



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

**O COMPLEXO DA MÃE MORTA
FRAGMENTOS DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA**

MARIA DE GUADALUPE COSTA TEIXEIRA

**BRASÍLIA – DF
JULHO/2009**

MARIA DE GUADALUPE COSTA TEIXEIRA

**O COMPLEXO DA MÃE MORTA
FRAGMENTOS DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB –
como requisito básico para obtenção do
grau de Psicólogo da Faculdade de
Ciências da Educação e Saúde.

Professora Orientadora: Morgana Queiroz

**BRASÍLIA – DF
JULHO/2009.**



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Morgana de Almeida Queiroz
Orientadora

Cláudia Mendes Feres
Examinadora

Maria Leonor Bicalho
Examinadora

A Menção Final obtida foi:

BRASILIA – DF
JULHO/2009

Dedico este trabalho à minha mãe (Maria) e aos meus netos (Leticia e Guido): os afetos que unem os dois extremos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pelo presente.

A todas as pessoas que compreenderam, apoiaram, incentivaram essa minha (tardia) escolha:

- de modo especial aos meus filhos e noras – Márcio e Fernanda, Fábio e Angélica.

Aos colegas de jornada, pela convivência, pelo aprendizado que me proporcionaram: a síntese de todos é Edilene, com quem dividi tantos “sacos de sal”.

Aos professores que, cada um à sua maneira, foram apontando aos poucos esses novos caminhos, a quem elejo como representantes:

- Alexandre Russo, pela dedicação, competência e, sobretudo, pela tolerância.

- Fernando Rey, por apontar tantos e novos percursos e ideias e, principalmente, por instigar questionamentos.

- Tânia Inessa, pela paixão pelo que faz, e que a todos contagia, impulsiona, sugere.

- Cláudia Feres (cuja indicação de disciplina optativa agradeço à Tatiana Nardoni), um divisor de águas em minha opção de final de curso; modelo de simplicidade, de solidariedade, sem falar na competência e na humildade intelectual – com quem partilhamos, Morgana e eu, os questionamentos, os posicionamentos, as opiniões aqui expostos.

- Morgana Queiroz, professora, supervisora de estágio e, acima de tudo, orientadora desta monografia: muito mais do que acompanhar (palavra sua), suportou e sustentou o percurso deste trabalho, ancorado tudo em sua *baianidade*, sinônimo de bom humor, segurança, tranquilidade, compreensão, poesia.

“Quando nos deparamos com o funcionamento pulsional bruto, com o conflito entre pulsões de vida e pulsões de morte de um lado e, do outro lado, com o objeto, evidentemente estaremos lidando com um funcionamento que pode ser extremamente difícil, que eu diria não civilizado, no limite do humano...”

(André Green, 1990, p. 76)

SUMÁRIO

RESUMO	vii
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 – O Complexo da mãe morta: fundamentação teórica	04
1.1. A mãe morta: uma metáfora do excesso de ausência	04
1.2. A mãe morta: um palco de encenação das vicissitudes do objeto	10
1.3. A mãe morta: a clínica do vazio	15
CAPÍTULO 2 – O Narcisismo: uma ampliação do conceito	20
2.1. O narcisismo primário e a constituição do eu	20
2.2. De Lacan a Winnicott: o eu-representação, o espelho, o olhar	24
2.3. Green, uma ampliação do conceito: narcisismo de vida, narcisismo de morte	29
CAPÍTULO 3 – Experiência de estágio em clínica psicanalítica	32
3.1. Qual o estatuto de um caso clínico em psicanálise?	32
3.2. Experiência clínica: desafios e reflexões	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO	55

RESUMO

Esta monografia tem como objetivo apresentar um fragmento de caso clínico cuja sintomatologia aproxima-se das características atribuídas ao Complexo da mãe morta, elaboração teórico-clínica do psicanalista André Green, exposta em seu ensaio “A mãe morta”. Essa expressão constitui uma metáfora, para referir uma mãe que, embora presente fisicamente, encontra-se distante afetivamente, ela mesma enlutada por uma perda significativa. A ocorrência desse luto acarreta uma brusca mudança em sua maternagem: ela desinveste bruscamente seu filho, e esse desinvestimento é sentido pelo bebê como uma catástrofe que acarreta uma perda no nível de seu narcisismo. Os sintomas revelam uma depressão primária, fruto da identificação com a mãe psiquicamente morta, ela própria em depressão. Essa hipótese vincula-se à denominada clínica do vazio, marcada pela presença de uma ferida narcísica e incluída nos nominados casos-limites, que se distinguem das descrições das estruturas clássicas. A ampliação do conceito de narcisismo, tal como Freud o formulou, elaborada pelo autor, distingue dois tipos de narcisismo: um de vida, ou positivo, em que se destaca o trabalho da pulsão de vida, de *Eros*; outro, negativo, ou de morte, marcado pelo predomínio da pulsão de morte, de *Thánatos*. O Complexo da mãe morta traz as marcas do segundo, em virtude de sua função desobjetalizante, a partir do fracasso do apagamento do objeto-mãe, primordial para a constituição do psiquismo e para possibilitar o sucesso das futuras escolhas objetais. O referencial teórico de André Green fundamenta-se nas ideias de Freud, Lacan e Winnicott. As especificidades e singularidades desse quadro clínico acarretam alterações no manejo técnico da psicanálise, afastando-se do clássico modelo freudiano. Inclina-se na direção dos conceitos winnicottianos, que têm na relação mãe-bebê o protótipo do enquadre clínico. As reflexões efetuadas no fragmento de caso incluem as dificuldades decorrentes dessas alterações.

Palavras-chave: mãe morta, narcisismo, clínica do vazio.

O título deste trabalho – “O Complexo da mão morta: fragmentos de uma experiência clínica” – condensa, a uma só vez, o tema e o objeto de estudo aqui apresentados. Ou seja, estão aí explicitadas tanto a abordagem teórica que embasa e sustenta as reflexões expostas quanto sua aplicação na prática clínica realizada em uma experiência de estágio supervisionado.

As ideias¹ e reflexões aqui expostas encaminham-se à busca da compreensão da dinâmica psíquica que move o sujeito afetado por um trauma de natureza narcísica. Encaminham-se, assim, à decodificação de um enigma que aponta para a evidenciação de uma vida desorganizada em seus aspectos fundamentais – o amor e o trabalho –, uma vida marcada pela falta de autonomia, pela incapacidade de encontrar alternativas para os impasses da existência.

A associação entre o referencial teórico e a prática clínica representou a via de acesso ao entendimento desse tipo de funcionamento psíquico. Sob esse aspecto, tentamos seguir de perto uma tradição da prática psicanalítica. Com efeito, o interesse pela narrativa de casos clínicos encontra respaldo na tradição psicanalítica desde os primórdios das elaborações metapsicológicas freudianas, constituindo sua verdadeira matéria-prima, como nos ensinam Jones (1989) e Gay (2005). Esse mesmo estatuto Mezan (1998) confere à escrita dos fragmentos ou dos recortes de casos clínicos, como bem o atestam os exemplos colhidos na psicanálise contemporânea.

Nesse contexto, o objetivo principal deste trabalho é apresentar um relato desse recorte de caso clínico, fruto do atendimento a uma cliente na clínica-escola do UniCEUB – CENFOR –, durante o segundo semestre de 2008. A natureza e a intensidade do sofrimento psíquico do sujeito atendido permitem aproximações com a elaboração teórico-clínica formulada por André Green (1988), em seu ensaio “A mãe morta”. Além disso, como nos

¹ A ortografia, neste trabalho (inclusive nas citações), segue as normas do Novo Acordo Ortográfico, com base na seguinte referência: BECHARA, Evanildo. (2008). *O que muda com o Novo Acordo Ortográfico*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

adverte o autor, as especificidades e as particularidades desses casos conduzem a significativas alterações na técnica utilizada. Demonstrar as dificuldades, os desafios, os impasses daí advindos constitui outro objetivo a ser atingido.

Para a consecução desses objetivos, apresentou-se como essencial a realização de uma revisão bibliográfica dos conceitos correlatos ao tema abordado – narcisismo, constituição do eu, relações de objeto, dualismo pulsional. E muita leitura se fez necessária. Pode parecer uma afirmação óbvia; mas o desafio tornou-se maior pelo afastamento dessa hipótese teórico-clínica dos sintomas característicos das estruturas clássicas, e o conjunto de informações novas daí decorrentes. Ficou claro, desde o início do processo analítico, que a fundamentação teórica estava na base da superação dos percalços, no enfrentamento das dificuldades, na compreensão e no desvelamento do enigma do sofrimento psíquico.

Também para a consecução de tais objetivos, a organização deste trabalho comporta três capítulos. O primeiro apresenta as linhas mestras da hipótese teórico-clínica formulada pelo autor, sua sintomatologia, sua caracterização, suas sequelas na vida das pessoas afetadas. Tal hipótese é inserida no contexto das relações objetais, conforme o autor as compreende – associadas ao conceito de pulsão. De igual modo, inclui-se essa formulação na denominada clínica do vazio, marcada pela presença de uma ferida narcísica, o que situa tal quadro clínico no âmbito dos estados-limites.

O segundo capítulo estabelece a relação entre a formulação dessa hipótese e a construção do pensamento do autor – segundo ele próprio fundamentado sobre três pilares teóricos: as ideias de Freud, Lacan e Winnicott. Assim, é apresentado o conceito de narcisismo, tal como Freud o formulou em 1914. A seguir, a função do espelho e do olhar da mãe como constitutivos do narcisismo primário são apresentados sob a ótica de Lacan e a de Winnicott. Tais articulações fundamentam a ampliação do conceito de narcisismo elaborado por Green (1988): reconhecimento do trabalho da pulsão de vida, como seu caráter de ligação,

e com sua função objetalizante, presentes no denominado narcisismo de vida, ou narcisismo positivo; reconhecimento também do trabalho da pulsão de morte, com seu caráter de desligamento, de divisão, e com sua função desobjetalizante, presentes no alcunhado narcisismo de morte, ou narcisismo negativo. Este último é predominante no Complexo da mãe morta.

O terceiro capítulo começa com uma breve e pessoal reflexão acerca do estatuto do relato de caso clínico, tal como por mim apreendido a partir do cotejamento entre as leituras efetuadas e o aprendizado adquirido no decorrer desse trabalho de escrever. A narrativa do fragmento da experiência clínica procura evidenciar os desafios, as dificuldades, as perplexidades, os impasses enfrentados. É também a narrativa do gratificante aguçamento do desejo de saber, de desvendar os meandros do sofrimento psíquico. O respaldo teórico foi encontrado predominantemente nos textos de André Green, em suas considerações metapsicológicas e técnicas, visando tudo ao adequado acolhimento e à pertinente escuta que tais casos requerem. O caminho foi aberto, desde o início do processo, pela lucidez da supervisão da professora Cláudia Feres: a firmeza na decifração do enigma, a segura indicação da direção a seguir, seja no campo teórico, seja na orientação do manejo técnico. Já as considerações finais contêm um breve depoimento do impacto da contratransferência em meus próprios afetos.

Mezan (1998) nos faz uma advertência: escrever um caso clínico é expor-se. Ou seja, quem escreve expõe-se a quem lê. Expõe-se a seu julgamento, a sua aprovação, a sua repulsa, a suas críticas, a seu repúdio, até. Entendo essa provocação, sobretudo, como um risco de natureza narcísica. É esse desafio que me proponho enfrentar com as reflexões aqui apresentadas.

Capítulo 1: O Complexo da mãe morta – fundamentação teórica

“O luto branco da mãe induz o luto branco da criança, enterrando uma parte de seu Eu na necrópole materna.”
(Green, 1988, p. 267)

1.1. A mãe morta: uma metáfora do excesso de ausência

O psicanalista franco-egípcio, André Green, expõe as bases da hipótese teórica desse Complexo² em um ensaio tornado público em 1980, intitulado “A mãe morta”, publicado na coletânea que leva o nome de “Narcisismo de vida, narcisismo de morte” (1988). É na experiência clínica que o autor vai buscar os questionamentos que embasam, fundamentam e justificam suas proposições teóricas e técnicas.

O conteúdo metafórico da expressão por ele cunhada é de pronto esclarecido. Como se sabe, o cerne da construção da figura de linguagem denominada metáfora reside na existência de similaridade entre dois termos de sentidos distintos, ou seja, na identificação, por analogia, de semelhanças entre dessemelhantes, como nos ensina Aristóteles, em sua “Poética” (1966).

Com base nesse fundamento, Green (1988) nos alerta: não se trata, aqui, da morte propriamente dita, da morte física da mãe, da morte em sentido referencial ou denotativo. Não se trata igualmente de sua morte no sentido conotativo, figurado, metafórico, de abandono, de desaparecimento, de fuga. Trata-se, sim, de uma metáfora que remete à sua morte psíquica, à morte de uma mãe que, embora viva, diligente, atuante, tem sua presença marcada pela ausência. Como Green (1988) nos esclarece: “refiro-me a esta (a mãe morta) como uma metáfora independente do luto real” (p. 246), “uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem cuida” (p. 239).

O Complexo da mãe morta diz respeito, então, à imagem que se forma na incipiente psique infantil, quando uma mudança repentina acontece na qualidade do manejo que sua mãe

² O autor não atribui sentido específico para o termo “complexo”. De acordo com Rudinesco e Plon (1998, p. 123), o termo complexo foi “criado pelo psicanalista alemão Theodor Ziehen (1826-1950) e utilizado inicialmente por Carl Gustav Jung (1875-1961), para designar fragmentos soltos de personalidade ou grupos de conteúdo psíquico separados do consciente e que têm um funcionamento autônomo no inconsciente, de onde podem exercer influência sobre o consciente” Freud apropriou-se desse termo – Complexo de Édipo, Complexo de castração – e seu uso se disseminou no vocabulário psicanalítico de forma geral.

lhe dedica. O aspecto enfatizado por Green (1988) refere-se à ocorrência de descontinuidade dessa qualidade dos cuidados maternos: a relação inicial do bebê com a mãe, caracterizada por esse autor como “rica e feliz” (p. 248), indica que a criança sentia-se amada, inclusive com os imprevistos considerados normais e saudáveis nesse tipo de relação. Fica patente a presença do investimento libidinal e afetivo da mãe relativamente ao filho, condição essencial para a constituição da subjetividade do infante.

No entanto, por alguma razão, a mãe deprimiu, e essa depressão interfere brutalmente, aos olhos da criança, em sua relação com o filho. Essa inesperada reviravolta ocorrida na atitude materna é interpretada pela criança como a perda do seu amor. O desinvestimento da mãe com relação à criança acontece por estar ela ocupada em seu próprio trabalho de luto.

A ocorrência dessa depressão materna pode ser motivada por um variado leque de acontecimentos: perda de um ente querido, grave problema familiar, decepção frente a um importante investimento: “em todos os casos, a tristeza da mãe e a diminuição do interesse pela criança estão em primeiro plano”. O mais grave e significativo de todos os possíveis fatores, ensina-os Green (1988), diz respeito à morte de um filho pequeno: este representa, na verdade, o “objeto mais fortemente investido pela mãe”, aquele que mais intensamente lhe “inflige uma ferida narcísica” (p. 247).

O ponto a ser enfatizado é expresso por Green (1988): “o que aconteceu naquele momento foi uma mudança brutal, verdadeiramente mutativa da imago materna” (p. 274). Assim, uma grave depressão materna transforma “brutalmente o objeto vivo, fonte de vitalidade da criança, em figura distante, átona, quase inanimada” (p. 239).

A ilustração dessa inusitada mudança Green (1988) vai buscar na comparação das fotos da criança: o bebê “alegre, acordado, interessado, cheio de potencialidades” (p. 249), aparece, em fotos posteriores à modificação radical da maternagem, com “as marcas da perda dessa primeira felicidade” (p. 249). Os prejuízos causados ao imaturo psiquismo infantil por

essa perda do objeto de amor serão tanto mais catastróficos quanto mais precocemente ocorre a brusca mudança. E Green (1988) nos informa: “Deve-se então pensar que a experiência traumática à qual aludi foi mais discreta, ou mais tardia, sobrevivendo num momento em que a criança estava mais apta a suportar suas consequências e só teve que recorrer a uma depressão mais parcial, mais moderada e mais facilmente superável” (p. 268).

O reconhecimento dos nefastos efeitos causados na constituição do psiquismo pela ocorrência do Complexo da mãe morta Green (1988) vai encontrar na transferência. A queixa principal desses pacientes situa-se, predominantemente, no fracasso, na insatisfação, na insegurança da vida amorosa — na incapacidade para amar. Os sintomas neuróticos, quando existentes, não constituem o ponto nodal do tratamento: “o analista tem a sensação de que a análise de sua gênese não fornecerá a chave do conflito” (p. 246).

O quadro que se delineia aponta para a colocação em primeiro plano de uma “problemática narcísica”, “sendo as exigências do Ideal do Eu consideráveis, em sinergia ou em oposição com o Supereu” (Green, 1988, p. 246). Evidencia-se uma sensação de impotência, de incapacidade de sair do conflito, de posicionar-se diante da vida, de manter e sustentar os relacionamentos, de obter a realização pessoal e profissional. E mais: quando tal acontece, sobrevém uma “insatisfação profunda frente ao resultado” (p. 246).

Os sintomas depressivos não eclodem, inicialmente. Depois de algum tempo de tratamento — mais depressa em uns, mais tardiamente em outros —, manifesta-se uma depressão caracterizada por Green (1988) como “singular”: mostra-se na transferência, embora não se evidencie claramente na vida cotidiana. Tudo levar a pressupor a repetição de uma depressão infantil, de uma depressão primária, que impregna o psiquismo continuamente, expondo as marcas do trauma. O autor forja a expressão “depressão de transferência”, em contrapartida à “neurose de transferência”, para elucidar esse achado clínico (p. 247). Tais pacientes revelam uma tendência a apresentar quadros de características depressivas,

ultrapassando “a reação depressiva normal, aquela que atinge periodicamente cada um de nós” (p. 241).

O caráter singular do quadro depressivo encontrado nesses pacientes é expresso por Green (1988): “*O traço essencial desta depressão é que ela se dá na presença de um objeto, ele mesmo absorto num luto*” (p. 247, grifos do autor). Disso resulta que “o luto branco da mãe induz o luto branco da criança, enterrando uma parte de seu Eu na necrópole materna” (p. 267). Ou seja, a depressão materna representa para a criança uma profunda e radical mudança da imagem da mãe: ela continua presente, mas o coração não está ali – “desinveste brutalmente seu filho” (p. 248). Os efeitos desse desinvestimento para o psiquismo infantil são equivalentes a uma catástrofe: advém daí a geração, na criança, de um trauma psíquico de natureza narcísica: “constitui uma desilusão antecipada e que provoca, além da perda de amor, uma perda de *sentido*, pois o bebê não dispõe de nenhuma explicação para o que aconteceu” (p. 248, grifo do autor). E esse trauma é marcado pela angústia: “uma angústia branca, que traduz a perda sofrida no nível do narcisismo” (p. 244).

É justamente essa angústia que põe em palco as defesas do eu, das quais a mais importante “será um movimento único em duas vertentes: o desinvestimento do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta” (Green, 1988, p. 249). O desinvestimento, afetivo e representativo, tem como consequência o surgimento de um furo no psiquismo: a falta, a ausência, um buraco onde deveriam estar investidas as marcas positivas da imago primitiva. Isso significa uma perda no nível do núcleo do narcisismo primário. Ou seja, o desinvestimento da imago materna resulta “na constituição de um buraco na trama das relações objetais com a mãe”. O autor ressalta, entretanto, que “esse assassinato psíquico do objeto (é) realizado sem ódio”, por piedade por uma mãe que já está morta, cuja imagem já está prejudicada, permitindo que “os investimentos periféricos sejam mantidos” (p. 249).

Já a identificação constitui “a outra face do desinvestimento” (Green, 1988, p. 249), e assume, aqui, a relevância que a teoria psicanalítica lhe confere: mais do que uma defesa do eu, mais do que um mecanismo psicológico, a identificação é “a operação pela qual o sujeito humano se constitui”, como nos ensinam Laplanche e Pontalis (2001, p. 227). De fato, Freud, no Capítulo VII da obra “Psicologia de Grupo e Análise do Ego”, de 1921, afirma que “a identificação é conhecida pela psicanálise como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (Freud, 1921/2006, p.115), acrescentando que “podemos ver que a identificação esforça-se por moldar o próprio ego de uma pessoa segundo o aspecto daquele que foi tomado como modelo” (p. 116). De igual modo, Winnicott (2005) entende que “a identificação é aquilo com que a criança começa” (p. 25), num momento em que o eu existe tão somente como um potencial, em um estado de não integração, de não constituição do vínculo entre o corpo e a psique.

Ainda no texto de 1921, Freud refere e enfatiza o caráter ambivalente do processo de identificação, englobando afetos contraditórios, que podem ir da ternura ao desejo de afastamento. A seguir, acrescenta outro aspecto essencial: “comporta-se (a identificação) como um derivado da primeira fase da organização da libido, da fase oral, em que o objeto que prezamos e pelo qual ansiamos é assimilado pela ingestão, sendo dessa maneira aniquilado como tal” (Freud, 1921/2006, p. 115).

Esse é o processo denominado incorporação, “pelo qual o sujeito, de um modo mais ou menos fantasístico, faz penetrar e conserva um objeto no interior de seu corpo” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 238). Esses autores reconhecem, no processo de incorporação, três significações: a obtenção de prazer por meio da “penetração de um objeto em si” (p 239); a destruição do objeto; a assimilação desse “objeto, conservando-o dentro de si” (p. 239). Ou seja, a incorporação apresenta-se como uma matriz da identificação, o que significa que *o objeto incorporado é o objeto perdido*. A identificação, desse modo, constitui um recurso para

retê-lo, para recuperá-lo – e a finalidade dessa operação é que o eu mantenha sua unidade. Assim, mais do que o caráter ambivalente do objeto, ressalta o trabalho marcado pela dialética – presença / ausência do objeto – que, estando na base do processo de identificação, está, igualmente, na base da constituição do eu.

Essa identificação primária com o objeto total acontece em espelho e, no caso desse Complexo, a criança se identifica com uma mãe que está psiquicamente morta, ou seja, torna-se ela mesma o próprio objeto sem vida, um processo inconsciente que alicerça a formação, a constituição do psiquismo dessa criança. Acontece, de acordo com Green (1988), “um mimetismo, cuja finalidade, não podendo mais ter o objeto perdido, é continuar a possuí-lo, *tornando-se não como ele, mas ele mesmo*” (grifos meus), uma conservação do objeto “segundo o modo canibalístico” (p. 249). No dizer de Figueiredo (2007), “o indivíduo identifica-se com o morto para assim sobreviver” (p. 485).

Uma tal identificação assume um caráter alienante no dizer de Green (1988) – faz-se à revelia do eu. O desinvestimento objetal inconsciente esvazia o sujeito em sua capacidade de amar – falta-lhe o núcleo narcísico para sustentar a identificação. Essa incapacidade, desse modo, vai evidenciar-se nas futuras escolhas objetais: o sujeito recusa-se a investir nos objetos, todos eles já potencialmente perdidos – “os objetos do sujeito ficam sempre no limite do Eu, nem completamente dentro, nem totalmente fora. E isto porque o lugar está ocupado, no centro, pela mãe morta” (p 252). E Green (1988) enfatiza que a compulsão à repetição aciona, no sujeito, o retorno da antiga defesa, inconsciente embora de sua identificação com a mãe morta.

Por relevante, convém retomar a noção de perda de sentido, resultado do desmoronamento psíquico que afeta a criança: como preencher o espaço vazio entre uma falta de que se autorrecrimina e a reação materna? Essa falta seria sua maneira de ser, seria um

desejo interdito? Na verdade, Green (1988, p. 250) responde e acrescenta: é mais do que isso, “lhe é interdito ser”.

O autor nos alerta para o fato de que as consequências que advêm dessa perda de sentido são tanto mais danosas quanto mais próxima a criança se encontra da entrada em cena do terceiro, o pai. Ela, a criança, interpreta esse seu novo investimento objetal como “a causa do desinvestimento materno” (Green, 1988, p. 248). Daí decorre uma “triangulação precoce e defeituosa” (p. 249): a solução encontrada pela criança refere-se à busca do culpado, do responsável pela morte da mãe, na verdade um bode expiatório para a agressividade contida, que não pode extravasar, em relação à mãe.

Todas essas circunstâncias marcam o surgimento de um Édipo muito antecipado e, portanto, profundamente mal estruturado. E Green (1988) afirma: “o objeto desconhecido do luto e o pai condensam-se para a criança” (p. 250) concluindo, à página 248: “eis o sujeito preso entre uma mãe morta e um pai inacessível, seja porque este está, sobretudo, preocupado pelo estado da mãe sem socorrer o filho, seja porque deixa o par mãe-criança sair sozinho dessa situação”.

1.2. A mãe morta: um palco de encenação das vicissitudes do objeto

No início de seu ensaio, “A mãe morta”, Green (1988) enfatiza como uma dos pressupostos compartilhados pela teoria psicanalítica “*a perda do objeto* como um momento fundante do psiquismo humano” (p. 340, grifo do autor). É um momento mítico, arcaico, perdido, de uma separação que origina o início de um processo em que o funcionamento psíquico passa a ser governado pelo princípio da realidade: “a procura da satisfação já não se efetua pelos caminhos mais curtos, mas faz desvios e adia seu resultado em função das condições impostas pelo mundo externo” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 368).

A literatura psicanalítica é unânime em reconhecer a imaturidade biológica do ser humano, quando de seu nascimento, sua total dependência dos cuidados do outro, entendido

esse momento como de completo estado de desamparo: motor (biológico) e psíquico. A psicanálise reconhece também, e enfatiza, a natureza, o tipo e a qualidade desse cuidado como fundantes do psiquismo humano. Essa correlação assinala, no âmbito da teoria psicanalítica, a onipotência materna. Ou seja, a mãe “influencia assim de forma decisiva a estruturação do psiquismo, destinado a constituir-se inteiramente na relação com outrem” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 112).

A obra de Winnicott é significativa nesse aspecto. A importância do outro, do exterior, do mundo externo, impõe-se desde o nascimento ao ser humano. Sua vasta experiência clínica o levou ao reconhecimento dos estádios mais primitivos do desenvolvimento emocional do bebê humano – antes mesmo de a criança se conhecer a si própria e aos outros. Ele entende o desenvolvimento humano como “uma função da herança de um *processo de maturação* e da acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num *ambiente propiciador*” (Winnicott, 2005, p. 27, grifos do autor), no qual a mãe assume papel preponderante: “quando o par mãe-bebê funciona bem, o ego da criança é de fato muito forte, pois é apoiado em todos os aspectos” (p. 24).

A boa maternagem, sintetizada no conceito de mãe suficientemente boa, por ele cunhado, abrange três funções: o *holding*, ou seja, a capacidade da mãe de se identificar com a criança, protegendo-a, sustentando-a física e psiquicamente, de forma equilibrada e constante; o manipular, que “facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança” (Winnicott, 2005, p. 27), contribuindo para a formação do sentido do real (por oposição a irreal); o apresentar objetos, ou realização, que proporciona à criança o início de seu relacionar-se com o mundo exterior.

Em seu livro, “O brincar e a realidade”, Winnicott (1975) é ainda mais enfático, ao afirmar a imprescindível presença da mãe suficientemente boa, para que o funcionamento psíquico do bebê progrida do princípio do prazer para o princípio da realidade, e deste para a

identificação primária. E explica: “A mãe suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração” (p. 25).

A mãe suficientemente boa funciona como um objeto transicional e, como tal, é colocado “em uma posição intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido”, estando o bebê em “um estado intermediário entre a inabilidade e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade”; “constitui uma área intermediária de *experimentação*, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a externa” (Winnicott, 1975. p. 15, grifo do autor). Mas Winnicott (1975) nos exorta: o objeto não é, em si mesmo, transicional: ele representa uma transição de um estado em que a criança e a mãe estão fundidas para outro estado em que o bebê percebe a mãe como algo externo a ele, ou seja, “o ponto em que a criança, pelo crescimento, se liberta de um tipo narcísico de relação com o objeto” (p. 30).

Esse objeto comporta características específicas: é alternadamente amado e odiado – e precisa suportar a agressividade do bebê; só pode ser mudado pelo bebê; oriundo do exterior, é percebido pelo bebê como “de dentro”. Mas existe aí o que Winnicott (1975) denomina de “paradoxo”: “seu destino (do objeto) é permitir que seja gradativamente descartado, de maneira que, com o curso dos anos, se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo” (p. 18). “Não é esquecido e não é pranteado” (p. 19). Esse autor vincula, então, a saúde – o “tudo correr bem” – à “adaptação exata (que) se assemelha à magia, e o objeto que se comporta perfeitamente não se torna melhor do que uma alucinação” (p. 25). Isso significa dizer que, se o ambiente suficientemente bom leva à integração do eu, sua contrapartida – as falhas desse primitivo cuidado – conduz à desintegração, que origina uma angústia inimaginável: de despedaçamento.

Outro não é o entendimento de Green (1988), ao preconizar que as condições favoráveis do cuidado materno preparam o psiquismo nascente para a inevitável separação entre a mãe e o bebê, responsável pelo apagamento parcial do objeto materno como “objeto primário da fusão, para dar lugar aos investimentos próprios ao eu, fundadores de seu narcisismo pessoal” (pp. 264-5). O objeto primário funciona como uma estrutura enquadrante – o receptáculo, o continente – do eu. Essa estrutura enquadrante, ensina-nos Green (1990), funciona como uma moldura, um quadro em branco, onde irão se inscrever as representações: “o que é retido da mãe não é uma representação da mãe” (p. 122). Isso significa que “o bebê dispõe de uma superfície de representação muito mais importante que a própria representação” (p. 122).

Assim, a alucinação da imago materna, como objeto de amor suficientemente seguro, mantém a criança, mesmo não estando a mãe presente, a satisfação alucinatória do desejo tornando suportáveis a ausência e a espera: “o apagamento do objeto materno transformado em moldura enquadrante é conseguido quando o amor do objeto é suficientemente seguro para desempenhar esse papel de continente do espaço representativo” (Green, 1988, p. 265). Em tais circunstâncias, explica o autor, esse espaço pode então “ser preenchido por fantasias de todos os tipos, inclusive fantasias agressivas que não colocarão em risco esse continente” (p. 265).

Green (1993) identifica, nesse processo, a presença do trabalho da denominada alucinação negativa do objeto absolutamente necessário (a mãe ou seu substituto): precede e permite a realização alucinatória do desejo. Ou seja, proporciona o adiamento da satisfação da necessidade, de acordo com o funcionamento psíquico fundado no princípio da realidade: “o objeto primário torna-se estrutura enquadrante do Eu, abrigando a alucinação negativa da mãe” (Green, 1988, p. 265).

Para Green (1993), a alucinação negativa constitui um conceito teórico que é a precondição de toda a teoria da representação. Esse processo não significa ausência de representação, mas, no dizer de Green (1982), “a representação da ausência de representação”, “o reverso do que a realização alucinatória do desejo é o anverso” (p. 295). Em outras palavras, a alucinação negativa aponta para o (já referido) apagamento parcial do objeto-mãe, para uma espécie de *ausência latente*, em que o objeto não é mais percebido pelos sentidos: sua presença existe como ausência – ausência fundante, estruturante, constitutiva do psiquismo (Green, 1993). Nesse espaço vazio, o outro, até então o cuidador, o provedor da satisfação das necessidades, transforma-se no enquadre, na borda, na moldura, em que todos os futuros objetos poder-se-ão inserir, sucessivamente.

Nesse contexto, evidencia-se a contrapartida de tal processo: o objeto primário, a mãe, deprimiu, e seu cuidado é marcado por essa depressão – embotamento do afeto, automatismo das ações, o que coloca em primeiro plano “a tristeza da mãe e a diminuição do interesse pela criança” (Green, 1988, p. 247). A mãe cuida da criança, mas seu amor não se manifesta. Essa é uma mãe enlutada, que desinveste brutalmente seu filho. Acontece tanto uma antecipação da perda da ilusão quanto a perda do objeto de forma prematura – a prematuridade do eu frente às exigências da realidade.

Em consequência, a representação da imago materna, do objeto primário, não estrutura, não enquadra, não funde, não liga a mãe e a criança: “não são mais representações cujos afetos correspondentes expressam um caráter vital, indispensável à existência do bebê” (p. 265). Isso porque “o apagamento do objeto primordial não terá sido uma experiência aceitável ou aceita de comum acordo pelas duas partes da antiga simbiose mãe-bebê” (p. 266).

Com efeito, Green (1988) identifica no Complexo da mãe morta a falta, a quebra da operação do trabalho da alucinação negativa do objeto absolutamente necessário, ou seja, seu caráter patológico, tóxico. Significa a ocorrência desse Complexo um fracasso, um insucesso

da saudável e esperada evolução da separação mãe-bebê, como nos ensinam Figueiredo e Cintra (2004): “é quando os objetos fracassam ou produzem efeitos ‘extraordinários’ que mais somos obrigados a reconhecer seu papel constitutivo” (p. 15). No caso desse Complexo, acarreta como decorrência que o incipiente eu, “em vez de constituir o receptáculo dos investimentos posteriores à separação, luta para reter o objeto primário, e revive repetidamente sua perda” (Green, 1988, p. 267).

Desse modo, o eu se confunde com o objeto: o objeto, que está morto, leva o eu “para um universo deserto, mortífero” (Green, 1988, p. 267). É o sentimento de vazio, típico da depressão, que daí advém. A ferida narcísica, fruto desse esvaziamento, consome o investimento libidinal destinado aos objetos: “toda a libido está marcada pelo narcisismo e será, portanto, sempre uma perda narcísica que será vivida ao nível do eu” (p. 267). Figueiredo (2007) assinala que “no narcisismo de morte instaurado pela mãe morta no bebê, o indivíduo defende-se ‘desobjetalizando’, aspira ao vazio e ao inanimado contra a dor intolerável de não poder contar com um objeto primário vivo e suficientemente capaz” (p. 484).

1.3. A mãe morta: a clínica do vazio

Todas essas considerações pertinentes ao quadro clínico alcunhado por Green (1988) Complexo da mãe morta inserem-se, no contexto amplo de sua obra, na “significação clínica e metapsicológica do vazio”, como ele próprio explicita em Nota à página 267. Tais reflexões e elaborações relacionam-se à problemática do luto, o traço marcante das análises atuais, o referente diagnóstico da psicanálise contemporânea, segundo esse autor. Outro importante referente teórico constante na obra de Green (1990), e que também o situa no âmbito das teorizações pertinentes à moderna psicanálise, diz respeito à colocação no centro da cena das discussões acerca das relações objetais e seu caráter constitutivo do psiquismo humano.

Os ensaios publicados na coletânea intitulada “Narcisismo de vida, narcisismo de morte” (1988) já apresentam os principais eixos norteadores do pensamento de André Green. Sua argumentação vai evoluir, a partir da década de oitenta, para o estudo das especificidades dos casos-limites, seja do ponto de vista teórico, seja sob a perspectiva de seus desafios técnicos na clínica. Já a elaboração teórica em torno do trabalho do negativo, nesse momento da obra de Green, começa a ser esboçado. O que aparece claramente elucidado no ensaio “A mãe morta” é o caráter constitutivo da alucinação negativa como uma das operações do trabalho do negativo.

O próprio Green (1990) aponta três pilares essenciais à construção de suas elaborações teóricas: Freud, Lacan, Winnicott. No entanto, é o artigo de Freud “A Negativa” (1925), afirma Green (1990), “que mais me faz refletir, em minha prática analítica e em minha elaboração teórica” (p. 79). E são justamente as reflexões daí advindas que levam Green (1990) a concluir, em sua concepção acerca do trabalho do negativo, que este diz respeito às “diversas formas de dizer não” (p.79). E acrescenta: “reprimir, negar, ignorar – tudo isso faz parte de nossos mecanismos de sobrevivência psíquica” (p. 101), o que confere ao trabalho do negativo o caráter de operação essencial não somente para a estruturação do psiquismo como também para a própria sobrevivência do sujeito humano, sujeito social e cultural: “o que caracteriza o homem é precisamente a negatividade” (p. 101), afirma.

Sob esse aspecto, o insucesso do trabalho do negativo alicerça os quadros clínicos que Green (1990) engloba nos denominados estados-limites. Sua marca essencial refere-se à carência ou insuficiência do estabelecimento dos limites do psiquismo – dentro/fora, eu/outro, subjetivo/objetivo. Desse modo, a clínica do vazio, o Complexo da mãe morta, especificamente, nos remetem ao entendimento de que “no contexto do luto, a questão do objeto se articula à da negatividade” (Figueiredo e Cintra, 2004, p. 14). Isso significa que o

objeto, pretensamente positivo, perde essa positividade, destitui-se de seu caráter estruturante — torna-se “o objeto perdido, o que morre ou decepciona” (p. 14).

Cumpra enfatizar que a concepção das relações objetais associa-se, para Green (1990), ao conceito de pulsão — e afirma, para conceituar o objeto: “é o revelador da pulsão” (p. 71). Isso significa que a pulsão prende, liga o sujeito ao objeto. Este, por sua vez, e mais significativamente sua falta, constituem o fator revelador da pulsão, “pois a pulsão satisfeita quase não se faz sentir” (p. 71).

No entanto, Green (1990) assinala o caráter paradoxal do objeto: destina-se, ao mesmo tempo, a estimular (despertar) a pulsão e a conter a pulsão. É a expressão do conceito winnicottiano do *holding*. É também o entendimento que revela Figueiredo (2007), afirmando que as relações entre os objetos e as pulsões não são apenas complementares: são igualmente conflituosas, pois “é da dialética entre pulsão e objeto que o psiquismo nasce” (p. 483)

Quando essa função paradoxal e estruturante falha, Green (1993) assinala uma junção do objeto à pulsão: uma espécie de cola fixa um ao outro. Resulta daí o caráter intolerável da pulsão, tornando o objeto excessivamente intrusivo, ou seja, sua presença passa a ser insuportável, porque falhou aí o trabalho de negação do objeto. Daí decorre que o recalçamento não se opera; em seu lugar acontece uma cisão intrapsíquica, que interfere na representação, no pensamento, na simbolização.

Desse modo, a clínica do vazio se caracteriza pela combinação, pela mescla de desinvestimento, destrutividade, fusão com o objeto, identificação com um objeto destruído pela separação. O desintricamento pulsional, que libera o trabalho da pulsão de morte, leva “o Eu a desfazer sua unidade para tender ao zero. Isto se manifesta clinicamente pelo sentimento de vazio”, que é resultado, em última análise, de “uma ferida narcisista com desperdício libidinal” (Green, 1988, p. 267).

A experiência clínica, de fato, vai revelar que o objeto “entra em jogo por *efeitos incomuns*, não ordinários” (Figueiredo e Cintra, 2004, p. 15, grifos dos autores). É no fracasso dos objetos, é na falha de sua função estruturante do psiquismo, é no seu excesso – de presença ou de ausência – que os objetos produzem os denominados “efeitos extraordinários” (p. 15). E é justamente nesse contexto que a importância de seu papel fundante, estruturante, se evidencia. No dizer de Figueiredo e Cintra (2004): “quanto mais um objeto falta em suas funções constitutivas, mais barulho faz, quanto mais ele se ausenta em suas funções, quando necessitava estar presente, mais sua presença é ofuscante e perturbadora” (p. 16).

Toda essa teorização encontra respaldo no entendimento de Freud, de acordo com Green (1990), de que subjaz, na pulsão de vida, um mecanismo de ligação, de união; já na pulsão de morte, o mecanismo é de desligamento, de divisão. Tal referencial embasa a opinião de Green (1990) da existência de uma *função objetualizante*, relacionada à pulsão de vida, a Eros, à unidade, ao impulso de viver, de realizar-se, de criar. A contrapartida é a existência de uma *função desobjetualizante*, relacionada à pulsão de morte, que leva ao zero, ao nada, ao vazio, ao branco.

Aqui vale reafirmar que a elaboração teórica do Complexo da mãe morta insere-se no âmbito da *série branca*. Cumpre esclarecer, por relevante, o sentido conotativo que o adjetivo branco assume nesse contexto. O branco perde, aqui, seu conteúdo positivo – clareza, brilho: “não é o branco que, como fundo, propicia a emergência dos pontos, das linhas e figuras” (Figueiredo e Cintra, 2004, p. 49). Ao contrário, é o branco opaco, sem vida, “um branco ‘cheio de vazio’” (p. 49): o que foi introjetado, a ausência do objeto primário, constitui o interdito do prazer narcísico “de se sentir vivo, em ação, em progresso” (p. 49).

Cabe reafirmar também a assertiva de que o Complexo da mãe morta insere-se no âmbito da explicação clínica e metapsicológica do vazio, que tem no narcisismo o eixo de sua reflexão, e que revela o trabalho da pulsão de morte. Essa linha de investigação se justifica

pelo fato de que “a predominância do narcisismo em certos aspectos clínicos favorece a ideia de que deva existir, no seio do aparelho psíquico, uma instância suficientemente forte para reunir à sua volta investimentos de natureza idêntica que possuem características suficientemente diferenciadas para mereceram um destaque particular” (Green, 1988, p. 14).

Tal entendimento, frise-se, pretende tão somente colocar as vicissitudes das estruturas narcísicas como predominantes em casos clínicos típicos. De igual modo, exime-se o autor de postular para as afecções narcísicas uma estrutura própria, e de tentar estabelecer sua diferenciação dos casos-limites ou fronteirços. A par das controvérsias que as discussões nosográficas frequentemente geram, pela rotulação que acarretam, pelo congelamento do sujeito que sofre dentro de uma determinada sintomatologia, o autor assume uma posição de defesa e de adoção do que ele denomina de nosografia psicanalítica. Seu objetivo destina-se a identificar, no sujeito, as singularidades e as especificidades de seu sofrimento para, com a sustentação da transferência, descobrir a gênese e o núcleo da constituição de seu padecimento psíquico. E, como decorrência, o mais importante: identificar o enquadre clínico com maiores possibilidades de gerar resultados benéficos.

Ao reconhecer o narcisismo como “o coração de nosso eu”, ao referir que o narcisismo “é o cimento que mantém a unidade constituída do Eu”, Green (1988, p.18) entende que os narcisistas são pessoas feridas: nelas, inexiste a couraça que deveria recobrir o eu; fica o vazio, o furo, o buraco no psiquismo. Assim, a vulnerabilidade comum a todos nós é mais acentuada na presença de uma ferida narcísica: são pessoas que sofrem muito, às vezes de forma insuportável — a dor do esfacelamento, da fragmentação, do desmoronamento.

Capítulo 2: O narcisismo – uma ampliação do conceito

“Há uma matéria de particular relevância para nosso tema que ainda aguarda elucidação. Refiro-me às perturbações a que o narcisismo original da criança está exposto, às reações com as quais o narcisismo se defende dessas perturbações e também às vias que o narcisismo, nesse processo, é forçado a percorrer.”
(Sigmund Freud, 1914/2007, p. 111)³

2. 1. O narcisismo primário e a constituição do eu

Todas as considerações apresentadas no capítulo anterior conduzem, inevitavelmente, ao tema do narcisismo, em sua relação com a constituição do eu. Sua abordagem, em consonância com o escopo deste trabalho, far-se-á de maneira sucinta, elencando tão somente os aspectos relevantes para a compreensão do funcionamento das chamadas afecções narcísicas.

O conceito do eu, do ponto de vista histórico, acompanha, de forma significativa, a evolução do pensamento de Freud, desde a origem de sua elaboração teórica. Os estudiosos que se têm debruçado sobre esse fundamental conceito psicanalítico apontam a constante inovação da compreensão do eu, suas características, sua posição tópica, suas funções (Laplanche e Pontalis, 2001).

Depois de Freud, a importância desse conceito continua a suscitar indagações e polêmicas, marcadas, sobretudo, pelas considerações contidas na segunda tópica do aparelho psíquico. Se num primeiro momento – primeira tópica – o eu é considerado a sede da consciência, num segundo momento – segunda tópica –, o eu é, em grande parte, inconsciente. Esse é o entendimento de Roudinesco e Plon (1998), que apontam o surgimento, a partir daí, de “três leituras divergentes da doutrina freudiana” (p. 210): a) o eu como um polo de defesa, de adaptação à realidade (annafreudismo); b) o eu que se desdobra em um sujeito significante (lacanismo); c) o eu em sua relação com o objeto (kleinismo).

A literatura psicanalítica é unânime em reconhecer que, no âmbito das construções freudianas, as elaborações contidas no texto de 1914, “À Guisa de Introdução ao Narcisismo”,

³ Utilizamos a tradução de Luiz Alberto Hanns, conforme consta nas referências bibliográficas deste trabalho.

constituem um ponto de inflexão. Há, entretanto, duas referências anteriores a esse conceito que é importante realçar.

No texto de 1910, “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância”, o termo narcisismo é utilizado por Freud para “explicar a escolha de objeto nos homossexuais” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 287). Já no texto de 1911, “O Caso Schreber”⁴, o conceito de narcisismo, termo tomado de empréstimo a Näcke⁵, assume, por assim dizer, um caráter despatologizante: despe-se de seu sentido exclusivo de perversão e assume o *status* de estágio do desenvolvimento libidinal, comum a todos nós. Apenas a fixação nesse estágio, ou suas formas excessivas, constituem as patologias, entre elas as atualmente denominadas afecções narcísicas. E Freud nos explica:

O que acontece é o seguinte: chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne seus instintos sexuais (que até aqui haviam estado empenhados em atividades autoeróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa a tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso, sendo apenas subsequentemente que passa daí para a escolha de alguma outra pessoa que não ele mesmo como objeto. Essa fase equidistante entre o autoerotismo e o amor objetal pode, talvez, ser indispensável normalmente; mas parece que muitas pessoas se demoram por tempo inusitadamente longo nesse estado e que muitas de suas características são por elas transportadas para os estados posteriores de seu desenvolvimento (Freud, 1911/2006, pp. 68-69).

O ponto de inflexão do texto freudiano de 1914 reside no fato de que a elaboração teórica acerca do narcisismo aparece aí como contemporânea da constituição do eu. É o momento significativo em que Freud afirma:

É uma suposição necessária a de que uma unidade comparável ao Eu não esteja presente

⁴ Título original: “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de paranoia (*dementia paranoides*)”.

⁵ Roudinesco e Plon (1998, p. 530) informam-nos que o “narcisismo” como uma forma de perversão – amor da pessoa por si mesma – é utilizado por outros autores (antes de Freud), além de Paul Näcke: Alfred Binet, Havelock Ellis.

no indivíduo desde o início; o Eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões autoeróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem que ser acrescentado ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo (Freud, 1914/2007, p. 99).

Essa nova ação psíquica, Freud não a explicita claramente. Adotamos, aqui, a explicação de Green (1988): ela constitui um investimento pulsional unitário, que ele denomina narcisismo do UM — o eu é autossuficiente, onipotente, basta-se a si mesmo para obter a satisfação.

Esse é o momento caracterizado por Freud (1914/2007) como narcisismo primário, conceito que implica uma novidade nesse momento de sua elaboração da teoria das pulsões: a libidinização primitiva do eu, o eu como uma estase da libido⁶, do qual emanarão, posteriormente, as porções de libido dirigidas para os objetos exteriores. Como nos ensina Freud no mencionado texto de 1914: “assim chegamos à concepção de que originalmente o Eu é investido de libido e de que uma parte dessa libido é depois repassada aos objetos; contudo, essencialmente, a libido permanece retida no Eu” (p. 99).

A essa novidade outra inovação é acrescentada – a oposição entre a libido do eu (libido narcísica) e a libido do objeto, num equilíbrio de balança: “quanto mais uma consome, mais a outra se esvazia” (Freud, 1914/2007, p. 99). A seguir, ele nos fornece dois exemplos extremos do desequilíbrio desse balanceamento: a dor somática e o apaixonamento. A primeira corresponde ao excesso de libido no eu; o segundo, ao esvaziamento libidinal do eu.

Essa constatação nos leva a supor uma explicação dinâmica para as alcunhadas afecções narcísicas: representariam um excesso libidinal – para mais ou para menos. Tal inferência é baseada na consideração de Freud (1914/2007) de que o represamento da libido no eu é sentido como desprazeroso: “o desprazer é sempre a expressão de maior tensão,

⁶ Laplanche e Pontalis (2001, p. 162) indicam que a *estase da libido* constitui um processo econômico de acumulação da libido, até que esta encontre seu caminho de descarga.

sendo, portanto, uma quantidade de um processo calcado sobre a matéria que aqui, como em outros casos, se transforma em qualidade psíquica do desprazer” (p. 105).

Desse modo, quando acontece o excesso, “a vida psíquica se vê forçada a ultrapassar as fronteiras do narcisismo e depositar libido nos objetos” (Freud, 1914/2007, p.105). Esse trabalho que o aparelho psíquico é chamado a executar, quando a quantidade se transforma em qualidade, Freud (1914/2007) sintetiza poeticamente: “um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar” (p. 106).

A capacidade de amar e o seu impedimento vinculam-se também à função que o objeto primordial adquire na visão unificada que o eu passa a ter de si mesmo. É o que nos sugere Freud (1914/2007): “estamos afirmando que o ser humano possui dois objetos sexuais primordiais: ele mesmo e a mulher que dele cuida, e com isso estamos pressupondo que em todo ser humano há um narcisismo primário, que eventualmente pode manifestar-se de maneira dominante em sua escolha de objeto” (p. 108).

Em idêntica direção encaminha-se a opinião de Hornstein (1989), ao afirmar que “o narcisismo primário tem a ver com o que a criança significa para os pais” (p. 174). Isso o faz enfatizar os dois requisitos básicos para o eu se constituir como unidade: a libidinização de que a criança é alvo, ou seja, o prazer, o amor que a mãe (ou seu substituto) sente e transmite; e, ao mesmo tempo, é necessário que esse cuidador tenha uma representação da criança como outro, ou seja, como não constituindo parte dele.

As evidências desse narcisismo primário infantil Freud (1914/2007) vai reconhecer na revivescência, na reatualização do narcisismo original parental: os pais atribuem a “*His Majesty the Baby*” (p. 110) a mesma condição ideal que imaginaram ter um dia. E Freud (1914/2007) resume, à página 110: “o comvente amor parental, no fundo tão infantil, não é

outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais, que, ao se transformar em amor objetal, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza”.

2.2. De Lacan a Winnicott: o eu-representação, o espelho, o olhar

O eu a que o narcisismo primário se refere é o eu-representação, no dizer de Hornstein (1989)⁷, “o conjunto de representações que o sujeito tem de si mesmo, incluindo representações e afetos” (p. 160). Essa é a representação de uma imagem idealizada, conforme se revela no citado comovente amor parental, a reatualização do narcisismo primários dos pais.

O termo narcisismo deriva da Mitologia grega. O mito de Narciso tem uma de suas mais belas descrições no Livro Três da coletânea de poemas “Metamorfoses” (2003), em que o poeta Ovídio⁸ (43 a.C. – 18 d. C.) exalta a força e o poder do amor. A “História de Eco e Narciso” intitula o poema.

Narciso, “. . . a mais linda / Das crianças . . .” (p.61), nasceu da náiade⁹ Liriope, a quem o velho sábio e adivinho Tirésias revelou (por ela indagado) que Narciso só viveria muito “. . . se ele nunca descobrisse a si mesmo . . .” (p. 61). Sua deslumbrante beleza a todos arrebatava e apaixonava, mas a todos ele repudiava como objeto de seu amor, inclusive a ninfa¹⁰ Eco, que definhou, secou, somente lhe restando a voz (e por isso repetia tudo o que escutava). A atitude de Narciso provocou retaliação: um jovem rejeitado implorou a Nêmesis, deusa da Vingança: “. . . Possa Narciso / Amar um dia, de modo que ele próprio não consiga ganhar / A criatura que ama!” (p. 63).

⁷ De acordo com Hornstein, 1989, o eu-função, distingue-se do eu-representação: refere-se à “estrutura do aparelho psíquico que se desenvolveu a partir do *isso*, através do sistema percepção-consciência. Suas funções privilegiadas seriam: percepção, consciência, motricidade, mecanismos de defesa” (p. 162, grifo do autor).

⁸ Informação obtida na fonte “Enciclopédia e Dicionário Koogan / Houaiss” (p. 1422): “Ovídio (em Latim Publio Ovidius Naso), poeta latino (Sulmona, Abruzos, 43 a.C.), Tomi (hoje Constante) Romênia, 18 d.C.

⁹ De acordo com o “Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa”, o termo da Mitologia grega, náiade, significa “ninfa das fontes e dos rios” (p. 1992).

¹⁰ Essa mesma fonte informa acerca da palavra ninfa, também pertencente à Mitologia grega: “divindade que habitava os rios, fontes, bosques, montes e prados” (p. 2018).

Tal é a síntese do destino de Narciso. Um dia, indo refrescar-se em uma fonte, “. . .Um outro tipo de sede começou a crescer quando viu / Uma imagem na lagoa. Apaixonou-se / Por aquela imagem sem corpo, e encontrou substância / Em algo que era apenas um reflexo” (p. 63). E continua o poeta: “. . .Tolo rapaz, / Ele quer a si próprio: o amante virou amado, / O perseguido, o perseguidor . . .” (p. 63).

Essa referência mitológica tem sido alvo de inúmeras leituras e interpretações, no âmbito da literatura psicanalítica. Tem servido de ilustração pelo que possui não apenas de mítica, como também de ideal e de ilusória: “. . . A visão é apenas uma sombra, / Só um reflexo sem qualquer conteúdo . . .” (p. 64). A essa série qualificativa podemos acrescentar o adjetivo especular, sem fugir ao campo semântico do inatingível – e Narciso o reconhece: “. . . Sei / A verdade, finalmente: Você é eu! Sinto isso, / Reconheço minha imagem agora. Ardo em amor / Por mim mesmo; eu próprio ateei o fogo que me queima . . .” (p. 64) Esse reconhecimento é a causa de sua morte: “. . . sei / Que não tenho mais ânimo para viver, devo morrer cedo, / E a morte não me parece tão terrível assim, já que arranca / De mim o meu problema; fico triste apenas / Porque o rapaz que amo deve morrer: morreremos juntos!” (p.65).

O fascínio de Narciso por sua própria imagem ilustra magistralmente a formulação lacaniana – o estádio do espelho. De acordo com Lambotte (1996), “a imagem especular circunscreve de outro modo o lugar de projeção do eu, e este ganha consistência a partir da relação com o outro na percepção de uma forma e no afeto de um olhar” (p. 352). A ausência dessa relação leva, segundo Lambotte (1996), à posição assumida por Narciso que “na ignorância de toda referência externa, mergulha numa visão amorosa, cujo colorido passional expressa uma total confusão entre o eu e seu modelo” (p. 352).

Lacan (1949/1998) situa o estádio do espelho entre os seis e os 18 meses de idade, um período caracterizado, no bebê humano, pela prematuridade psicofisiológica. Esse autor

observa que, ao perceber sua imagem refletida no espelho, a criança não a visualiza como um corpo despedaçado: ao contrário, ela já consegue identificar sua imagem especular como uma forma – uma Gestalt – unificada.

Acontece, nesse momento inicial, um jogo identificatório com uma imagem que lhe é estranha, mas que, ao mesmo tempo, é ele próprio. Como afirma Lacan (1949/1998): “basta compreender o estágio do espelho como *uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume essa imagem” (p. 97, grifos do autor). A reação da criança frente ao espelho é interpretada por Lacan como de júbilo. Corresponde ao eu ideal: constitui “uma matriz simbólica” (p. 97). A função primordial desse estágio, informa-nos Lacan (1949/1998), “é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade” (p 100).

Essa matriz simbólica, mítica, especular, é marcada fundamentalmente pela presença do outro: ao ver sua imagem refletida no espelho, a criança volta-se para o adulto que a segura, e busca nesse olhar a confirmação do que vê. A partir desse momento, que marca a conclusão do estágio do espelho, diz Lacan (1949/1998), inaugura-se “a dialética que desde então liga o eu a situações socialmente elaboradas” (p. 101).

A imagem do duplo, que aí se instala, é caracterizada por Lacan (1949/1998), como o drama especificamente humano, uma antecipação da busca incansavelmente repetida de um sujeito à procura de seu eu, de sua própria identidade: “é esse momento que decisivamente faz de todo o saber humano bascular para a mediatização do desejo do outro” (p.101), “e que faz desse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo” (101).

O estágio do espelho representa, de acordo com Lambotte (1996), o momento do advento histórico em cujo curso se organiza a estrutura do sujeito: o outro lega ao sujeito uma história na qual se inscrevem um passado e um futuro – a história do outro que este transmite e revela na forma como se dá a passagem da criança do imaginário para simbólico. A criança

se volta para o adulto como que para buscar, de algum modo, seu assentimento, sua confirmação – ou não. Como conclui Lambotte (1996): “captado por uma imagem para sempre inatingível, o sujeito não cessará, a partir de então, de cobrar a explicação disso a esse outro para o qual dirigiu pela primeira vez seu olhar (p. 161).

A fonte original do estádio do espelho, Lacan, segundo Lambotte (1996), vai buscá-la nas elaborações de Henry Wallon, que já observara a ocorrência desse fenômeno nas crianças. Entretanto, uma distinção marca os pensamentos dos dois estudiosos acerca do gesto da criança de voltar-se e olhar para a pessoa que a segura: Wallon interpreta esse gesto como “a manifestação de um conhecimento”; Lacan assinala aí a presença fundamental do outro, “que colocará em jogo a dialética do desejo, em cuja dependência o sujeito se esforçará por advir” (p. 159).

Já Winnicott se confessa influenciado por Lacan para o desenvolvimento das ideias apresentadas no ensaio “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, texto que faz parte da coletânea “O brincar e a realidade” (1975). Seu ponto de partida, e que marca a originalidade de seu entendimento, é que “no desenvolvimento emocional individual, *o precursor do espelho é o rosto da mãe*” (p. 153, grifos do autor).

Em um desenvolvimento considerado saudável, quando a mãe suficientemente boa representa e engloba um ambiente favorável e benéfico, quando o bebê olha para o rosto da mãe, é a si mesmo que ele vê: “a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*” (p. 154, grifos do autor). A importância dessa percepção é reforçada pelo fato de que o bebê não se sente separado do ambiente: tudo é ele mesmo, sinal de sua onipotência.

Assim, se o ambiente permite a manutenção dessa ilusão por um prazo compatível com o processo de maturação do seu eu, o desenvolvimento segue seu curso regular: o eu do bebê vai se constituindo paulatinamente, de modo fortalecido e seguro, permitindo a

passagem para o funcionamento psíquico regido pelo princípio da realidade. Como afirma Winnicott (1975): o bebê vai construindo “seu objeto subjetivo” (p. 154).

Quando tal não ocorre, ou seja, quando o bebê vê no rosto da mãe fixidez, humor inconstante, ausência, distanciamento, “o que é visto é o rosto da mãe. O rosto da mãe *não é um espelho*” (Winnicott, 1975, p. 155, grifos meus). Para o eu imaturo do bebê, esse fato é prejudicial: muito prematuramente, “a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo em duas direções no qual o autoenriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas”¹¹(p. 155). Também de forma prematura, em lugar de o bebê construir seu objeto subjetivo, torna-se dependente do objeto objetivamente percebido. E Winnicott (1975) acrescenta: “se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não examinado” (p. 155)

O livro “O brincar e a realidade” (1975) constitui uma referência recorrente de Green (1988), na explicação do Complexo da mãe morta. Com efeito, não somente nesse ensaio de Winnicott, mas no decorrer de todo o livro, encontram-se interpretações de patologias tratadas por este psicanalista, em crianças e em adultos, que anunciam e sugerem os fundamentos da elaboração teórico-clínica desse Complexo.

Em suas “Conferências brasileiras” (1990), Green faz uma clara associação entre suas próprias ideias e as de Winnicott (1975) no ensaio acima referido. Quando a mãe não acolhe o olhar do bebê com um sorriso, ele “depara-se com o olhar de uma mãe deprimida” (p. 163). Nesse caso, seu incipiente eu é obrigado a lutar em dois *fronts*: o interno, com suas pulsões e angústias, e o externo, “com a percepção de um objeto com suas angústias e sua depressão” (p. 164). E conclui: “se o bebê deixar-se levar por esse conflito, torna-se louco” (p. 164), não

¹¹ De acordo com o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (p. 2183), percepção é o “ato ou efeito de perceber”, em que perceber significa “adquirir conhecimento de (algo) por meio dos sentidos”. Já o termo apercepção diz respeito à “ação pela qual a mente amplia, intensifica ou plenifica a consciência de seus próprios estados internos e representações” (p. 250).

no sentido de ser psicótico, mas no significado de “ir a pique” (p. 164). A concordância com o pensamento de Winnicott (1975) parece evidente, quando este afirma: “isso (o rosto fixo da mãe) acarreta uma ameaça de caos, e o bebê organizará a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber como defesa” (p. 155) – defesa contra a inominável angústia de esfacelamento.

2.3. Green, uma ampliação do conceito: narcisismo de vida, narcisismo de morte

A afirmação de Freud (1914/2007), em epígrafe neste Capítulo, constitui, a nosso ver, o ponto de partida de Green (1988), seja para a ampliação do conceito de narcisismo segundo a concepção freudiana, seja para o estudo das afecções narcísicas, com base em sua experiência clínica. De fato, grande parte da obra desse autor tem sido dedicada a uma revisão crítica do conceito de narcisismo tal como Freud o elaborou – de forma a suscitar revisões, releituras, marcadas quase todas pela polêmica.

No âmbito das diversas concepções que o conceito de narcisismo adquire entre os psicanalistas pós-freudianos, Green (1988) assinala sua posição, sustentada em dois pilares. O primeiro entende o narcisismo como expressão da libido do eu, em estreita vinculação com a teoria das pulsões de Freud. O segundo estuda esse conceito em articulação com as relações de objeto.

A teoria das pulsões, com efeito, assume especial relevo na formulação teórico-clínica de Green, conforme ele próprio explicita à página 87 das “Conferências brasileiras” (1990), ao destacar “o elemento que considero o mais fundamental na obra de Freud, ou seja, as questões relativas à pulsão”. Já no que se refere ao estudo das relações de objeto, Green (1990) considera estéreis tanto a discussão acerca da supremacia do sujeito ou do objeto – um não existe sem o outro – quanto a polêmica acerca da validade, na atualidade, do conceito de pulsão – o objeto é o revelador da pulsão –, conforme referido anteriormente.

No âmbito das teorias das pulsões elaboradas sucessivamente na obra de Freud, Green (1990) considera que “a última teoria das pulsões é a mais importante” (p. 166). Considera

também que as pulsões de vida merecem ser estudadas mais detidamente: “para mim, a reflexão sobre a pulsão de vida é tão importante quanto a reflexão sobre a pulsão de morte” (p. 166) – ela é uma das fontes de vitalidade do sujeito; a outra, completa, é o objeto. Desse modo, é na articulação entre o narcisismo, a teoria do dualismo pulsional – Eros e pulsão de morte – bem como com a teoria das relações de objeto que Green (1988) constrói, com originalidade, sua ampliação do conceito de narcisismo.

A pulsão de vida ou de amor – Eros – assume um efeito unificador para o eu, estabelece o equilíbrio do balanceamento entre as pulsões do eu e as do objeto. O eu encontra na regressão para o interior de si mesmo, quando a frustração ameaça sua integridade, o equilíbrio, a paz, a quietude, o Nirvana – o princípio da constância da teoria freudiana. Também na pulsão de vida vamos encontrar o impulso para fora, para o mundo, para a realização, para a força de viver. Essa característica de progressão e de regressão assinala o caráter dialético que faz das construções freudianas um jogo de forças contrárias ou opostas que se complementam.

Com efeito, tanto na progressão quanto na regressão está presente o aspecto unificador, a função de ligação¹², o trabalho de investimento – a função objetualizante de que nos fala Green (1990). A essa pulsão de vida relaciona-se o narcisismo positivo, o narcisismo de vida, em que ficam aproximadamente preservadas tanto a unificação do eu quanto sua relação com a alteridade. Como nos ensina Green (1988), mesmo quando a regressão atinge o nível zero, a ilusão de não investimento, este é um zero positivo, uma “ascese, o retorno ao seio divino” (p. 39).

Já a pulsão de morte, em seu trabalho silencioso, sorrateiro – e intricado com Eros –, assume, de acordo com Green (1988), o caráter essencial de desligamento. Assume,

¹² Laplanche e Pontalis (2001) e Hanns, L. (1996) nos ensinam que o termo ligação (*Bindung*), na obra de Freud, é utilizado em acepções diferenciadas (embora aproximadas) em diferentes momentos de sua metapsicologia: concepção econômica, como ligação energética; relação-vínculo afetiva, desvinculada de conexão lógica, correlação, interligação física ou funcional; significado de fixação, aprisionamento, sentido que geralmente se perde nas traduções para o Português.

fundamentalmente, uma função desobjetalizante, marcada pelo desinvestimento do objeto, chegando, paulatinamente, ao desinvestimento do eu. O objeto-trauma – o que morre, frustra ou decepciona –, a satisfação antecipada, sem amor, inconstante, constituem fontes de conflito e de frustração. A pulsão, desta feita destrutiva, porque marcada pelo desligamento e pelo desinvestimento, volta-se para o objeto – externo e interno – e para o próprio eu. O trauma torna-se ameaça, instala-se a angústia.

Desse modo, a regressão atinge um nível zero, que é, agora, igual a nada – não vida, morte, o princípio da inércia da teoria freudiana. No dizer de Green (1988), no final do percurso, encontra-se a morte. Ou seja, a essa altura, a pulsão de morte trabalha livremente. E Green (1988) nos indica a trilha de sua investigação: “há, portanto, uma articulação necessária a ser encontrada entre o narcisismo e a pulsão de morte, da qual Freud não se ocupou e que ele mesmo nos deixou para descobrir” (p. 12).

Esse é, com efeito, o contexto em que Green (1988) insere seu conceito de narcisismo negativo ou narcisismo de morte, “duplo sombrio do Eros unitário do narcisismo positivo, de modo que todo investimento de objeto, assim como do Eu, implica um duplo invertido que visa um retorno regressivo ao ponto zero . . . dirige-se à anestesia, ao vazio, ao *branco*” (p. 41, grifo do autor). Essa é uma elaboração conceitual em que Green (1988) busca explicação para recorrentes casos clínicos marcados pelos “estados de vazio”, pela “aspiração ao nada”, pela “indiferença” (p. 49) – pessoas que trazem, no psiquismo e na vida, as marcas e os furos da ferida narcísica.

Capítulo 3: Experiência de estágio em clínica psicanalítica

“Na dor psíquica, é impossível tanto odiar quanto amar; é impossível gozar mesmo de forma masoquista; é impossível pensar.”

(André Green, 1988, p. 252)

3.1. Qual o estatuto do relato de um caso clínico em psicanálise?

A resposta a essa questão comporta abordagem sob diversas vertentes. Isso porque a escrita de um caso clínico, em psicanálise, apresenta-se como um ato complexo, pleno de desafios, de percalços, de dificuldades. Superados (minimamente) tais obstáculos, representa uma experiência profundamente gratificante para aquele que elabora esse trabalho.

Com efeito, encarado como um trabalho, fica patente que essa escrita é um ato de criação, que traduz uma experiência singular – o encontro de duas subjetividades, de dois inconscientes. Mas fica sobretudo patente que o ato da escrita é gestado na contratransferência, isto é, no movimento que a escuta analítica mobiliza para o desejo de saber, de compreender, de explicar. Como afirma Gomes (1999), a contratransferência “é a mola que põe o processo em movimento, gera impasses, provoca intervenções e, principalmente, empurra o analista para a inventividade, para a metáfora, para a transgressão” (p. 67).

Advém daí um entendimento recorrente na literatura psicanalítica que estuda a escrita dos casos clínicos – a função que lhe é atribuída. Nesse sentido, o relato dos casos clínicos elaborado por Freud é paradigmático. Como nos indica seu biógrafo, Jones (1989), a escrita de seus casos clínicos serviu para ilustrar, corroborar, explicar, suas descobertas, suas hipóteses, seus achados metapsicológicos. Ao torná-los públicos, suscitava o debate na comunidade psicanalítica, contribuindo para o progresso do então nascente campo de conhecimento. Suscitava também incompreensões, desaprovações – muitas vezes até dissensões.

Nessa síntese, Jones (1989) faz referência a duas funções reiteradamente atribuídas à escrita dos casos clínicos – o aspecto didático-pedagógico e a finalidade heurística. De fato, a relação teoria-prática na elaboração dos conceitos metapsicológicos constitui uma frutuosa metodologia, cuja tradição se firmou no campo psicanalítico, embora com modificações ao longo dos cem anos de sua existência.

“Dora” como paradigma dos sintomas histéricos, “O Homem dos Ratos” como modelo de funcionamento da neurose obsessiva, “O Pequeno Hans” como arquétipo do sofrimento fóbico atestam a dupla finalidade dos relatos clínicos. Não é por outro motivo que Gay (2005) afirma ter sido o divã o laboratório de Freud. O relato de seus pacientes, a acurada escuta do fruto de suas livres associações, o desvelamento da linguagem fragmentada – dissociada, às vezes –, o percurso do conteúdo manifesto ao conteúdo latente embutido nas palavras, o desnudamento das ambiguidades da fala – outro não foi o material bruto de onde derivaram as construções metapsicológicas originárias e constitutivas da teoria e da técnica psicanalíticas. Desse entendimento comunga Queiroz (2002), ao afirmar: “o saber a respeito do inconsciente brota do discurso do analisando” (p. 24).

Ao inaugurar a cura pela palavra, ao dar voz ao sujeito que sofre, a técnica da livre associação de ideias revela, na opinião de Green (1990), o caráter transgressor da análise. É um discurso que “veicula alguma coisa que foi deslocada de um lugar onde deveria ter ficado, isto é, no reprimido” (p.23), as condições do *setting* analítico favorecendo a revelação da “loucura pessoal” (p. 23).

Esse caráter de transgressão é ainda mais acentuado na redação do caso clínico. Como cristalizar na letra, na escrita, no texto estruturado dirigido à compreensão do leitor – o terceiro dessa relação – um discurso que é “a linguagem do sonho, da fantasia, do lapso, do ato falho, do inconsciente”? (Green, 1990, p. 23). Essa escrita – até o ponto em que se consegue fazê-la – é uma abertura de caminho para o não revelado, para o não dito.

A linguagem que brota do inconsciente, com efeito, apresenta-se muito distante da lógica que norteia o pensamento ordenado, sistematizado. Aproxima-se muito mais do falar da poesia, da metáfora, do romance, da ficção. O caráter ficcional contido nos relatos de casos clínicos psicanalíticos constitui, na verdade, outra vertente muito referenciada nos estudos desses escritos.

O que se entende por ficcional, nesse contexto? Como um ato de criação, o relato que emerge dessa escrita afasta-se do plano da objetividade. O redator desses casos procede a importantes escolhas, todas elas decantadas por seu imaginário, por suas fantasias – seleção do material utilizado, falas do paciente que ele privilegia – tudo passa pelo filtro de sua subjetividade.

Como ato de criação, igualmente, a escrita dos casos é um relato feito *a posteriori* da análise, distanciado do discorrer sobre fatos, eventos, sentimentos, afetos. No dizer de Queiroz (2002), “o analista está presente apenas como protagonista de uma segunda narrativa, impregnada de suas construções imaginárias” (p. 37). De fato, o relato de um caso clínico psicanalítico constitui-se na narrativa de uma outra narrativa – o discurso do analisando narrado pelo analista. As reflexões do analista transformam os fatos contidos na narrativa do paciente – tornam-se um objeto diverso do original, embora esteja o paciente ali contido e presente.

Nesse contexto, acontece também de o paciente transformar-se em personagem. Como todo personagem, calcado em alguém efetivamente existente, impregnado no entanto do imaginário do narrador. Como todo personagem, misto de realidade e de invenção, mas dotado da capacidade de convencer, de transmitir coerência, de emocionar. Para Mezan (1998), o relato de um caso clínico, entendido como ficção, não tem a finalidade de reproduzir *ipsis litteris* a fala do paciente. Destina-se, antes, a “compreender seu movimento” (p. 162). O resultado desse relato constitui um texto que, segundo nos advertem Cesarotto, Delorenzo e

Mezan (2000), à página 110, precisa originar “uma literatura verossímil, para que a ficção seja científica”.

3.2. Experiência clínica: desafios e reflexões

O fragmento de caso clínico aqui apresentado refere-se a um atendimento realizado durante o segundo semestre de 2008, na clínica-escola do UniCEUB – CENFOR –, em cumprimento à disciplina curricular Estágio Supervisionado A. O projeto em que estava matriculada, Clínica: Psicanálise Adulto, esteve sob a supervisão da professora Cláudia Feres.

No decorrer do semestre letivo, foram realizadas 14 sessões clínicas. Esse dado, por si só, indica que o relato aqui exposto não passa de um recorte de caso clínico. Não poderia ser, ademais de outra forma, pelas próprias características de uma clínica-escola, inserida num contexto mais amplo e complexo de uma instituição de ensino superior, que trabalha sob o regime de disciplinas semestrais – nem sempre a continuidade de participação no mesmo projeto é assegurada, no semestre seguinte, como opção de matrícula.

O atendimento clínico teve como cliente uma mulher de 45 anos de idade, obesa (aproximadamente 100 quilos de peso) e com acentuada deficiência visual. Foi encaminhada ao CENFOR pela médica que a atende no Hospital Universitário de Brasília – HUB –, estando na fila de espera para ser submetida a uma cirurgia de redução do estômago. A presença de fortes sintomas depressivos – choro constante, tristeza recorrente, tendência ao isolamento – acarreta a ocorrência de consequências somáticas, principalmente alterações na pressão arterial, prejudicando a preparação para a cirurgia. Praticamente analfabeta, com dificuldades com números e datas, bem como com a temporalidade dos eventos, a cliente, no CENFOR, já fora atendida em dois outros projetos de estágio supervisionado.

Logo nas primeiras sessões, evidenciou-se uma significativa regressão, marcada não somente pela defasagem cognitiva – a cliente inclusive nunca conseguiu frequentar regularmente uma escola – como também pela acentuada dependência em relação à mãe, um

dado relevante de suas características de puerilidade. O andamento das sessões vai revelar que a mãe a trata como criança, chama-a de “menina”. A cliente afirma brincar de bonecas, “tenho uma coleção de bonecas”, “mas minha mãe nunca me deu uma boneca”.

Evidenciou-se, igualmente, nessas sessões, que a depressão constitui, de fato, sua queixa principal. Além da tristeza e do choro persistentes, afirma: “não gosto de sair de casa porque todo mundo me xinga; sou feia, sou gorda, as roupas não cabem em mim; nem consigo passar na roleta (do ônibus), o motorista fica bravo e me xinga”; e continua: “nem consigo me olhar no espelho”. Ficam patentes as autorrecriações, os questionamentos quanto ao autoconceito.

A cliente fala muito, sem necessitar de estímulo; passa de um tema a outro, sem que haja ligação aparente entre eles. Afirma: “ninguém gosta de mim; nem minha irmã, nem minha mãe; só meu irmão, que mora longe e liga (telefona) pouco; meu pai gostava de mim, mas morreu”. E continua: “minha mãe até hoje não gosta de mim; nunca gostou, nem quando eu era pequena; me batia muito, me prendia em casa para eu não falar com ninguém”. Entretanto, em outro momento, afirma: “minha mãe cuida de mim, a casa onde moro foi ela quem me deu, ela faz as minhas roupas”. A ambivalência é patente. E acrescenta: “quando tinha 14 anos, ela me deu uma surra muito grande: pisou em minha barriga, machucou meu olho”. A partir de então, diz ela, “comecei a engordar, fiquei triste e nunca mais fui feliz”. Relata que, também aos 14 anos, uma patroa com quem trabalhava bateu tanto nela, “que fui parar no hospital”. Em suma, todo a maltratam, sempre maltrataram.

Informa também que ouvia vozes e via vultos: um homem com uma criança de colo que lhe dava ordens, sempre ruins, negativas – não sair de casa, não conversar com as pessoas, não ir à terapia; recebia inclusive ordens para se machucar, se ferir, se matar, até. Com a terapia anterior, esses sintomas diminuíram. No desenrolar das sessões, evidencia-se que tais sintomas, em maior ou menor grau, retornam, na ocorrência de qualquer evento

sentido como traumático. Diz que não obedece a essas ordens, pois sabe que elas a prejudicam; no entanto afirma: “choro muito, é muito ruim, sofro muito”. O tema de sentir medo, um medo generalizado, é recorrente: diz ter medo de metrô e de trem; nunca usou esses meios de transporte, pois “a terra treme”.

Afirma que gosta da terapia, gosta de ir para o CENFOR: “aqui todo mundo gosta de mim, todo mundo conversa comigo, ninguém me xinga”. No final da segunda sessão, referiu um fato de sua infância: sua mãe viajou para a Bahia, e a “abandonou”; estava doente porque tinha perdido um filho bem pequenino, “logo que saiu do hospital”, ou seja, logo depois do nascimento.

O alongamento do relato dessas duas sessões iniciais tem várias justificativas. A mais importante refere-se ao impacto em mim gerado pela forma da narrativa, pelo tom – duro, seco, opaco – tanto das palavras como (principalmente) do olhar: ela olhava para mim como se não me visse; seu olhar me atravessava, parecia ir além. A perplexidade foi minha primeira reação. Ao final da segunda supervisão, a professora fez uma sugestão de leitura: “A mãe morta”, ensaio de André Green. Foi o início do surgimento de uma tênue luz no fim do túnel.

De fato, o acerto das supervisões realizadas após as primeiras sessões já identificava a presença de uma ferida narcísica naquele sujeito, antecipando inclusive a ocorrência de características típicas do Complexo aqui apresentado, com significativas confirmações nas sessões subsequentes. Tal orientação tornou possível a realização de leituras específicas relacionadas ao tema, o início do contato com as ideias e formulações teóricas de Green, voltado tudo para o adequado acolhimento e para o pertinente posicionamento, como analista-estagiário, diante da singularidade do sofrimento apresentado pela cliente em atendimento.

Aqui, o desafio maior foi a mais completa novidade. Estava realizando meu primeiro estágio, meus primeiros atendimentos clínicos; o programa de estágio era todo calcado no estudo da teoria e da técnica freudianas, e minhas leituras já estavam adiantadas. Entretanto,

alertam-me Green e Cláudia, em quadros clínicos dessa natureza, as informações adquiridas nos textos freudianos, malgrado serem indispensáveis, essenciais, além de exatas, revelam-se, no entanto, insuficientes. E aí comecei a entrar em contato as noções de “casos difíceis”, “casos-limites”, “clínica do vazio”, conceitos abordados por Green (1988), seja em seu ensaio “A mãe morta”, seja nos demais textos desse autor a que tive acesso.

Assim, em suas “Conferências brasileiras”, Green (1990) afirma seu entendimento dos casos-limites como uma espécie de “estrutura geral indeterminada”, que pode se voltar para o lado de qualquer das demais estruturas – neurose, psicose, perversão e, inclusive, para as toxicomanias. Tudo acontece como se travasse uma luta para ver qual estrutura vai “apoderar-se da totalidade da estrutura psíquica” (p. 20). É nesse contexto que Green (1988) inclui sua hipótese teórico-clínica Complexo da mãe morta.

Os desafios técnicos que o trabalho com tais pacientes acarreta são inúmeros, e Green (1988) coloca em primeiro plano a questão relativa ao silêncio do psicanalista, e afirma: “temo que a regra do silêncio, nesses casos, só perpetue a transferência do luto branco da mãe morta” (p. 235). Essa opinião é corroborada em seu ensaio “O silêncio do psicanalista” (2004): “casos com predomínio dos traços narcísicos . . . mostram que o silêncio do analista é improdutivo, seja porque os pacientes o suportam mal, seja porque se instalam em sua posição de falso-*self* analítico”¹³ (p. 15).

Além disso, Green (2004) nos alerta para o fato de que o silêncio do psicanalista pode levar esses pacientes ao abandono da análise, deixando-os em “uma potencialidade patogênica que os exporá a outras descompensações” (p. 20). Dito de outro modo, se o Complexo da mãe morta não é identificado, a análise corre o risco de soçobrar, pois o analista fará a escolha da solução técnica clássica, comportando “o perigo de repetir pelo silêncio a relação com a mãe morta” (Green, 1988, p. 262). Aqui se evidencia a importância de o processo analítico incluir

¹³ Green (1990/2004) refere-se a falso-*self* analítico como a atitude do analisando de fazer o que o analista espera dele, para agradá-lo, sinal de sua submissão. É um indicador de que o psicanalista está impondo o seu próprio ritmo ao processo analítico, em vez de seguir o fio que o inconsciente do analisando aponta.

uma hipótese diagnóstica: não para engessar os sintomas em uma descrição nosográfica ou em uma elaboração teórica, mas para adequar a técnica à singularidade do sofrimento psíquico com que estamos lidando.

Desse modo, o reconhecimento das especificidades desse diagnóstico exige que a técnica sofra alterações, conforme afirma Green (1988), referindo-se aos casos clínicos incluídos em sua hipótese teórico-clínica Complexo da mãe morta: “este tipo de paciente coloca sérios problemas técnicos” (p. 253). E ele vai encontrar na técnica winnicottiana seu paradigma – o *setting* analítico como um espaço transicional, o *holding* como disposição analítica de acolhimento e de escuta, o apresentar e utilizar objetos como ancoragem de (re)ligação¹⁴.

Outro não é o desafio que a supervisão propõe. As dificuldades enfrentadas são inúmeras, voltadas todas para a obtenção do nível adequado de acolhimento, para o controle da empatia e do afeto, mobilizados diante dos relatos marcados por um sofrimento profundo e concreto, revelado em um olhar desprovido de expressão vital, porque natimorto. Desse modo, o acerto de tal orientação vai mostrando seus efeitos nas significativas revelações nas sessões analíticas.

Conforme mencionado, desde o início do processo analítico, a cliente fala muito, sem interrupções ou pausas, um estilo narrativo que Green (1988) identifica nas pessoas marcadas pelas afecções narcísicas: “seu papel é comover o analista, implicá-lo, fazê-lo testemunha no relato dos conflitos localizados no exterior” (p. 261). O desamparo e a dependência de cunho infantil fazem com que a cliente fale, durante a sessão, “como uma criança que contasse à sua mãe seu dia na escola e as centenas de pequenos dramas que viveu, para interessá-la e fazê-la participar do que descobriu na sua ausência” (p. 261).

¹⁴ Essa é a grafia utilizada por Green (1988/1990) em seus textos.

Tal narrativa, marcada embora pela descontinuidade, pela dissociação do pensamento, retoma, na terceira sessão, o relato do falecimento precoce de um irmão, segundo ela, recém-nascido. Não fica clara a posição dessa criança na ordem de nascimento dos filhos. A cliente afirma que sua mãe se ressentia da ausência desse filho até hoje – “depois que meu irmão morreu, minha mãe ficou fria como uma pedra de gelo” Configura-se, nessa afirmação, a mudança da imago materna na percepção da cliente. Além disso, no desenrolar das sessões, as recorrentes metáforas relacionadas à mãe – “minha mãe ficou dura como uma pedra de gelo”, “minha mãe caiu durinha”, por exemplo – remetem ao campo semântico da falta, da ausência, da insuficiência dos afetos, da fixidez, da perda de seu amor: “por trás das queixas relativas à atuação da mãe, suas ações, perfilava-se a sombra de sua ausência” (Green, 1988, p. 252).

Um aspecto significativo dessa experiência analítica diz respeito à escuta. Com efeito, de acordo com o ensinamento de Freud, no texto de 1912, “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise”, a escuta “consiste simplesmente em não dirigir reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como a denominei) em face de tudo o que se escuta” (1912 [1914] 2006, p. 125).

Também sob esse aspecto, Green (1988) propõe alteração na técnica para tais pacientes: “a coisa mais importante é que o paciente tenha o sentimento de que o analista *permanece* vivo; o importante é que o paciente *sinta* que o analista reage ao que ele diz e *permanece* em contato com ele” (Green, 1990, p. 250, grifos do autor). Dito de outro modo, a mudança da técnica utilizada em tais casos incide sobre a neutralidade benevolente, atitude clássica em psicanálise, que, nesses casos, pode correr o risco de “repetir com o paciente sua experiência com uma mãe que não o ouve” (Green, 1990, p. 154). E conclui o autor: “nos casos-limites, a atenção flutuante não é permissível, ao contrário, é necessário ter atenção vigilante e escrupulosa. . . é necessário que exista uma presença importante” (p. 153).

E aqui se evidencia a relevância de que se revestem os conceitos winnicottianos: o *holding* atribui ao analista o papel de mãe suficientemente boa, que cuida, ampara, suporta, ama incondicionalmente, mas impõe limites – estimula e contém. O lócus analítico transforma-se no espaço transicional, uma área intermediária de possibilidades, “um território de trocas onde se produzem transformações”, “uma área de transição entre o exterior e o interior” (Green, 1990, p. 30). O trabalho do analista situado no espaço transicional pode ser definido, segundo Green (2004), como uma categoria simbólica: “é a via intermediária do símbolo como um *talvez*, e não como algo que é e não é, mas como algo que pode ser, sem que essa esperança de realização se encontre jamais realizada” (p. 34, grifo do autor).

A tese winnicottiana propõe, com efeito, uma analogia entre a atividade terapêutica e o relacionamento mãe-bebê: “é o par mãe-criança que pode nos ensinar os princípios básicos sobre os quais deve fundar-se nosso trabalho terapêutico, quando estivermos tratando de crianças cuja primeira relação com a mãe não foi ‘boa o suficiente’, ou foi interrompida” (Winnicott, 2005, p. 28). Com esse posicionamento concorda Green (1990), ao afirmar: “a dupla analítica no *setting* é homóloga à dupla formada pela criança-*infans* e pelos pais falantes” (p. 25).

Nesse tipo de caso, em consequência da clivagem intrapsíquica, substituta do recalçamento, “o eu está sob ameaça de desmembramento. . .é menos unificado, . . .a solução passa pela narcisização do eu” (Green, 1990, p. 32). E tal se dá pela operação de (re)ligação realizada pelo analista. Ele é “o objeto sempre vivo, interessado, acordado, sem sair da neutralidade”, orienta-nos Green (1988, p. 262). Semelhante atitude pretende que o analista consiga “restabelecer os vínculos que são atacados pelos processos de pensamento do paciente” (Green, 1990, p. 21). Para isso, o analista deve saber desprender-se; mais, “saber perder-se, poder esquecer a categorização de pensamento que lhe é própria em tempo normal” (p. 21).

Tudo deve acontecer, de fato, com o analista fazendo “um considerável esforço de representação daquilo que o paciente não pode representar”, de acordo com Green (1990, p. 65), ou seja, o aparelho psíquico do analista vem em auxílio do aparelho psíquico do cliente. Em algum momento, a análise da angústia catastrófica que assoma esse tipo de paciente vai consistir em o analista “oferecer-lhe representações daquilo que quer dizer para ele essa angústia” (p. 208).

A mudança da técnica é patente. O trabalho do analista deixa de ser, nesses casos, fazer análise, ou seja, analisar: decompor um todo em seus elementos constitutivos – “não se trata de decompor, mas de juntar, . . . mais do que uma síntese, . . . mais do que construir uma totalidade, é criar uma nova ligação, . . . ligar de outro modo” (Green, 1990, p. 191). Mesmo porque Green (1990) refere que, a esse propósito, “Winnicott já disse algumas palavras de bom senso: ‘quando posso fazer análise, faço análise; quando não posso fazer análise, faço outra coisa que possa permanecer psicanalítica’” (p. 130). Isso significa que o paciente, com seu sofrimento singular, indica ao analista o que fazer, como proceder, e acrescenta: “se quisermos forçar qualquer paciente a proceder em consonância com *nossa* vontade, ou não vai funcionar, ou o resultado será um falso-*self* analítico” (p. 130, grifo do autor).

No manejo desses casos, Green (1988) propõe extremo cuidado com as interpretações, que nunca podem ser intrusivas, pois o que está em jogo é a dificuldade de simbolização desses pacientes: “tudo se resume em saber o que o paciente *pode* ouvir do analista (Green, 1990, p. 28, grifo do autor). Para esse tipo de paciente, acrescenta, “é mais vantajoso ouvir que compreender” (p.154), “vale mais a pena colocar-se (o analista) em estado de disponibilidade” (p. 191)

Todos esses aconselhamentos se coadunam com a orientação emanada da supervisão, no encaminhamento do atendimento à cliente. Essa escuta e essa atitude diferenciadas permitem perceber que, se o sintoma depressivo é dominante no início do processo

psicanalítico, aos poucos, o conflito revela-se muito maior, sendo a depressão uma de suas manifestações. O sentimento prevalente é o da impotência de sair da situação geradora de sofrimento, motivada pela incapacidade de amar, já que não é amada por ninguém (vizinhos, colegas, irmã), mas principalmente não é amada por sua mãe.

A identificação primária com o olhar da mãe psiquicamente morta, desprovido de afeto, marca seu impedimento para o amor, para as atividades profissionais, para a vida – transforma-se ela própria na mãe morta. Revela-se uma existência tão destituída de unidade quão fragmentado é o seu eu, manifestado em um corpo grande, flácido, sentido como disforme, indesejado, repudiado, rejeitado – “nunca fui amado”, ensina-nos Green (1988), “torna-se uma realidade à qual o sujeito vai se agarrar e que vai fazer esforços para verificar na sua vida amorosa posterior” (p. 259).

A narrativa da cliente aponta para uma vida desorganizada, seja do ponto de vista profissional, seja no âmbito afetivo: “já aprontei muito, já namorei muito; já namorei muito homem casado; fui até presa por causa de homem; já bebi muito, já fiz muita farra; conheci L. (seu companheiro) no bar; hoje não bebo mais, nem eu, nem ele”. Descreve como trabalho apenas empregos esporádicos: não se firmava em “nenhum serviço”; aposentou-se, não sabe dizer se “por idade” ou “por doença”. É o que Green (1988) nos ensina à página 255: “a repetição dos conflitos faz com que os dois setores essenciais da vida, amar e trabalhar, se revelem como fracassados”.

Outra revelação da cliente atesta essa afirmação. Afirma que gosta muito de crianças: “já cuidei de muita criancinha, já ensinei muita mãe a cuidar de criança, se pudesse adotava uma criança, criava todas as crianças que estão nas ruas, mas minha mãe não deixa”. Nunca teve filhos e diz que tem “útero infantil”. Na verdade, tem problemas com a menstruação: muito volumosa, muito dolorosa. Chegou a faltar uma vez (única durante o semestre) à terapia

por esse motivo. Afirma que quer “parar de menstruar, já tem idade para isso”; os exames indicam que ela não apresenta nenhum problema ginecológico.

A identificação com a mãe psicologicamente morta é, como de resto acontece em todas as identificações, marcada pela ambivalência, “um traço fundamental dos investimentos depressivos” (Green, 1988, p. 254) – “minha mãe não me ajuda” / “minha mãe cuida de tudo”, por exemplo. Nessa ambivalência do discurso, no entanto, prevalece a falta de afeto, o desamor – “minha mãe me ajuda, mas não gosta de mim” / “minha mãe me ajuda porque tem pena de mim” – e, aos poucos, vai se revelando a agressividade reprimida: “penso muito, fico pensando que nunca gostei de minha mãe; penso em matar minha mãe; só não mato minha mãe para não ser presa”. Essa cadeia associativa revela o momento em que o sujeito cede à neutralidade; de acordo com Green (1988): “quando cede, é o desespero que se manifesta em toda sua nudez” (p. 261). Evidencia-se aí a defusão pulsional: “todo desligamento enfraquece o investimento libidinal erótico, liberando, em consequência, os investimentos destrutivos” (p. 254).

Nessa sessão, profundamente reveladora e densa de conteúdos significativos, a representação dos afetos recalçados transparece no tom da fala e na petrificação do olhar, reveladores da dupla morte: a mãe a mata e, em contrapartida, ela mata a mãe. E por isso sofre em conflito. Essa leitura, efetuada na supervisão, vai ao encontro do que Green (1988) afirma: “aquilo a que assistimos é sobretudo uma identificação com a mãe morta ao nível da relação oral, e com as defesas que ela suscitou, o sujeito temendo ao máximo tanto a mais completa perda do objeto, quanto a invasão pelo vazio” (p. 260).

Vem também em nosso socorro a explicação de Figueiredo e Cintra (2004), em seu entendimento dos casos-limites: “o amor é o ódio, ou melhor, ama-se odiando e no ódio mantém-se o vínculo essencial e constitutivo com o objeto absolutamente necessário que fracassou radicalmente em suas funções”; e acrescentam: “o ódio sela um pacto de fidelidade

eterna ao objeto primário, o qual pode ser substituído por outros que, no entanto, nunca fazem esquecer o primeiro, apesar das aparências” (p. 42).

Aqui, a dúvida e a perplexidade com relação à contratransferência, anunciadas desde as primeiras sessões, assumem seu ápice. A busca de compreensão para as fortes sensações que me assomavam foi encontrar nas leituras e nas supervisões. E ambas as fontes me apontavam que casos como esses exigem do analista um posicionamento específico.

Com efeito, o ensinamento de Green (1993) vai indicar que, nos casos-limites, a contratransferência do analista vai ser posta à prova – vai sempre refletir o sofrimento do paciente como em espelho. Em sua leitura de Green (1993), Figueiredo e Cintra (2004) consideram esse entendimento de contratransferência como um sentido ampliado do termo: o analista não somente “sente como o paciente” (p. 53) mas também contracena com ele. E complementa: “em ambas as situações, a liberdade psíquica do analista está comprometida” (p. 53) – as impossibilidades do paciente refletem-se nas impossibilidades do analista, “como em espelho” (p. 53).

O sentimento prevalente, no analista, que daí decorre, é o de desesperança, como o próprio Green (1990) reconhece. Aconselha-lhe, entretanto, o cultivo da tenacidade, forma positiva da obstinação. Essa orientação dirige-se a evitar tanto o desânimo e a desistência como a expectativa demasiado positiva de cura – quase uma aspiração ao milagre. Vem em nosso auxílio o conselho de Gomes (1999): “se a psicanálise não é uma ciência exata, ela se vincula, ainda menos, a qualquer que seja a mística” (p. 72).

Na análise da transferência em casos clínicos como esse, Green (1988), com base em sua própria experiência, indica que a análise induz ao vazio, pois “por trás do complexo da mãe morta, por trás do luto branco da mãe, vislumbra-se a louca paixão de que ela continua sendo objeto, e que faz de seu luto uma experiência impossível” (p. 261). Esse é o motivo por que o analisando nutre o analista com a análise, tornando-a interminável, “pois o sujeito quer

ser a estrela polar da mãe, a criança ideal que toma o lugar de um morto idealizado, rival necessariamente invencível porque não vivo” (p. 261).

Nesse contexto, é que se encaminham as reflexões acerca da busca de sentido, no decorrer do processo analítico, para o discurso que se refere a mudança, a melhora de vida: “minha vida está mudando, um pouquinho, mas está; estou saindo de casa; estou fazendo caminhada; não fico mais pensando; não me incomodo que os outros me xinguem; não brigo mais quando me xingam”. E continua: “estou emagrecendo, a médica me achou diferente, mais alegre, melhor, mais bonita, mais feliz; minha madrinha quase não me reconheceu – me disse que pareço outra pessoa”. São desafios pertencentes ao desenrolar dessa experiência de estágio supervisionado, norteados pelo ensinamento de Green (1988): “a lição da mãe morta é que ela também tem de morrer um dia, para que uma outra seja amada. Mas esta morte tem de ser lenta e doce, para que a lembrança de seu amor não pereça e nutra o amor que generosamente ela oferecerá àquela que tomar o seu lugar” (272).

As sessões seguintes começam, aos poucos, a revelar uma forte preocupação com a insegurança do lugar em que a cliente mora: relata casos de assaltos, de roubos, de pessoas sendo seguidas na rua. Afirma ouvir muitos tiros, durante a noite. Paulatinamente, o discurso marcado pelo medo de ser assaltada, roubada, aparece como recorrente – “medo de perder tudo, de ficar sem nada; medo de depender em tudo de minha mãe; medo de que façam alguma coisa ruim comigo”. A solução apresentada para essa situação é “mudar para perto da minha mãe, pois lá tem posto policial perto”.

Na sequência das sessões, aparece a referência às férias do CENFOR: demonstra preocupação por não “ter nada para fazer”, nos dias da terapia, que será interrompida pelo recesso escolar. Daí para o desmoronamento psíquico, para o retorno dos sintomas, é um passo: depressão, choro contínuo, recusa em sair de casa, em fazer caminhadas, dificuldade de continuar a dieta, ressurgimento das vozes e dos vultos.

A expressão de sofrimento contida nas falas em virtude do recrudescimento dos sintomas é aflitiva: “sofro muito; sinto uma dor aqui” (aponta para o centro do peito); “queria ficar boa, queria não sentir isso, queria me internar num hospital para não sentir isso; sinto muita dor, dói muito”. São todas expressões que vão ao encontro da afirmação de Green (1990): “há qualquer coisa de irrepresentável no afeto: uma angústia que não se pode dizer, uma angústia que não se pode descrever, uma angústia catastrófica” (p. 208).

A supervisão orienta o reforço da maternagem: o amparo, o suporte, o apoio, tal como se faz com as crianças. Daí a explicação detalhada do calendário, do período previsto de interrupção da terapia, da data esperada para o retorno. De igual modo, é explicitada a confirmação de seu sofrimento, de sua dor. Mas fica evidente seu desamparo, sua fragilidade, a necessidade que tem do apoio do outro: relata um sonho, em que seu companheiro havia ido embora, “levando tudo”, deixando-a “sozinha e sem nada”. Cumpre enfatizar que essa foi a única vez em que demonstrou alguma expressão afetiva ao se referir ao companheiro. Seu tom de voz revela neutralidade, distância, quase indiferença, apesar de ele acompanhá-la sempre em suas saídas e de ajudá-la em casa. Reitera também a saudade que sente do pai, nesta época das festas de fim de ano — Natal e Ano Novo —, período que corresponde à doença e à morte do pai.

Os sentimentos de perplexidade e de frustração advindos desse retrocesso, e que muito nos afligiam, buscam sua compensação na leitura dos textos, à procura de uma resposta. E Green (1988) nos esclarece: “todo esse trabalho psicanalítico fica sujeito a quebras espetaculares, onde tudo parece ainda como no primeiro dia” (p. 252).

Vem à luz também o ensinamento de Freud, no citado texto de 1912, quando assinala que a ambição terapêutica constitui um dos perigos que perpassa a atividade do analista, que deve ser dotado de frieza emocional, comparando seu trabalho ao de um cirurgião que se guiasse pela máxima — “Je le pensai, Dieu le guerit” — isto é, “Fiz-lhe os curativos, Deus o

curou”. (1912 [1914] 2006, p.129). Essa analogia nos remete à ideia de que todos os esforços do médico apresentam-se como infrutíferos se a bioquímica do organismo do paciente não reage, não colabora. De modo análogo, se tomarmos Deus por inconsciente, veremos que a cura provém do próprio analisando, o analista apenas tratando de suas feridas. E, acrescentamos, suportando suas próprias frustrações. Vem à luz, finalmente, o alerta de Green (1990, p. 134): “análise é um trabalho de Penélope¹⁵ – todos os dias você tece a teia e, logo que o paciente o deixa, ele a desfaz. Se não estivermos preparados para ver a análise assim, é melhor mudar de profissão”.

¹⁵ Penélope: personagem pertencente à Mitologia grega. Esposa de Ulisses, ficou à sua espera durante vinte anos, rejeitando todos os pedidos de casamento dos pretendentes que acreditavam que seu marido não retornaria da guerra. “No entanto, prometeu escolher um, quando terminasse de tecer um pano; mas desmanchava de noite o trabalho que executava de dia” (Koogan/Houaiss, 1995, p. 1442).

Considerações finais

“Aquilo que desejamos submeter à lei da linguagem habita o registro das paixões dilacerantes, do horror e do prazer ignorados, dos tormentos mais loucos e mais secretos.”
(Cesarotto, Delorenzo e Mezan, 2000, p. 107)

O caminho palmilhado orientou este trabalho para indagações, questionamentos, posicionamentos. Partimos da decifração da metáfora da mãe morta para a elucidação dos efeitos nocivos dos fracassos, dos insucessos das relações objetais para constituição do psiquismo humano.

Aprendemos e apreendemos, com Freud, Lacan e Winnicott, guiados pela mão de André Green, a relevância do conceito de narcisismo primário como alicerce, cimento, suporte, da estruturação do sujeito. Captamos, de igual modo, as consequências da defusão pulsional na dinâmica psíquica do sujeito, os mecanismos envolvidos no livre trabalho da pulsão de morte, seu caráter de desligamento e desobjetalizante.

A trilha explorada no decorrer do processo de atendimento clínico abriu novas e ignoradas veredas em direção ao conhecimento. Com nossa cliente, assimilamos o ensinamento de nos curvarmos diante do sofrimento psíquico do outro: dele nada sabemos – somente a escuta pode revelá-lo.

E assim chegamos ao ponto final dessa jornada. De fato, a opção de abordar como tema de trabalho de conclusão de curso algum tipo de reflexão que reunisse teoria e prática sempre me norteou o caminho a seguir. Tive a sorte de encontrar, em minha primeira experiência de estágio na clínica, uma cliente cujo atendimento me despertou, desde o início do processo analítico, um profundo e genuíno interesse. Daí a mergulhar no projeto foi não somente rápido e fácil como também extremamente gratificante como experiência de estudo e de vida.

Ficou patente para mim, desde o início, uma grande empatia, aliada ao desejo de fazer alguma coisa para minorar a angústia que emanava das falas e das expressões da cliente. O

primeiro passo nessa direção foi a busca da compreensão do que lhe acontecia. A orientação advinda da supervisão, paulatinamente, foi lançando luz sobre minha cegueira intelectual – e o enigma foi aos poucos se revelando.

Nesse processo, começou a ficar evidente que a chave dessa incógnita residia na linguagem. As condensações e os deslocamentos, as metáforas e as metonímias começavam a sinalizar o funcionamento do inconsciente, segundo o modo do processo primário. A linguagem pulsionada, nas palavras de Green (1990), por meio das ambiguidades, indicava que seu desvelamento constitui o único acesso do sistema pré-consciente para o inconsciente. Isso é o que faz do psicanalista, no dizer de Cesarotto, Delorenzo e Mezan (2000), o artífice de um ato: ato psicanalítico, ato da palavra.

O conteúdo manifesto das palavras, o primeiro contato com a linguagem da cliente, passava por minhas fantasias e por meu imaginário. Evidenciava-se aí a força da contratransferência. Ou seja, percebia quanto das revelações das angústias latentes repercutia em meus sentimentos e emoções.

De fato, o contato com pacientes marcados por uma ferida narcísica acaba por gerar uma superposição, e até uma confusão entre o campo da observação clínica e o campo da fruição do contato humano. É um encontro de duas subjetividades que, suplantando a realidade, define-a como um recorte do real. São opiniões expressas por Gomes (1999), que completa, à página 70: “o analista deixa de ser uma tela de projeção das fantasias do paciente, ou um eficiente e isento arqueólogo observador da mente, e passa a ser um suporte para o contato humano”.

A essa altura, passei a melhor compreender o ensinamento de Mezan (1998), ao afirmar que gostamos de nossos clientes porque eles nos ensinam: impulsionam nossa curiosidade intelectual para o desvendamento do mistério da dinâmica do funcionamento

psíquico. Acrescentaria outro ensinamento: a cliente provocou o mergulho para dentro de mim mesma, para o âmago de meus próprios enigmas.

Identifiquei, então, a função catártica contida na escrita dos casos clínicos, tão presente nos autores que se debruçam sobre esse tema. A analogia com o teatro grego clássico é recorrente. Os espectadores das tragédias gregas identificavam como seu o sofrimento de seus semelhantes atuando na arena, e carpavam sua dor. O leitor dos casos clínicos veem-se refletidos na sintomatologia apresentada, e descarregam seus afetos. O redator-analista, ao selecionar os casos clínicos sobre os quais escreverá, já inclui nesse filtro algum conteúdo existente em seu inconsciente, e que justifica tal escolha – “a possibilidade de simbolização da angústia” (Mezan, 1998, p. 245).

Essa constatação, vivenciada na prática, levou-me à compreensão do conflito que Green (1990) identifica no trabalho do analista – e, acrescento, que se manifesta no relato de um caso clínico. À página 34 de suas “Conferências brasileiras”, ele nos ensina que tal trabalho “é o produto de uma luta constante entre o ouvir, o mal-ouvido, o não ouvido, o nunca ouvido o inaudível – porque não é perceptível – e o horror provocado pela audição”.

Referências bibliográficas

- Aristóteles, n. d. (1966). *Poética*. Tradução: Eudoro de Sousa. Porto Alegre: Editora Globo.
- Bechara, E. (2008). *O que muda com o Novo Acordo Ortográfico*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Cesarotto, O., Delorenzo, R.T.N., Mezan, R. (2000). *Narrar a clínica*. In: Revista *Percurso*. Ano 13, nº 25, 2º sem. 2000, São Paulo, pp. 105-110.
- Figueiredo, L. C. & Cintra, E. (2004). *Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite*. In: *Limites*. CARDOSO, M. R. (org). pp. 13-58. São Paulo: Editora Escuta Ltda.
- Figueiredo, L. C. (2007). *André Green: o discurso vivo*. In: *O livro de ouro da psicanálise*. Pinto, M. C. (org). pp. 475-485. Rio de Janeiro: Ediouro. 2ª ed.
- Freud, S. (1911). “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*)”. In: Edição *Standard brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- Freud, S. (1914). “À Guisa de Introdução ao Narcisismo”. In: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud - Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução: Hanns, L. A. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
- Freud, S. (1912). “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise”. In: Edição *Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XII Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- Freud, S. (1921). “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego”. Em: Edição *Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006,
- Gay, P. (2005). *Freud, uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Gomes, P. B. (1999). *Como se narra a psicanálise do final do milênio?* In: Revista Percurso. Ano 12, nº 23, 2º sem. 1999, São Paulo, pp. 63-72.
- Green, A. (1988). *A mãe morta*. In: Green, A. *Narcisismo de vida narcisismo de morte*. pp. 239- 273. São Paulo: Editora Escuta Ltda.
- Green, A. (1988). *O narcisismo e a psicanálise: ontem e hoje*. In: Green, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. pp. 10-29. São Paulo: Editora Escuta Ltda.
- Green, A. (1982). *O discurso vivo — uma teoria psicanalítica do afeto*. São Paulo: Francisco Alves Editora.
- Green, A. (2004). *O silêncio do psicanalista*. In: Revista Psychê. Ano VII, nº 14, jul-dez 2004. São Paulo, pp. 13-38.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Direção: Jayme Salomão. Tradução: Helena Besserman Vianna. Rio de Janeiro. Imago Editora Ltda.
- Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo* (1986). In: Green, A. *El trabajo de lo negativo*. pp. 371-378. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. (1993). *La alucinación negativa* (1977). In: Green, A. *El trabajo de lo negativo*. pp. 379-387. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hornstein, L. (1989). *Introdução à psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta Ltda.
- Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Jones, E. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Koogan, A. Houaiss, A. (1995). *Enciclopédia e dicionário ilustrado*. Rio de Janeiro: Edições Delta
- Lacan, J. (1949). *O estádio do espelho como formador do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica*. In: “*Escritos*”. São Paulo: 1998, pp. 93-103.
- Lambotte, M-C. (1996). *Estádio do espelho*. In: Kaufmann, P. “Dicionário enciclopédico de psicanálise, o legado de Freud a Lacan”. São Paulo: Jorge Zahar, Editor, pp. 157-161.
- Lambotte, M-C. (1996). *Narcisismo*. In: Kaufmann, P. “Dicionário enciclopédico de psicanálise, o legado de Freud a Lacan”. São Paulo: Jorge Zahar, Editor, pp. 347-356.
- Laplanche e Pontalis. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. Tradução: Pedro Tamen. São Paulo Martins Fontes. 4ª ed.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ovidio, P.N., n.d. (2003). Tradução: Magyar, V.L.L. *Metamorfoses*. São Paulo: Madras Editora Ltda.
- Queiroz, E. F. (2002). *Clinicando: o estatuto do caso clínico*. In: Pulsional: Revista de Psicanálise. Ano XV, nº 157, maio 2002, São Paulo, pp. 33-40.
- Roudinesco, E. e Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. 3ª ed.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.