uma via de escapar da dor que se tornou intolerável para o paciente.

Nesta perspectiva, na qual compreendemos o ato como algo que expressa uma dor psíquica e que escapa ao registro representacional, tentamos buscar em dois operadores clínicos – o *acting out* e a passagem ao ato – algumas distinções que podem auxiliar na clínica. O *acting out* possui uma linguagem simbólica, sendo um ato endereçado ao analista, notícia de que a associação livre foi interrompida, juntamente com a interpretação. É um ato que acontece dentro da transferência e inclui um pedido de interpretação, sendo importante que o analista esteja sensível e atento à mensagem. Já a passagem ao ato é um tipo de ato muito mais próximo da descarga e de uma postura mais evasiva do sujeito e, por não representar um

endereçamento ao analista, se trata de uma situação clínica mais delicada e que oferece mais riscos ao paciente.

A contribuição de Roussillon (1991/2006), no que se refere ao ato que pode ocorrer ao longo do processo analítico como uma forma de o sujeito se preservar de uma possível desorganização psíquica intensa nos ajuda a compreender a função que o ato ocupa no psiquismo. Desta forma, podemos compreender o ato como um recurso que precisa ter lugar na escuta do analista e uma sensibilidade para manejar e conduzir estas situações clínicas, nas quais o sujeito recorre a esta via de canalizar suas tensões e excitações. As quatro formas de ato circunscritas pelo autor são importantes para pensar as maneiras como podemos ampliar a visão do ato e como podemos realizar leituras sensíveis e cuidadosas sobre eles.

Para finalizar a visão do ato em psicanálise, buscamos no ato-dor uma compreensão do sofrer que tem como predomínio as intensidades e como marca o aspecto evacuativo. O ato evacuativo é uma tentativa de se livrar daquilo que é impensável, que não faz sentido. Trata-se de um ato que reproduz a dor da indiferença sentida e que não foi representada. Moraes e Macedo (2011) relacionaram o ato-dor com o contexto de vivências traumáticas, que não conseguem ser representadas no psiquismo. Estas vivências traumáticas são compreendidas a partir do contexto de indiferença, no qual o adulto cuidador teve uma dificuldade de reconhecer a singularidade da criança. Neste contexto, há, posteriormente, uma fragilidade na relação com o outro.

Conclui-se, portanto, que a tentativa de suicídio é um fenômeno que revela uma série de elementos subjetivos e psíquicos, que podem ser lidos e desdobrados ao longo de um processo analítico. Poder pensar a dor como algo que está intrincado em uma situação de fragilidade, como em uma ameaça da própria vida, pode auxiliar a escutar e promover espaços de acolhimento para o que tem por trás de uma forma tão radical de lidar e expressar o sofrimento. A compreensão do traumático como uma via de reproduzir situações que não puderam ser incluídas no simbólico pode abrir caminhos de construção de narrativas sobre o ato. O analista pode, assim, por meio de sua disponibilidade e escuta, recuperar e produzir ligações mais articuladas com as potencialidades singulares de cada sujeito.

6 Referências

- Aubert, A. (2017). *A dor: originalidade de uma teoria freudiana*. São Paulo: Escuta.
- Birman, J. (2006). *Arqueologia da passagem ao ato*. Conferência na Universidade de Paris I, École Doctorale d'Histoire Médiévale.
- Birman, J. (2014). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2016). *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Breuer, J. & Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Estudos sobre a histeria (1893-1895)* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Calazans, R. (2015). Sobre a psicopatologia dos atos. *Psicologia Clínica*, 27(1): 123-136. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00123.pdf>
- Cassorla, R. M. S. (1991). Considerações sobre o suicídio. In R. M. S. Cassorla (Org.), *Do suicídio: estudos brasileiros* (pp. 17-26). Campinas, SP: Papiros.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2013). *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>
- Dockhorn, C. N. B. F.; Macedo, M. M. K. & Werlang, B. S. G. (2007). Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. *Barbarói*, 27: 25-42. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/136/567>
- Dostoiévski, F. (2017). *Duas narrativas fantásticas: A dócil e O sonho de um homem ridículo*. São Paulo: Editora 34.
- Durkheim, E. (2019). *O suicídio: estudo de sociologia* (3ª ed.). São Paulo: WMR Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1897).
- Edler, S. (2018). *Luto e melancolia: à sombra do espetáculo* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Ferenczi, S. (2011a). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, *Obras completas: Psicanálise IV* (2ª ed., pp. 55-60). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929).

- Ferenczi, S. (2011b). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi, *Obras completas: Psicanálise IV* (2ª ed., pp. 111-121). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933).
- Ferraz, F. C. (1998). Das neuroses atuais à psicossomática. In R. M. Volich, F. C. Ferraz & M. A. A. C., Arantes (Orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fortes, I. (1998). A interpretação não-toda. *Tempo Psicanalítico*, 30: 61-70.
- Fortes, I. (2008). A dimensão do excesso no sofrimento contemporâneo. *Pulsional*, 1(3): 63-74.
- Fortes, I. (2012). *Dor psíquica*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Fortes, I. (2014). O sofrimento como travessia: Nietzsche e a psicanálise. *Revista Epos*, 5(1): 99-111. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/06.pdf>
- Freud, S. (1996a). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1895 e publicado em 1950).
- Freud, S. (1996b). Rascunho G – Melancolia. In S. Freud, *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1895 e publicado em 1950).
- Freud, S. (1996c). Tratamento psíquico (ou anímico). In S. Freud, *Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996d). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud, *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996e). Dinâmica da transferência. In S. Freud, *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996f). Recordar, repetir e elaborar. Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud, *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

- Freud, S. (1996g). Totem e tabu. In S. Freud, *Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 13). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996h). Os instintos e suas vicissitudes. In S. Freud, *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996i). Repressão. In S. Freud, *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996j). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1996k). Construções em análise. In S. Freud, *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 23). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2010b). Concepção psicogênica do transtorno psicanalítico da visão. In S. Freud, *Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*(Obras completas, v. 9). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (2010c). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*(Obras completas, v. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010c). Luto e melancolia. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*(Obras completas, v. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original escrito em 1915 e publicado em 1917).
- Freud, S. (2011a). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud, *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*(Obras completas, v. 17). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1928).
- Freud, S. (2011b). Dostoiévski e o parricídio. In S. Freud, *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*(Obras completas, v. 17). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1928).

- Garcia-Roza, L. A. (2011). *Freud e o inconsciente* (23ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1984).
- Goethe, J. W. (2010). *Os sofrimentos do jovem Werther* (M. Backes, trad.). Porto Alegre: L&PM. (Trabalho original publicado em 1774).
- Kehl, M. R. (2015). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Kupfermann, D. (2019). *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni.
- Lacan, J. (2005). *O seminário 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de psicanálise* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982).
- Levinzon, G. K. (2018). Thirteen reasons why: Suicídio em adolescentes. *Jornal de Psicanálise*, 51(95): 297-306. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v51n95/v51n95a24.pdf>
- Lins, T. & Rudge, A. M. (2012). Ingresso do conceito de passagem ao ato na teoria psicanalítica. *Trivium*, 4(2): 12-23. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v4n2/v4n2a03.pdf>
- Macedo, M. M. K. (2006). *Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Macedo, M. M. K. (2019). Decifro-me ou me devoro? Dor psíquica e autodestrutividade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(4): 209-223.
- Minois, G. (2018). *História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. São Paulo: Editora Unesp.
- Miodownik, B. (2019). Suicídio: uma dificuldade na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(4): 67-81.
- Moraes, E. G. & Macedo, M. M. K. (2011). *Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nasio, J.-D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2019). Folha informativa: suicídio. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>
- Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta.

- Pontalis, J.-B. (2005). Sobre a dor psíquica. In J.-B. Pontalis, *Entre o sonho e a dor*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Rocha, Z. (2011). A dor física e psíquica na metapsicologia freudiana. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(2): 591-621. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n2/06.pdf>
- Roussillon, R. (2006). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. Porto Alegre: Unisinos. (Trabalho original publicado em 1991).
- Rudge, A. M. (1994). Esboço de uma concepção psicanalítica do ato. *Revista de Psicologia e Psicanálise*, 19-36.
- Rudge, A. M. (1998). *Pulsão e linguagem: esboço de uma concepção psicanalítica do ato*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rudge, A. M. (2009). *Trauma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Uchitel, M. (2011). *Neurose traumática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yorkey, B. (2017). *Thirteen reasons why* (Baseado no livro de J. Asher). Califórnia: Paramount.