

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP**

Adriana Meyer Barbuda Gradin

**Tédio e apatia como sintomas:**

Manejos na clínica psicanalítica

Mestrado em Psicologia Clínica

**SÃO PAULO**

**2018**

Adriana Meyer Barbuda Gradin

**Tédio e apatia como sintomas:**

Manejos na clínica psicanalítica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Luís Claudio Mendonça Figueiredo.

Área de concentração: Tratamento e prevenção

**SÃO PAULO**

**2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da publicação

Serviço de Documentação da Psicologia

Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

GRADIN, ADRIANA MEYER BARBUDA

Tédio e apatia como sintomas: Manejos na clínica psicanalítica. Adriana Meyer Barbuda Gradin. Orientador: Luís Claudio Mendonça Figueiredo. São Paulo, 2018.

209 f.

Dissertação (mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Área de Concentração: Psicanálise) – Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Banca examinadora:**

---

Prof. Dr. Luís Claudio Figueiredo

---

Profa. Dra. Elisa Maria de Uihôa Cintra

---

Prof. Dr. Nelson Coelho Júnior

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil.

*Para Rafaela, Felipe e Bernardo,  
com todo amor.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luís Claudio Figueiredo, orientador desta pesquisa, pelos comentários sempre pertinentes e frutíferos quanto à construção do pensamento psicanalítico presente neste trabalho; pelas riquíssimas aulas ministradas durante o Mestrado, que serviram como fonte de inspiração tanto para a minha atuação clínica, quanto para o meu pensamento teórico; também, e principalmente, pelo apoio e confiança em mim depositados, tão importantes para a formulação de um pensamento livre e complexo. Agradeço profundamente por seus cursos, seminários, livros e por suas considerações incentivadoras dirigidas a mim, as quais têm um papel muito relevante na minha formação como Psicanalista. Foi um privilégio receber a sua orientação.

À querida Prof. Dra. Elisa Maria Ulhôa Cintra, pelas aulas repletas de novas referências teóricas e clínicas na Psicanálise, que me foram verdadeiramente proveitosas durante o Mestrado; pela oferta de sugestões preciosas e consistentes no momento da minha qualificação. Um agradecimento muito especial por ter me acolhido carinhosamente em seu grupo de supervisão clínica e por compartilhar seu conhecimento de forma tão generosa. Sua amizade, sua disponibilidade para escutar o outro e a possibilidade de acompanhar o seu *amor ao ofício* foram um presente nesta caminhada.

Ao Prof. Dr. Nelson Coelho Jr., pela leitura minuciosa, atenta e cuidadosa da dissertação no exame de qualificação, trazendo à cena novas formas de apreciar o tema proposto. Suas contribuições enriqueceram a minha visão do tema e trouxeram muitos benefícios diretos ao trabalho.

Aos queridos colegas do Grupo de Orientação - Carolina Paixão, Celina Diaféria, Dayene Schiocchet, Gustavo Dean, João França, Maíra Mamud, Pedro Sang, Ricardo Cavalcante e Vanessa Chreim, pelos nossos debates e pelas alegrias compartilhadas. E aos queridos colegas de supervisão - Amanda Slaviero, Marília Rocha, Rachel Botelho, Ricardo Cavalcante, Sílvia Sá e Valéria França - pelo compartilhamento das experiências clínicas que aliviam a nossa tarefa, às vezes desafiadora por demais.

A Bernardo, meu primeiro leitor dos capítulos que foram sendo delineados e aquele que sempre me incentivou a abraçar os meus projetos e sonhos de vida; por seu amor consistente, sua paciência e sua parceria ao longo de tantos anos juntos.

A Rafaela, filha amada que me deu de presente a motivação, o desejo e a convicção da escolha de me dedicar à Psicanálise.

A Felipe, filho amado que divide comigo o prazer da descoberta das novas leituras, dos novos autores e da felicidade plena de ler um livro.

A minha mãe, Heliana, por seu amor, seu apoio e pelos importantes ensinamentos de trabalhar arduamente e não desistir nunca dos meus projetos. E a meu pai, Pedro, que me ensinou desde muito cedo sobre o imenso prazer de escutar o outro e ser escutada pelo outro; que me ensinou a amar as letras, os livros e as formas metafóricas de expressão; a meu pai, com quem aprendi muito sobre empatia.

Aos meus queridos irmãos, Cassio e Cristiano, por serem, antes de tudo, verdadeiros amigos, sempre presentes, e incentivadores constantes das minhas escolhas; pelo apoio amoroso ao longo de nossas vidas e por terem se dedicado atentamente à leitura deste trabalho.

Aos meus tão amigos queridos, que fazem a minha vida ter mais sentido, ser mais feliz e mais plena.

A Cláudia Costábile, que me acompanhou desde o início dessa caminhada de forma muito presente e generosa, despertando as questões mais relevantes sobre a profundidade de um encontro psicanalítico. Grata verdadeiramente por cada passo dessa convivência.

Aos meus pacientes, pela confiança depositada em mim e por serem constantes fontes de inspiração para pesquisas e estudo; por me fazerem refletir sempre sobre quão profunda, comprometida e corajosa há de ser a escuta da dor e do sofrimento humanos; gratidão por me fazerem acreditar em vias de revitalização e construções psíquicas mesmo diante de graves impactos traumáticos e intensos vazios psíquicos.

Aos Professores, Dra. Rosa Maria Tosta e Dr. Ricardo Telles de Deus, pela participação da Banca Examinadora, na condição de suplentes.

A Rachel Botelho, Cláudia Perrota e Anna Silvia Rosal pela leitura atenta do trabalho e pela dedicação à revisão do texto.

## RESUMO

GRADIN, A.M.B. **Tédio e apatia como sintomas:** manejos na clínica psicanalítica. 2018. 211 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

A presente pesquisa parte do objetivo de aprofundamento do pensamento teórico e clínico a respeito do tédio e da apatia, sintomas que vêm sendo relatados em número cada vez mais significativo, tanto por jovens, quanto por adultos e crianças que experimentam uma existência anestesiada, desmotivada e sem prazer; parte dos enigmas e dos obstáculos vivenciados na clínica psicanalítica e tem como propósito agrupar conhecimentos sobre o tédio e a apatia, a fim de propor um instrumental de manejo clínico para casos de sofrimento psíquico de indivíduos marcados por esses sintomas. Ela tem, assim, a natureza de uma *pesquisa em psicanálise*, de ordem *teórico-clínica*. A partir da escuta analítica de tais casos, propõe-se neste trabalho uma classificação das modalidades de manifestação do tédio e da apatia, escolha que se faz não por *ode à teoria*, mas sim, com o intuito de encontrar subsídios para diferenciar cada manifestação das demais a fim de refletir sobre os manejos clínicos possíveis. A apreciação dos sintomas da apatia e do tédio é feita a partir de algumas vinhetas e casos clínicos. Busca-se entender de que forma o manejo analítico pode viabilizar uma rota de simbolização e a *capacidade de estar vivo* do analisando apático ou entediado. Defende-se que, nesses casos, o analista deve oferecer um espaço não só de decifração de conteúdos verbais para atender ao fim de tornar consciente o material reprimido, mas sim, de forma mais ampla, ofertar um espaço de continência de aspectos não-verbais e de formas de comunicação inconsciente. Sustenta-se que a escuta clínica do tédio e da apatia requer do analista a adoção de uma *ética do cuidado*: a análise há de ser um espaço potencial que possa viabilizar uma ampliação da capacidade de representação do analisando quanto aos seus traumas e dores psíquicas que tiveram que silenciar; um espaço que produza um encontro frutífero também quanto aos trabalhos de luto do analisando e os seus trabalhos do brincar e do sonhar, para que possa investir em objetos e reconhecer a alteridade de forma não ameaçadora.

Palavras-chave: Tédio. Apatia. Clínica do vazio.

## ABSTRACT

GRADIN, A.M.B., **Boredom and apathy as symptoms**: management in psychoanalytic clinic. 2018. 211 f. Dissertation (Master in Clinical Psychology) - Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

This research starts from the objective of deepening theoretical and clinical thinking about boredom and apathy, symptoms that have been reported in analysis in an increasingly significant number, both by young people, and by adults and children who experience an anesthetized existence, unmotivated and without pleasure; also starts from the enigmas and obstacles experienced in psychoanalytic clinic and aims to group knowledge about boredom and apathy, in order to propose an instrument of clinical management for cases of psychic suffering of individuals marked by such symptoms. It has, therefore, the nature of a psychoanalytic research, of theoretical-clinical order. From the listening of such cases, it is proposed in this work a classification of the manifestations of boredom and apathy, a choice that is made not by ode to the theory, but rather, with the intention of finding subsidies to differentiate each manifestation of the others in order to reflect on the possible clinical management. The appreciation of the symptoms of apathy and boredom is made from some vignettes and clinical cases. In the dissertation, it is also appreciated the performance of the analyst against such impasses. It seeks to understand how analytical management can enable a route of symbolization and access the *ability to be alive* to the bored or apathetic patient. It is argued that, in such cases, the analyst should offer a space not only for deciphering verbal contents to meet the purpose of making que repressed material conscious, but, more broadly, to offer a space of continence of nonverbal aspects and forms of unconscious communication. It is maintained that clinical listening of boredom and apathy requires the analyst to adopt an *ethics of care*: the analysis must be a potential space that can enable an amplification of the analysand's capacity to represent his traumas and psychic pains that had to be silenced; a space that produces a fruitful encounter as well as the work of mourning of the analysand and his works of play and dreaming, so that he can invest in objects and recognize otherness in a non-threatening way.

Keywords: Boredom. Apathy. Clinic of emptiness.

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>II CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DA PESQUISA .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 1: DO TÉDIO E DA APATIA .....</b>	<b>24</b>
1.1. Evolução histórica do conceito de tédio .....	24
1.2. Evolução histórica do conceito de apatia .....	27
1.3. Tédio e apatia como sintomas .....	29
1.4. Diferenças relevantes entre Melancolia, Tédio e Apatia.....	32
1.5. Da diferença entre apatia e tédio .....	37
<b>CAPÍTULO 2: O TÉDIO-DEFESA E A APATIA-ADAPTATIVA .....</b>	<b>39</b>
2.1. <i>O tédio-defesa</i> .....	40
2.2. <i>A apatia-adaptativa</i> .....	42
2.3. Fundamentos teóricos: <i>tédio-defesa e apatia-adaptativa</i> .....	46
2.3.1. A noção de representação em Sigmund Freud .....	46
2.3.2. O trauma em Sándor Ferenczi .....	51
2.3.3. A noção de falso <i>self</i> para Donald Winnicott .....	58
2.3.4. O narcisismo em André Green .....	63
2.3.5. Os rastros do trauma e da clivagem em René Roussillon.....	69
2.4. Pensamento Clínico .....	74
2.4.1. O analista como "resto diurno" .....	75
2.4.2. A empatia e o tato na escuta do material traumático .....	77
2.4.3. Da revivência em análise do material traumático .....	82
2.4.4. A transferência paradoxal .....	84
2.4.5. O caso clínico João .....	85

<b>CAPÍTULO 3: O TÉDIO-BRANCO E A APATIA-DESLIGAMENTO .....</b>	<b>88</b>
3.1. O <i>tédio-branco</i> .....	90
3.2. A <i>apatia-desligamento</i> .....	92
3.3. Fundamentos teóricos do <i>tédio-branco</i> e da <i>apatia-desligamento</i> .....	93
3.3.1. O tempo. Um paradoxo.....	93
3.3.1.1 A elaboração da posição depressiva em Klein e Winnicott.....	96
3.3.1.2. Pierre Fédida e a depressividade fundamental.....	100
3.3.2. O "espaço" do eu e a sua constituição.....	102
3.3.2.1. O espaço do eu em melancolias, depressões e casos <i>borderlines</i> ....	106
3.3.3. O desligamento .....	110
3.3.3.1. Sigmund Freud e o conceito de <i>pulsão de morte</i> .....	110
3.3.3.2. Sándor Ferenczi e a "pulsão de repouso" .....	112
3.3.3.3. André Green e o neutro .....	116
3.3.3.4. A "mãe morta" em André Green .....	117
3.3.4. O frio .....	121
3.4. Pensamento Clínico .....	123
3.4.1. Freud e as <i>construções em análise</i> .....	126
3.4.2. O conceito de <i>psychic genera</i> de Christopher Bollas .....	128
3.4.3. A narrativa no processo de análise .....	132
<b>CAPÍTULO 4: O TÉDIO-PROTESTO E A APATIA-ESCUDO .....</b>	<b>136</b>
4.1. O <i>tédio-protesto</i> .....	139
4.2. A <i>apatia-escudo</i> .....	142
4.3. Fundamentos teóricos do <i>tédio-protesto</i> e da <i>apatia-escudo</i> .....	144
4.3.1. O "espaço" do eu e suas fronteiras .....	149
4.3.2. A superoferta materna .....	151
4.3.3. Winnicott e o conceito de agressividade .....	154
4.3.4. A noção de " <i>oposição à motilidade</i> ".....	157
4.3.5. Os objetos transicionais e os <i>objetos "duros"</i> .....	159
4.3.6. O <i>desvalimento</i> .....	162
4.3.7. A função mensageira da pulsão .....	164

4.3.8. A " <i>depleção</i> " simbólica .....	166
4.4. Pensamento Clínico .....	170
4.5. Aproximações e diferenças entre as modalidades de tédio e apatia .....	176
<b>CAPÍTULO 5: PARTES SILENTES DO PSQUISMO .....</b>	<b>181</b>
5.1. "Voz Escondida", "Síndrome de Resignação" e "Síndrome de Peter Pan" .....	183
5.2. Progressos e novas perspectivas na psicanálise .....	190
5.3. Considerações finais .....	195
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>199</b>

## I INTRODUÇÃO

*"Tememos a morte, sim. Mas nenhum medo é maior do que aquele que sentimos da vida cheia, da vida vivida a todo peito"*

Mia Couto (2009/2012, p.269)

No momento histórico em que a Psicanálise começou a ser concebida por Sigmund Freud, a sexualidade era regida por padrões morais e regras de conduta rigorosos, de tal forma que os sintomas apresentados pelos primeiros pacientes da clínica freudiana eram condizentes com o influxo de processos repressivos decorrentes dessa moral social. O método da hipnose, inicialmente usado para tratar de tais sintomas, foi sendo abandonado a partir de novas descobertas clínicas quanto ao funcionamento psíquico, que abriram espaço para a formulação do método analítico.

A partir dos casos de histeria, Freud passou a construir um campo de estudo teórico e clínico alicerçado em sua importante descoberta de que os sonhos, os atos falhos, os chistes e os sintomas seriam indícios de uma vida pulsional marcada pela força da sexualidade e dos desejos reprimidos, escondida atrás do biombo dessas manifestações. As suas premissas iniciais foram a teorização sobre o inconsciente e a ideia de sintoma como resultado de um conflito entre instâncias psíquicas. O mestre de Viena visava esboçar um procedimento para a investigação desses processos mentais ocultos e buscava, ao longo do tratamento, fundado na escuta flutuante do analista e associação livre do analisando, descobrir a ideia patogênica para a eliminação dos sintomas - então considerados efeitos do recalque.

Com o passar dos anos, porém, Freud passou a se confrontar com padecimentos psíquicos que colocavam em questão o método analítico aplicável aos casos de histerias e neuroses obsessivas. Diante das neuroses traumáticas, das psicoses e dos casos graves de melancolia, ele foi compelido a procurar novas vias metapsicológicas para explicar outras modalidades de repressão e de defesa, assim como processos de cisão do eu e novos destinos pulsionais. Deixou, assim, como herança aos seus sucessores um campo de estudo em aberto quanto a novas formas de escuta psicanalítica e à extensão do método por ele instituído a situações não contempladas em sua obra, que, apesar de sua incontestável magnitude e profundidade, não abarca escritos sobre a escuta clínica do traumático e sobre o manejo de casos clínicos marcados pelo *vazio psíquico*.

Na clínica psicanalítica contemporânea, por outro lado, a nossa escuta vem abrangendo situações bastante diversas daquelas observadas por Freud e, rotineiramente, aparecem em nossos consultórios analisandos que buscam a Psicanálise em razão de um outro tipo de sintomatologia: o tédio, a apatia e uma espécie de *deserto simbólico*.

Tais casos vêm aparecendo em número quantitativamente significativo e esses analisandos trazem em suas demandas a sensação de carregarem um vazio incômodo, pesado e paralisante. Alguns deles falam que se sentem desalojados, deslocados na própria vida, experimentando e traduzindo essas sensações como um *viver sem desejo*.

Esta dissertação parte do objetivo de pensar nessas questões, de refletir mais profundamente sobre o tédio, a apatia e o vazio psíquico de quem experimenta esse tipo de existência anestesiada, desmotivada e sem prazer; parte do objetivo de analisar essas questões sob o ponto de vista da teoria, mas, principalmente, da clínica psicanalítica, visando encontrar subsídios para o manejo clínico de tais sintomas.

Uma frase célebre do personagem Bentinho, da obra Dom Casmurro (Assis, 1899/2016, p. 82), traduz essa vivência de modo bastante contundente. Em uma análise retrospectiva de sua existência, ele declara:

Pois, senhor, não consegui recompor o que foi nem o que fui. Em tudo, se o rosto é igual, a fisionomia é diferente. Se só me faltassem os outros, vá; um homem consola-se mais ou menos das pessoas que perde; **mas *falto eu mesmo, e esta lacuna é tudo*** (grifos nossos).

A partir dessa lacuna, do vazio brutal sobre "faltar-se a si mesmo", muitos estudiosos contemporâneos da Psicanálise têm se preocupado em construir novos manejos para casos clínicos em que os analisandos se apresentam marcados por sintomas alusivos ao neutro e ao negativo.

O tédio e a apatia aparecem na clínica psicanalítica atual de modo bastante significativo e sob as mais diversas formas, como aborrecimento, ausência de prazer em viver, indiferença, falta de energia e de desejo, preguiça para concretizar planos e sensação de anestesia. Esses sintomas são experimentados por um número crescente de jovens, adultos e também por crianças, que os vivenciam como algo inofensivo a princípio, tal qual um desinteresse em atividade rotineiras, mas ganham vulto na adolescência e tomam proporções preocupantes no início da vida adulta, quando decisões mais relevantes costumam - ou costumavam - ser adotadas.

Diferentemente do que se via no passado, quando a ansiedade ou a expectativa angustiante eram as reações mais comuns frente a um desafio importante, como ingressar na faculdade, iniciar uma relação séria ou começar um novo trabalho, hoje os jovens encaram esses fatos como tediosos e demonstram que prefeririam uma vida que não impusesse tantas escolhas e decisões.

Em sua obra *Venenos de Deus, Remédios do Diabo*, o escritor Mia Couto (2014, p. 35), na voz de um de seus personagens, declara: "Não é que eu seja infeliz. Eu não sou é feliz". E explica: "*A ausência dupla de felicidade e infelicidade é ainda mais penosa que o sofrimento*" (grifos nossos).

A escuta psicanalítica desses analisandos, a rigor, sempre traz as seguintes indagações: qual poderia ser a razão para essa vida entorpecida? O ambiente teria alguma influência nessa sintomatologia? Houve algum evento traumático que os deixou tão apassivados? A impossibilidade de vivenciar laços marcados pela intensidade teria cunho defensivo?

Essas indagações sobre a origem da configuração sintomática suscitam sempre a pergunta clínica sobre o manejo de tais casos em análise. Na relação transferencial, esses analisandos marcados por sintomas associados a núcleos defensivos congelados, enrijecidos ou desvitalizados poderiam experimentar algum tipo de revitalização?

Na clínica, tais sintomas aparecem com diversas formatações, ora referidos a um caráter marcadamente defensivo, vinculados a situações bastante precoces e traumatismos decorrentes do ambiente; ora emergem de forma mais profundamente desvitalizada e próxima à zona do mortífero; ora, ainda, como uma resistência dos analisandos em ingressarem na vida adulta, como uma fixação em uma posição estática e sem progressão na linha temporal de suas vidas.

A escuta de tais casos clínicos, a princípio, acaba por suscitar um enigma sobre as mais variadas formas de manifestação do vazio ou da neutralização do analisando. E o analista é convocado a se posicionar transferencialmente na tentativa de entender a que serve a sintomatologia silenciosa que corre subterraneamente. Escutar o tédio e a apatia não raro assumirá a natureza de um desafio, de uma dificuldade a se transpor caso a caso e, sobretudo, será uma fonte de inspiração para a construção de novas formas de uma *ética do cuidado*, tão necessária nesses casos.

Em uma tentativa de responder a tais indagações, propõe-se neste trabalho uma classificação das modalidades de manifestação do tédio e da apatia, como sintomas subdivididos em *tédio-defesa*, *tédio-branco*, *tédio-protesto*, *apatia-adaptativa*, *apatia-*

*desligamento* e *apatia-escudo*, escolha esta que não tem a pretensão de ser exaustiva, mas, sim, manifestamente singular, face aos aspectos clínicos envolvidos. Não se trata, de agrupar os sintomas do tédio e da apatia apenas em nome da similaridade, da contiguidade ou da aproximação entre eles, muito menos de nominá-los por *ode à teoria*.

Nosso intuito é encontrar subsídios para diferenciar cada manifestação das demais a fim de refletir sobre os manejos clínicos possíveis na escuta desses sofrimentos da órbita do vazio e da "anorexia de viver" (GREEN, 1988, p. 24).

Faremos, assim, um entrelaçamento de três ramos - o *sintoma* tal como reportado no discurso dos analisandos e em suas expressões não-verbais, a *teoria*, e o *pensamento clínico*, tanto no que concerne aos manejos clínicos pertinentes, quanto à posição a ser ocupada pelo analista nessa escuta específica.

Para embasarmos a abordagem teórico-clínica do tédio e apatia, faremos, inicialmente, um percurso histórico quanto à construção do pensamento sobre essas manifestações, apontando o que entendemos como elemento diferenciador entre eles.

A partir dessas premissas, propomos agrupamentos de sintomas - o *tédio-defesa* atrelado à *apatia-adaptativa*, o *tédio-branco* conjugado à *apatia-desligamento* e o *tédio-protesto* vinculado à *apatia-escudo* - a fim de traçar o caminho para a construção de um pensamento clínico sobre o manejo pertinente a cada situação específica.

A rigor, se um analisando descreve o tédio e a apatia como sintomas relacionados a uma situação traumática precoce (doravante referentes ao que chamamos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*), por exemplo, o analista será convocado a adotar uma escuta bastante diversa da assumida em um caso no qual o analisando vivencia um estado de vazio existencial (aqui relacionado ao que nominamos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*). De modo análogo, a escuta será completamente distinta em situações nas quais o analisando se diz entediado ou apático diante do discurso vigente e protesta diante da demanda de assumir a vida adulta, negando as separações, perdas e frustrações (a que denominaremos de *tédio-protesto* ou *apatia-escudo*).

O interesse é, portanto, *clínico*, fundado na escuta psicanalítica e se refere ao estudo de manejos possíveis face a manifestações tão diferentes dos que procuram a Psicanálise em razão de uma vivência anestesiada, desvitalizada e sem autenticidade.

As primeiras dessas manifestações sintomáticas, o *tédio-defesa* e a *apatia-adaptativa* demandam a apreciação preliminar de alguns conceitos basilares de Sigmund Freud, sobretudo de sua noção de representação psíquica, seus estudos iniciais sobre a memória e as partes não decodificadas pelo psiquismo, que ficam à

margem da representação, além do seu construto de *trauma* como resultante de um transbordamento pulsional, como teorizado em *Além do Princípio do Prazer* (1920).

Os sintomas do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* serão, sucessivamente, expostos com fundamento no conceito de trauma precoce segundo os ensinamentos de Sándor Ferenczi, uma vez que é importante compreender qual a função do núcleo frio que se forma a partir do evento traumático, o qual precisa ficar enquistado no psiquismo.

Esses sintomas serão igualmente alicerçados no conceito de *falso self* de Donald Winnicott (1990a) e na noção de "narcisismo do UM" de André Green (1998). E, como subsídio teórico, utilizaremos ainda o pensamento atual de René Roussillon (2012) sobre o traumatismo primário e sobre as defesas montadas contra o retorno do material clivado do psiquismo como causas da neutralização das relações objetais desses indivíduos e da vida afetiva empobrecida para impedir a reexperimentação do trauma.

Ao *tédio-defesa* e à *apatia-adaptativa* vinculamos o significante *trauma*. E defendemos que, nessas hipóteses, a escuta do analista deverá se afastar da psicanálise clássica, fundada nos referentes da neurose, na interpretação demasiada e no levantamento de recalques - o que não seria aplicável a esses casos, nos quais o conflito não se encontra recalcado, mas clivado.

O conceito de *tédio-branco*, segundo nossa proposta, está relacionado diretamente à noção de tédio existencial e à experimentação do vazio do viver em si. A *apatia-desligamento*, por seu turno, associa-se ao *tédio-branco*, redundando em perguntas mais complexas e profundas: Para que viver? Por que viver?

Ao *tédio-branco* e à *apatia-desligamento* conectamos o significante *morte* e os dois sintomas serão apreciados de uma forma delimitada em quatro vias exploratórias: o *tempo*, o *espaço do eu*, o *desligamento* e o *frio*.

As modalidades de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, rotineiramente, nos colocam face à ameaça de suicídio e à necessidade de buscarmos um manejo analítico que convoque formas de revitalização e construção de sentido de vida para o analisando. Para tanto, procederemos ao estudo da *pulsão de morte* em Freud (1920); dos movimentos regressivos em Ferenczi (1924), do *narcisismo de morte* de André Green (1988), bem como de sua tese sobre *A Mãe Morta* (ibid).

Como *Pensamento Clínico*, postularemos a importância da simbolização e da narrativa sobre a vida psíquica desses analisandos e, para o manejo de tais casos, traremos à cena a noção freudiana de "*construções em análise*", bem como o conceito

de Christopher Bollas (1992) de *generatividade psíquica* como uma forma de movimentar o circuito pulsional mortífero que corre nessas vias.

O terceiro agrupamento proposto refere-se à classificação de outras formas sintomáticas de tédio e apatia em *tédio-protesto* e *apatia-escudo*.

O *tédio-protesto* aproxima-se da noção de resistência por parte dos analisandos ao ingresso na vida adulta, sob a forma de um protesto contra a passagem do tempo. A esse sintoma são relacionados os conceitos freudianos de presença e ausência do ente materno. Serão agregados, ainda, os ensinamentos winnicottianos sobre as respostas do ambiente ao bebê, a *mãe suficientemente boa*, as *primitivas necessidades egoicas*, a *reação à intrusão* e, ainda, a agressividade no bebê como forma de acesso à criatividade e à curiosidade a respeito das coisas do mundo.

A *apatia-escudo*, por sua vez, liga-se diretamente ao *tédio-protesto* e se apresenta como uma espécie de transgressão branda ou rebeldia silente, uma recusa em agradar o Outro, conquistá-lo ou mesmo precisar dele.

São pacientes que, normalmente, chegam em análise depois de passarem longos períodos imersos em um torpor circular, tendo dedicado horas ou dias a fio a seriados, filmes repetidos, games, festas intermináveis, uso abusivo de drogas ou ingestão excessiva de alimentos e álcool. Chegam conduzidos pelos pais ou "aconselhados" por outros quanto aos efeitos esse protesto ou escudo protetivo, dessa vida entorpecida.

Ao *tédio-protesto* e à *apatia-escudo* ligaremos, nas linhas que se seguem, o significante *recuo*. Como manejo clínico, o analista deverá funcionar como continente e agente metabolizador de afetos de tais analisandos, levando em consideração a dificuldade de representarem a ausência, mas também terá de formular algum confronto capaz de fazer o sujeito se questionar quanto à sua paralisação e *anorexia de viver*.

Ao falarmos em tédio e apatia, referindo-os à "anorexia de viver", pode-se questionar sobre a possibilidade de considerá-los sob um manto de maior cobertura: a melancolia. Seriam o tédio e a apatia apenas sintomas acessórios dos quadros melancólicos ou teriam eles contornos próprios? Já no Capítulo 1 defenderemos que se tratam de entes nosológicos autônomos, que se exteriorizam como interrupções dos processos de saúde em casos de "*adoecimentos psíquicos por passivação*" (FIGUEIREDO E COELHO JR., 2018) e que requerem uma compreensão particularizada. Apesar de haver similaridades nas manifestações do tédio, da apatia e da melancolia em alguns casos clínicos, há diferenças relevantes entre tais sintomas.

Em cada capítulo destinado a uma díade do tédio e da apatia, além de explicitar as manifestações sintomáticas e as bases clínicas e teóricas que fundaram a escolha da nomenclatura, desenvolveremos um tópico dedicado ao *pensamento clínico* - objetivo prioritário deste estudo, que consiste em garimpar subsídios para o tratamento analítico desses sujeitos que parecem anestesiados, sem a apreensão do que é sentir e sofrer.

Para tanto, faremos uma tentativa de costura entre as matrizes de escuta clínica freudiana, ferencziana, kleiniana, winnicottiana, greeniana e roussilloniana. Abordaremos especificamente a importância da simbolização primária e da narrativa em análise como uma via elaborativa para que esses analisandos possam conectar suas experiências, seus afetos e palavras, construindo uma nova linguagem pela via da representação.

Como um dos objetivos desta dissertação, há de ser apreciada também a atuação do analista frente a tais impasses e dificuldades. Buscaremos entender de que forma ele poderá usar o manejo analítico a favor de um desenlace que proporcione essa rota de simbolização e o acesso à *capacidade de estar vivo* do analisante apático ou entediado.

As recomendações técnicas preconizadas por Freud nos textos da década de 1910 refletiam a meta da análise então vigente: tornar acessível o material reprimido e cuidar da "gênese dos sintomas doentes e do contexto psíquico da ideia patogênica", tendo sua remoção como objetivo (FREUD, 1905a, p.337).

Hoje é bastante claro que há diversos casos clínicos nos quais o analista deve oferecer um espaço não só de decifração de conteúdos verbais para atender ao fim de tornar consciente o material reprimido seguindo as trilhas associativas do analisando, mas sim, de forma mais ampliada, ofertar um espaço de continência de aspectos não-verbais e de formas de comunicação inconsciente. De fato, em casos de silenciamento do psiquismo como medida de defesa e consequente empobrecimento egoico, como passaremos a esmiuçar nos capítulos que seguem, o analista não poderá ser "opaco aos seus pacientes" (Freud, 1912, p. 131) e deverá ser "destemido" (Cintra, 2017, p. 22) para sustentar identificações projetivas e outras formas de comunicação.

A rigor, a regra da *neutralidade* do analista e a ideia de transferência para fazer o paciente se *recordar* de experiências pretéritas ou desejos reprimidos no inconsciente, *repetir* na relação com o analista questões que não puderam acessar o consciente e *elaborar* o material trazido à análise mediante a interpretação do analista sobre as resistências do analisando (Freud, 1914) foram sendo percebidas como orientações de certo modo limitadoras. Por esta razão, começaram a ser concebidas novas ideias, de ordem suplementar ao método analítico originário.

Diante do impasse entre aceitar que certos casos clínicos não seriam analisáveis ou tentar alargar os contornos da Psicanálise para abarcar o que escapara às primeiras teorizações freudianas, vários autores se detiveram em questões levantadas na própria obra do Mestre. Passaram a buscar soluções metapsicológicas e novas formas de pensar sobre o manejo de questões como simbolização primária, falta de representação, tendência ao mortífero e à inércia psíquica - questões mais próximas da ideia de pulsão de morte nos termos da segunda teoria pulsional (FREUD, 1920).

Para a escuta clínica do tédio e da apatia, nessa mesma linha, defendemos que deve ser adotada pelo analista uma *ética do cuidado*, nos termos do texto *Cura* (Winnicott, 1970/2011). Segundo tal escrito, a clínica psicanalítica acontece no âmbito do relacionamento entre dois seres humanos; por isso, a ideia de hierarquia entre analistas e analisandos e a concepção de cura no sentido médico devem ser substituídas por uma conotação mais abrangente: de *cura enquanto cuidado*. Para Winnicott, a posição do analista requer um alto nível de confiabilidade e não pode ser fundada em uma atitude fria e distante, ponto que aqui também sustentamos.

A linha condutora deste trabalho, portanto, relaciona-se menos a uma exacerbação da *cultura do teórico* e, muito mais, ao enfrentamento de problemas oriundos diretamente da *prática clínica*. A premissa fundamental é a de que o analista deve servir ao fim de escutar o sofrimento psíquico de quem o procura, buscar vias possíveis para o alívio dos sintomas dos seus analisandos e oferecer um ambiente propício para que questões de isolamento, inibição, anestesia traumática, *anorexia de viver* possam ser trabalhadas e cuidadas de modo singular, único, com cada um deles.

Para ilustrar a questão da *ética do cuidado*, citamos fragmentos do artigo de Daniel Kupermann (2008, p. 111) sobre o filme "Fale com Ela" de Pedro Almodóvar, no qual o autor clama por "uma outra sensibilidade clínica" e trata da atuação do analista ao longo da história da Psicanálise, trabalhando três momentos relacionados a palavras-de-ordem dirigidas a quem escuta: 1a) "fique quieto"; 2a) "fale dela" e 3a) "fale com ela".

Kupermann relaciona o momento do "fique quieto", a princípio, ao trabalho de Joseph Breuer com a paciente Anna O. Esse momento representaria o abandono da hipnose e do método catártico e um novo tempo de abertura do analista à escuta do sofrimento da paciente. Inspirado também no atendimento clínico de Freud à paciente *Frau Emmy*, que lhe formula esse pedido ("Oh, fique quieto"), teria sido esse o momento histórico que levou Freud a postular a "sutil arte da escuta" e a noção de associação livre (idem, p.115). O momento do "fale dela", por sua vez, correspondeu à perspectiva

de cura psicanalítica pela via da arte da interpretação, em um momento no qual a Psicanálise esteve marcada por uma postura investigativa e cada vez mais silenciosa do analista, trazendo à cena uma noção de Psicanálise como "ciência" da interpretação e os analisandos como "objetos de estudo". Já no momento do "fale com ela" estaria implícita uma certa combatividade à "insensibilidade do analista", criticada com veemência por Sándor Ferenczi (idem, p.119). Nesse momento - que segundo pensamos, estende-se à Psicanálise contemporânea - o analista é convocado a lançar mão do *tato*, da *empatia* e do *acolhimento*, não no sentido estrito de fazer função maternante, mas de proporcionar um encontro analítico que possibilite a construção de sentido em hipóteses de existência de traumas psíquicos ou patologias não-neuróticas.

Anne Alvarez (1994, p.183) fala da dificuldade que encontrou para selecionar um conceito ou uma palavra que equivalesse em peso e dignidade ao que Freud denominou "*trabalho de luto*" para abordar o tratamento analítico com crianças profundamente deprimidas com vistas a viabilizar o nascimento e o desenvolvimento da esperança. Ela destacou que as palavras "regozijar-se, celebrar, agradecer" são insuficientes no que concerne à extensão e à profundidade desse longo processo. Alvarez elegeu, assim, a expressão "*trabalho de regeneração*", mas se socorreu das belas palavras de Daniel Stern e George Herbert, que falam do processo analítico nesses casos como "a lenta e significativa descoberta de que seu coração murcho pode conter frescor".

Nos casos de apatia e tédio, igualmente, o analista lidará, muitas vezes, com "corações murchos", que clamam por delicadeza no seu manuseio, mas também, que demandam, de alguma forma, que neles seja insuflada *pulsão de vida*. Esses casos clínicos requerem um analista que possa sobreviver a variadas "temperaturas" no setting analítico - o estado morno, o banho-maria, a anestesia e as gélidas temperaturas do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* - já que, em muitos deles, a demanda aponta para a necessidade de um processo inaugural de simbolização e para a tentativa de delimitação de fronteiras do eu desses sujeitos pela via do atendimento a necessidades egoicas negligenciadas na origem de suas constituições.

A análise há de ser, portanto, como defenderemos nas linhas que se seguem, um espaço potencial que possa viabilizar uma ampliação da capacidade de representação do analisando quanto aos seus traumas e dores psíquicas que tiveram que silenciar; um espaço que produza um encontro frutífero também quanto aos trabalhos de luto do analisando e os seus trabalhos do brincar e do sonhar, para que possa investir em objetos e reconhecer a alteridade de forma não ameaçadora.

## II - CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa parte das indagações, dos enigmas e dos obstáculos vivenciados por uma profissional no exercício clínico da Psicanálise e tem como objetivo agrupar, coligir e destacar conhecimentos teóricos sobre o tédio e a apatia, a fim de propor um instrumental de manejo clínico para casos concretos de sofrimento psíquico de indivíduos marcados pelos dois sintomas.

Ela tem, assim, a natureza de uma *pesquisa em psicanálise*, de ordem *teórico-clínica*, sem perder de vista que será necessário um percurso referente à evolução histórica dos dois conceitos para a apreensão do objeto de estudo proposto. O foco, no entanto, continuará sendo o de concatenar ideias já formuladas acerca dos temas propostos e buscar novos agrupamentos (tais como o uso do conceito de "modalidades de tédio e apatia") para auxiliar e fornecer novos instrumentos necessários para os avanços na trilha clínica.

Nesse sentido, cabe esclarecer que adotaremos a noção de Psicanálise defendida por Marion Minerbo (2000) como uma matriz de *estratégias de investigação* mais do que um método de pesquisa, haja vista que inúmeros conceitos a seguir formulados, como o das "modalidades de tédio e apatia", têm relação direta com a apreensão clínica de elementos de escuta psicanalítica, fundada em atenção flutuante, em contratransferência, tal qual assimilados pela intérprete-pesquisadora-analista em sua singularidade. Há, portanto, um recorte particular da realidade clínica captada a partir dos "objetos de estudo" (sujeitos escutados sob o laço transferencial) que sofreram transformações em decorrência da escuta e tramitação do material pela psicanalista, em contraposição à noção estrita de método como proposto por Descartes.

Como ressaltam Minerbo e Figueiredo, "as estratégias vão se formando e transformando, engendrando táticas e propiciando 'sacadas'" e, dadas as condições do curso da análise, "estratégias deixam uma larga margem para o improviso e para os processos primários, para as descobertas e para as invenções" (2006, p. 257).

Serão utilizadas neste trabalho, pois, estratégias de aproximação do objeto.

A apreciação dos sintomas da apatia e do tédio será feita a partir de algumas vinhetas e casos clínicos, com suas particularidades, mas um ponto crucial em comum: a tentativa de trabalhar o enigma que se apresenta como a impossibilidade psíquica desses pacientes, *a priori*, de saírem de uma zona de neutralidade anestesiada.

A diferenciação das modalidades de tédio e apatia é consequência da própria estratégia de trabalho: a escuta de analisandos sob o laço transferencial, e não uma "coleta de dados" para uma pesquisa baseada em métodos científicos de observação e refutação ou fundada em dados concretos. A psicanalista propõe a distinção das modalidades a partir dos discursos de seus pacientes, produzidos em análise e, portanto, subjetivos e singulares.

A nomenclatura escolhida também partiu do discurso dos analisandos, como se verá nas vinhetas clínicas. As frases "*Vivo sempre na defesa*" e "*Me sinto adaptado, mas anestesiado*" delinearão o pensamento referente ao *tédio-defesa* e à *apatia-adaptativa*. Outras falas, sobre "*carregar um vazio profundo no peito*", sentir-se em "*um quadro branco*" e "*viver com um frio mortal*" iluminaram a construção das ideias de *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*. Da mesma forma, um protesto mais ruidoso, em tom gritado, contra o universo adulto, formulado por alguém que se veste como personagens diferentes de ficção, deu nome aos conceitos de *tédio-protesto* e *apatia-escudo*.

As diferenças entre tédio e apatia "emergiram à superfície" no curso da análise de cada um desses pacientes e convocaram um manejo clínico determinado. A distinção veio à tona no "riacho da cena analítica" pronta a ser nomeada por quem se posicionava em atenção flutuante. A distinção, já existente, apenas fez-se palavra.

No momento em que as modalidades de tédio e apatia foram nomeadas, face às palavras dos discursos dos analisandos, surgiu um desafio ao trabalho de escuta analítica: qual seria a forma mais viável e eficaz de manejar cada sintoma? Qual deve ser a posição da analista diante de tais quadros sintomáticos? Como conceber uma *ética do cuidado* que abranja o impasse da escuta do vazio, do negativo, do apassivado?

Tanto nas vinhetas quanto nos casos clínicos apresentados, não há como se falar em apreciação e observação do "objeto" pela via do método aplicável às ciências naturais, visto que as próprias *construções em análise*, tecidas a partir da interação entre "pesquisador" e "objeto de estudo", foram gerando transformações e novas posições subjetivas dos elementos/sujeitos envolvidos. Elegemos, assim, o conceito supracitado de Psicanálise como "*estratégia de pesquisa*".

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, sob o protocolo de número 0076318.5.0000.5482, em 26 de junho de 2018, uma vez que observou as exigências que regulam a ética em pesquisa com seres humanos.

Desse modo, cumpre fincarmos os primeiros alicerces sobre a evolução histórica dos dois conceitos *sub oculis*.

## CAPÍTULO 1: DO TÉDIO E DA APATIA

### 1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE TÉDIO

Na literatura sobre o tédio, é muito comum se encontrar o conceito enlaçado à noção grega de acídia (acédia ou accidia), que, etimologicamente, se origina de "*akedia*", derivada de "*kedos*" (*importar-se com*). Acídia seria, portanto, o ato de "*não*" (*a*) "*importar-se com*". O conceito, porém, teve pouca ressonância no pensamento grego e se difundiu apenas na Idade Média, a princípio entre os monges católicos e, posteriormente, foi estendido ao homem comum.

Na Idade Média, a Igreja Católica considerava a acídia, o vazio insondável sentido pelos monges ao encontrarem a Escritura Sagrada, como o pior de todos pecados (e do qual todos os demais derivariam), um insulto e um ato de desrespeito a Deus, que não poderia jamais ser considerado entediante nem provocar desinteresse. No sec. IV d.C, sustentava-se, inclusive, o caráter demoníaco da acídia, chamada de "*daemon meridianus*" ("*O demônio do meio-dia*), visto que, de forma ardilosa, a acídia atacava o monge em pleno dia, fazendo o sol parecer absolutamente imóvel no céu (SVENDSEN, 2006, p.53)."

Em um mundo regido pelas convicções religiosas, o fato de alguns monges acometidos pela acídia apresentarem dúvidas sobre o ingresso na vida monástica adquiria um estatuto pecaminoso e moralmente inaceitável. A acídia era o oposto da alegria que deveria ser experimentada diante de Deus.

A acídia passou a ser assimilada ao conceito moderno de tédio dadas as suas manifestações em forma de cansaço, desvitalização, preguiça e vazio, mas se originou como um conceito moral. Já o conceito de tédio emergiu posteriormente, durante o Renascimento, como uma noção referida a um estado psicológico (idem, p. 53).

Contrapondo os dois conceitos (SALEM, 2017), podemos dizer que a acídia tinha uma relação com o não cumprimento de tarefas religiosas (prestação de contas "para fora"), ao passo que o tédio se relacionava desde a origem, ao imperativo de se encontrar o prazer (prestação de contas "para dentro"), dada a predominância das noções de autonomia e liberdade dos indivíduos que passou a vigorar com o início do *racionalismo* e da Idade Moderna. Essa distinção representa uma passagem do pensamento teológico para o pensamento positivo.

No Renascimento, a acídia foi substituída pela noção de melancolia, ligada ao corpo, ao natural e, não, à moral. Ela deixou, portanto, de ser considerada um pecado e passou a ser uma doença e a base para o tédio.

Com o advento do racionalismo de Descartes e o declínio do poderio da Igreja, o indivíduo passou a ser confrontado com a responsabilidade pela busca da própria felicidade, com a noção de melhor aproveitamento do tempo e também com a ideia de lazer. Assim, o surgimento de novas possibilidades de escolhas quanto ao uso do tempo abriu espaço para o tédio (SVENDSEN, 1970).

No sec. XVIII, portanto, o tédio perdeu a conexão com a religião e passou a ser visto como um mal-estar individual, mas se acreditava que o sujeito afetado por esse "mal" poderia revertê-lo, o que evidencia um resíduo da conceituação moral referente à acídia. O antídoto recomendado contra o tédio era a evitação da concentração individual e a dedicação ao social e ao trabalho, para superar a passividade e evitar o que Kant denomina de horror ao vazio, *horror vacui* (KANT apud SVENDSEN, 1970, p.58).

Schopenhauer (2005) representa a relação do homem com o tédio através da figura do pêndulo e defende que o homem pode escolher entre o sofrimento e o tédio. O filósofo, a despeito da fama de pessimista, tem uma visão particular sobre o *bom ritmo* a ser almejado na vida, a saber: “[...] o jogo da passagem contínua entre o desejo e a satisfação e entre esta e um novo desejo – cujo transcurso, quando é rápido, se chama felicidade, e quando é lento se chama sofrimento [...]” (idem, p. 29). Na sua obra, portanto, encontramos pistas para a compreensão do impasse dos sujeitos entediados que, muito frequentemente, apresentam em análise o pedido de “aprender a sofrer e a amar”. É como se o pêndulo de suas vidas estivesse “estacionado” no tédio, sem encontrar o ritmo de sucessão de idas e vindas, impedindo-os de sofrer e de sentir outros afetos com intensidade.

Muitas demandas atuais de análise sobre o tédio e a apatia, de fato, apontam para sujeitos que não conseguem integrar os ritmos do ir e vir pendular, ou seja, a possibilidade de se entediar, sustentar o vazio, representar a ausência e sentir ou sofrer de forma demasiadamente humana.

Nietzsche, por sua vez, vislumbra um aspecto positivo no tédio e o define como uma desagradável “*calma da alma*”, um momento que precede atos criativos. Segundo ele, deveríamos aprender a *ver*, habituando “*o olhar ao descanso, à paciência, ao deixar-aproximar-se-de-si*”, o que equivaleria a capacitar o olho para uma espécie de atenção profunda (NIETZSCHE apud HAN, 2010, p. 51).

O mesmo conceito de tédio como atravessamento de um estado desagradável para se obter resultados positivos foi abordado em outros momentos históricos. Na história de Santa Tereza D'Ávila, o *ennui* (tédio para os franceses) era considerado um estado de espera e de vazio, de tristeza e desgosto, que deveria ser enfrentado como um sacrifício devotado a Deus como parte necessária do percurso religioso (SALEM, 2004). Depois da vivência de Santa Tereza, o *ennui* perdeu o status de pecado e passou a ser considerado uma prova prévia de engajamento na vida espiritual.

Na época do Romantismo (século XIX), igualmente, há uma certa idealização do vazio do tédio relacionada ao sofrimento amoroso e à perda do objeto amado. O tédio passa a ter uma conotação de "mal burguês" e indica alguma "positividade" na valorização da interioridade e do sensível, como provas de intensidade do afeto.

Na obra de Sigmund Freud, o tédio é pouco mencionado. Ele é tratado como um afeto intolerável para as primeiras históricas analisadas por ele e por Joseph Breuer (1897/2006). A vivacidade e a inquietude delas impediriam que o sistema nervoso excitado suportasse a monotonia e o *tédio* do estado de repouso. Tal constatação teria levado Freud a pensar na formulação de uma psicoterapia particularizada para os casos de histeria, uma vez que a ideia de cura de repouso, segundo observava, dava margem ao tédio e a devaneios prejudiciais (FREUD, 1897/2006).

Entre os pensadores da atualidade, Han (2010) critica a incapacidade do homem contemporâneo de acessar um aprofundamento contemplativo e a falta de tolerância aos estados de vazio. Ele sustenta que devem ser retomadas as lições de Nietzsche sobre a vida contemplativa em oposição à hiperatividade mortal. Han defende, ainda, que a sociedade do século XXI não é mais a sociedade disciplinar (como a de Foucault, com seus hospitais, asilos, presídios, quartéis e fábricas), mas uma sociedade de desempenho. A *sociedade disciplinar*, dominada pelo *não*, segundo teoriza, gera loucos e delinquentes, ao passo que a *sociedade do desempenho* gera depressivos ou fracassados, pois o "excesso da elevação de desempenho leva ao infarto da alma" (idem, p. 71). É o imperativo do desempenho que leva ao adoecimento e "cansaço".

No campo da Psicanálise, o tédio vem sendo abordado, muitas vezes, em associação aos estados de apatia e padecimentos da ordem do vazio, no âmbito de estudo nominado por autores de Clínica do Negativo e das Não-Neuroses (Green, 1988), Análise com Pacientes Difíceis (Ferenczi, 1921) ou Patologias Narcísico-Identitárias (Roussillon, 2012). Além disso, também há uma confusão conceitual com os estados depressivos crônicos, o que impede a definição específica que o sintoma requer.

Como vimos, o tédio ocupou diversos lugares simbólicos – quiçá paradoxais – ao longo do tempo: sob a forma de acídia, já teve um lugar irrelevante na sociedade grega e já foi considerado o maior de todos os pecados na Idade Média; foi tido como uma grande ofensa a Deus e também como enorme prova de entrega e devoção católica; teve o estatuto um tanto pejorativo de "doença burguesa" de uma sociedade industrial emergente e, por outra via, também de uma grande prova de interioridade e amor intenso no Romantismo. Deixou de ter, no curso da História, um caráter moral para se distinguir pelo caráter psicológico.

Nossa proposta é que o tédio seja apreciado como um tema complexo, como um mal-estar individual que há de ser apreendido como o sofrimento de cada sujeito que dele padece em seu aspecto mais singular, visto que estamos em interlocução com o campo da Psicanálise. Como Adam Phillips (1996, p. 110) bem expressou:

Nitidamente, deveríamos falar não de tédio, mas sim de **tédios**, porque a noção em si mesma abrange uma multiplicidade de estados de ânimo e sentimentos que resistem à análise; e isso, podemos dizer, é parte integrante da função do tédio como uma espécie de condensação vazia da vida psíquica (grifos nossos).

Por outra via, sustentaremos um olhar positivo diante do paradoxo e apreciaremos o tédio também como sintoma que pode ser ressignificado como um estado transitório. Nesse sentido, ele pode servir como passagem potencial em direção a uma nova construção subjetiva, visto que também proporciona um tempo de avaliação que pode possibilitar ao indivíduo anestesiado uma experiência de vida mais potente, vitalizada a partir de sua crítica e seus questionamentos, e a sustentação de ritmos intensos e estados de vazio como partes integrantes do seu psiquismo, sem que viva fraturas e interrupções em seus processos de saúde.

## 1.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE APATIA

A palavra apatia tem origem no grego *apátheia*, em que *páthos* indica “aquilo que afeta o corpo e a alma”; portanto, equivaleria a um estado de desafetação. No campo da Filosofia, a noção de apatia sempre esteve ligada ao conceito grego de *ataraxia* dos estoicos, para os quais o caminho da razão conduziria à felicidade. A recomendação era de que os homens deveriam, como diretriz, abandonar as paixões intensas para atingir a independência ou insensibilidade em relação ao prazer e à dor.

A ataraxia, nesse sentido, possuía um caráter altamente positivo em sua origem, conforme Radice (2013, p. 262): *“Ataraxia (=imperturbabilidade): foi descrita e celebrada sobretudo por Sêneca e pelos neoestoicos, em geral sob a forma de paz interior e como efeito da supressão ou, pelo menos, de um completo domínio das paixões.”*

Essa forma de insensibilidade seria o estado de apatia (*apatheia*) - sem "pathos", desprovido de paixões - pois, segundo tal concepção, as paixões seriam um *erro da razão*. O estado de apatia, de insensibilidade, seria, para os estoicos, uma forma de alcançar a *ataraxia*, um estado de quietude, imperturbabilidade e paz interior, estado este que era considerado uma conquista de caráter perene, não efêmero, oposto à entrega às paixões, assim descritas no estoicismo (RADICE, 2013, p. 277):

Paixões: Segundo Crísipo: 1) as paixões se produzem apenas em presença da razão, tanto que as crianças e os animais não as têm; 2) são o resultado da atenuação ou até mesmo da cessação da razão; e 3) são acidentais, acontecem quando acontecem e não têm causa. Como princípio, os estoicos reduzem as paixões ou a erros ou a consequências de erros e por tal razão, a atitude do sábio em relação a elas não é aquela de buscar uma atenuação ou mediação (metriopatia), mas um total cancelamento (**apatia, ou seja, não sentir mais os estímulos**), porque os erros não podem ser atenuados, mas são cancelados e substituídos pela verdade. (Grifos nossos).

No estoicismo, a felicidade estava lastreada na vivência do *ser*, e não do *ter*. Segundo essa corrente filosófica, a satisfação plena e duradoura jamais poderia ser alcançada pela posse de bens materiais ou pela via do prazer mundano ou carnal.

A paz interior e a ataraxia estavam imantadas desde o nascedouro. Como a ataraxia só poderia ser alcançada através da apatia, em um estado do ser "sem paixões", sem "pathos", ela era louvada e considerada uma meta a ser alcançada. Assim, a vivência da apatia era vista com bons olhos, como forma de se atingir a ataraxia e a paz interior.

Com o passar do tempo, começa-se a destacar o caráter negativo da apatia, defendendo Tocqueville (1805-1859/2009), por exemplo, que seria mais importante combater a apatia do que o despotismo ou a anarquia.

O senso comum qualifica a apatia como um estado emocional marcado por falta de motivação, ausência de desejo de viver intensamente e indiferença em relação a coisas, pessoas ou projetos. Ela se expressa na falta de energia e de movimento, na letargia, na desistência, na preguiça e na anestesia face a estímulos externos.

Em geral, a apatia está associada em diversos textos literários e psicanalíticos

aos estados depressivos, nos quais, além de uma tristeza profunda, muitas vezes se nota um maciço desinvestimento nas "coisas do mundo", o que afasta vivências de prazer e ligação a objetos.

Nos textos freudianos, a expressão *apatia* também aparece pouco, a princípio em forma de narrativa sobre estados de ausência de alguns pacientes (1950 [1892-1899]) e (1913). No caso do Homem dos Lobos, Freud (1918[1914]) cita a apatia como um obstáculo a ser transposto, como uma atitude amável que permitia ao paciente escutar e compreender o tratamento analítico, mas que o deixava inacessível e inabordável.

A apatia, na concepção utilizada no presente trabalho, estaria mais próxima, na obra freudiana, dos estados mortíferos, de quebra de ligações das pulsões de vida e aproximação da ideia de inércia psíquica, o que desenvolveremos adiante.

### 1.3. TÉDIO E APATIA COMO SINTOMAS

Na clínica psicanalítica atual, o tédio e a apatia aparecem como exteriorizações de interrupções dos processos de saúde, que se expressam tanto nas queixas e demandas formuladas em análise quanto na postura dos analisandos e nos aspectos não-verbais na relação transferencial. Como explicitamos nos capítulos seguintes, tais manifestações decorrem de processos de clivagem, desinvestimentos por defesa ou processos maciços de empobrecimento do ego.

Cabe analisarmos, antes de mais nada, por isso, se essas exteriorizações representariam um quadro de mera inibição ou se seriam manifestações sintomáticas. Seriam elas apenas expressões colaterais de quadros clínicos de depressão e melancolia? Ou o tédio e a apatia poderiam ser considerados sintomas autônomos, com etiologia própria?

Fazendo um contraste entre sintoma e inibição, pontua Sigmund Freud que a inibição é uma expressão de uma "*restrição normal de uma função*" (2016/1926, p. 14), manifestando-se em situações específicas nas quais o ego pode renunciar a algumas de suas funções para evitar um conflito com o Id, a exemplo das paralisasões de dedos ou pernas que foram erotizados de forma acentuada, ou, ainda, para impedir um conflito do ego com o Super-eu, trazendo como exemplo as inibições de exercício de atividades que trariam vantagens e êxitos, censuráveis pelo severo Super-eu.

O sintoma, por outro lado, indica a existência de um processo patológico decorre

de um processo de repressão e não pode ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego ou que atua sobre ele, mas, sim, representa um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente.

Pensando na formação de sintomas, diz Freud (1926/2016, p. 25) que, em razão da repressão, o impulso instintual encontra um substituto, "mas bastante atrofiado, deslocado, inibido e que não é mais reconhecível como satisfação". Ele acrescenta que quando esse impulso substitutivo é concretizado "não há sensação de prazer; em vez disso, tal concretização assume o caráter de uma coerção."

Nos casos doravante analisados, representativos do que se logrou chamar de Clínica do Vazio, é precisamente disso que se trata: tédio e apatia configurados como sintomas, como interrupção dos processos de saúde, como patologias. A espontaneidade e a impossibilidade de satisfação do pulsional também estariam submetidas a outras modalidades de repressão, *consideradas em sentido lato*, não relativas precisamente ao recalque, mas a hipóteses de clivagem, desinvestimentos maciços por defesa e processos significativos de empobrecimento do ego.

Nos casos clínicos de padecimentos desse gênero, não restam dúvidas de que acaba por se configurar algo da ordem do patológico.

Thomas Ogden (2013, p. 34), usa a noção de "capacidade de vivenciar o estar vivo enquanto ser humano" como um dos parâmetros para contrastar formas de psicopatologia em contraposição aos processos de saúde:

[...] toda forma de psicopatologia, seja extrema ou sutil (e universal), pode ser pensada como representação de uma **autolimitação inconsciente da capacidade de vivenciar o estar vivo enquanto ser humano**.

A limitação da capacidade de estar vivo pode se manifestar de inúmeras formas, até mesmo com a constrição da amplitude e da profundidade dos sentimentos, pensamentos e sensações corporais, restrição da vida onírica e de *rêverie*, um senso de irrealidade nas relações consigo próprio e com outras pessoas, ou com o comprometimento da capacidade de brincar, de imaginar de usar símbolos verbais e não verbais para criar ou representar a própria experiência." (Grifos nossos).

Adotamos, nas linhas que se seguem, o conceito de tédio e de apatia como *formas sintomáticas* experimentadas por alguns analisandos dentro dessa noção de psicopatologia, por gerarem limitações ou interrupções dos processos de saúde desses indivíduos, que acabam por comprometer ou reduzir as suas capacidades: de sentir, de unir os afetos às palavras, de formular um senso de si, de brincar, de se relacionar afetivamente com outros e/ou de manter relações objetais genuínas.

Como é sabido, marcas profundas e, muitas vezes, indelévels transportadas para o psiquismo adulto podem derivar da forma de acolhimento das demandas primitivas do bebê, tanto em relação às suas necessidades básicas, quanto à construção imaginária e simbólica de seu espaço psíquico.

A mãe que acolhe um bebê poderá ser "suficientemente boa" (Winnicott, 1960/1990a), técnica, fria ou excessiva; seu olhar poderá ser constitutivo, mas também ausente ou invasivo; seu abraço poderá ser desinvestido, desesperado ou acolhedor sob a forma de um *holding*; suas palavras poderão ser restauradoras, esvaziadas de vitalidade ou afoitas e apressadas. Há diversas formas de maternagem, incluindo a de mães que não conseguem conceber no filho um sujeito, quer por questões patológicas, quer por dificuldades em sua própria origem ou em suas relações objetais.

Um ambiente familiar que traumatiza nos faz supor um bebê em *estado de defesa*; uma mãe ausente e fria nos faz vislumbrar uma *circulação do mortífero* na vida desse bebê; já uma mãe invasiva nos traz à mente um bebê em constante *reação à intrusão*, que recua, sem possibilidades de encontrar apelos e encantos no mundo. O tédio e a apatia se manifestam como sintomas relacionados a essas questões ambientais, como estados de passivação face àquilo com que o psiquismo incipiente da criança não consegue lidar.

São sintomas que traduzem a passivação e a neutralização das relações objetais em decorrência de uma falha de base na constituição egoica dos indivíduos, como se os reclames precoces que formularam não tivessem sido escutados, fazendo com que eles passassem a sentir, em todos os vínculos, ecos do *trauma*, do *vazio* ou do *excesso* que lhes foi oferecido.

A rigor, entendemos que a expressão *anorexia de viver*, de autoria de André Green (1988), pode ser usada como diretriz para a apreciação de todas as modalidades de tédio e apatia doravante descritas, sobretudo se enfocarmos em duas vias na exegese de tal expressão: em primeiro plano, o *escoamento da vontade de viver* e, em segundo, o *desinvestimento no aspecto prazeroso da vida*.

Logicamente, a presença da *anorexia de viver* é mais evidente nos analisandos marcados pelo *tédio-branco* e pela *apatia-desligamento*. Nesses casos clínicos, são intensos, profundos e manifestos "a olho nu", tanto o escoamento da vontade de viver, quanto a impossibilidade de experimentar o lado prazeroso da vida. Por sua vez, no *tédio-defesa* e na *apatia-adaptativa*, apesar de tais manifestações não serem tão intensas, está claro que as defesas montadas para o enfrentamento de um impacto

traumático precoce funcionarão igualmente como barreira protetiva e comprometerão o desejo de viver a vida intensamente e sentir prazer, dados os efeitos da neutralização e os rastros da clivagem. No *tédio-protesto* e na *apatia-adaptativa*, também sob outra roupagem - do alheamento e do entorpecimento - estará circulando a mesma concepção de "anorexia de viver" sob a dupla via referida.

Assim, a "anorexia de viver" como expressão de maior ou menor intensidade do sintoma tem aplicação a todas as modalidades de tédio e apatia elencadas, havendo, porém, diferenças muito relevantes a serem apontadas em cada forma sintomática para cotejar a ação do analista que será mais promissora.

#### 1.4. DIFERENÇAS RELEVANTES ENTRE MELANCOLIA, TÉDIO E APATIA

É importante nos determos ainda em outra questão prévia: o tédio e a apatia seriam sintomas acessórios dos quadros melancólicos ou possuem contornos próprios?

A partir da observação clínica, sustentamos que, em diversos casos marcados pelo tédio e pela apatia, faltam alguns requisitos para a configuração da melancolia nos termos definidos por Freud em 1915. Não aparecem de forma relevante, por exemplo, a autorrecriação, a autodepreciação, a autocrítica e a autopunição, mas sim a neutralização das relações objetais, o congelamento e o entorpecimento.

Há diferenças significativas, portanto, no que se refere à questão do *rebaixamento do sentimento de autoestima*, ponto central na definição de melancolia. Para o sujeito entediado, não há autocrítica revertida contra o ego, mas, sim, contra o mundo e as pessoas à sua volta, tidos como desinteressantes e enfadonhos. A crítica é projetada para o exterior. O desinteresse do sujeito apático pelas coisas do mundo, por sua vez, não afeta diretamente a autoestima dele. O sintoma fica mais próximo da vontade de se desligar sem a autorrecriação dos melancólicos.

Diferente da melancolia também é o aspecto relacionado à dor e à angústia. Freud (1915) se refere aos melancólicos como aqueles que carregam um desânimo *profundamente doloroso*, sendo digno de nota que, na maior parte dos casos de analisandos entediados e apáticos, a despeito do desânimo constante, não há relato de dor e de angústia, mas, sim, uma demanda de sair da anestesia e aprender a sentir, a amar e a *sofrer*.

Nos casos de tédio e apatia, aplica-se, em substituição à ideia de angústia, a noção de *agonia psíquica*, termo de inspiração *winnicottiana* que Figueiredo e Coelho Jr. (2018, p. 15) correlacionam a “uma vivência do que antecede e antecipa a experiência da morte no moribundo prestes a render-se à não existência”. Nesses casos, haveria um processo de passivação" do indivíduo, que, "paradoxalmente, entrega o psiquismo traumatizado ao desamparo mais extremo, à condição extrema de ser e estar *indefensável*" (idem, p.16). Não há vivência angustiada, mas uma agonia anestesiada.

O tédio e a apatia seriam, segundo pensamos, exteriorizações de *adocimentos psíquicos por passivação* com base no que definem esses autores, seriam interrupções de processos de saúde que acontecem de forma mais incisiva e radical, como "experiências de ruptura que produzem a ultrapassagem e uma verdadeira aniquilação das capacidades de defesa e resistência" do indivíduo. Tais adocimentos relacionam-se a casos clínicos nos quais algumas áreas do psiquismo, como forma de defesa, "morrem, ou melhor, deixam-se morrer" (FIGUEIREDO e COELHO JR., 2018, p.15).

Por outro lado, as noções freudianas de *buraco na esfera psíquica* e de *retorno da libido ao próprio ego* (FREUD, 1915/2006), próprias da melancolia, aplicam-se também aos casos de tédio e apatia, ficando evidente que o trabalho de luto – que funcionaria como ritual para a simbolização da dor primitiva – não pôde ser efetivado.

De fato, desde o nascimento a criança enfrenta, com o corte do cordão umbilical, a perda de um ambiente totalmente protegido. Seguem-se a essa perda diversas outras, como o desmame, a separação da díade mãe-bebê e a inserção no universo cultural da família. Esses pequenos trabalhos de luto, se elaborados, darão sentido às perdas, mas, caso não superados, podem ensejar uma experimentação de vazio e de falta de sentido.

Cabe apreciarmos os conceitos freudianos de *luto* e *melancolia* para melhor compreendermos a dor inicial da perda e da separação, assim como a angústia do bebê ao experimentar o desamparo e a solidão (o vazio e a escassez) ou lidar com as invasões dos objetos primordiais (os excessos).

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1915/2006) fala do luto como um afeto "normal" de reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que ocupe seu lugar; como um sofrimento que pode ter como saída o investimento em outros objetos. Qualifica-o dentro do conceito de *saúde psíquica*. Segundo Freud, “normalmente prevalece o respeito pela realidade” (1915/2006, p.250). No luto, o ego vai constatando a ausência do objeto e a própria realidade impõe que o desligamento se faça aos poucos, havendo um processo doloroso, mas que vem a deixar o ego do enlutado livre e desimpedido.

Em contraposição, a melancolia é tratada como uma *disposição patológica*, sendo o melancólico alguém que perde não somente o objeto, mas também o lugar que ele próprio ocupava para o objeto. Nesse caso, quando a libido finalmente vai se desligando do objeto, ela reverte para o ego do melancólico, porque o investimento inicial teve uma base narcísica, que gerou uma identificação entre o ego precoce do melancólico e o objeto perdido. O ego vence a batalha, mas o triunfo carrega um paradoxo: como o objeto e o ego se encontravam mesclados em razão dessa escolha narcísica e da identificação prévia entre ambos, uma parte do ego (que submeteria o objeto) triunfa sobre outra parte do próprio ego (assemelhada ao objeto por identificação). A gangorra entre mania e depressão aponta para dois *pedaços* do ego: um que triunfa (esboço do futuro superego) e outro que encolhe (deprime ou fica apático), como se fosse o objeto subjugado. Daí decorre a conhecida expressão "a sombra do objeto cai sobre o ego", já que a perda do objeto de amor, que seria uma chance de sustentar a ambivalência dos vínculos caso o trabalho de luto se efetivasse, forma uma "*ferida aberta, atraindo para si, de toda parte, energias de investimento*" (FREUD, 1915, p. 258); "*uma ferida a sangrar-lhe a alma*" (PERES, 2001, p.101).

O melancólico precisa alardear suas qualidades negativas em auto-acusações incessantes que se dirigem não a ele mesmo, mas ao objeto que perdeu. Segundo a tradução de Marilene Carone (2011, p.57), *Klage*, em alemão, significa *queixa* no sentido genérico, ao passo que *Anklage* (expressão eleita por Freud) significa *prestar queixa* no sentido jurídico-policia, de acusação pública. Assim, a conduta do melancólico há de ser compreendida sob a premissa de que "*queixar-se é dar queixa*". Dar queixa do Outro. Tudo de depreciativo que ele diz de si se refere, na verdade, ao objeto.

A melancolia traz à cena "desânimo profundamente penoso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade e um rebaixamento dos sentimentos de autoestima, a ponto de encontrar expressões em autorrecriminação e autoenvilecimento" (FREUD, 1915, p. 250). A tradutora chama atenção para o prefixo alemão *selbst*, traduzido para o português como *auto*, como um movimento de retorno ao próprio ego e um segundo destino pulsional. A relação de objeto finda não resultou em um trabalho normal de luto, no qual a libido poderia se deslocar de um objeto a outro: a libido se retirou para o ego, havendo uma regressão para um "*narcisismo originário*" (CARONE, 2011, p.246).

Dada a identificação do melancólico com o objeto, Thomas Ogden (2014), destaca que há uma *alteração do self* em resposta à perda do objeto: o melancólico

substitui a relação externa com o objeto por uma relação objetual interna inconsciente. E isso se dá em razão da negação quanto à vivência dolorosa da perda: o sujeito precisa negar a separabilidade entre si e o objeto. "O objeto sou eu e eu sou o objeto"(p.43).

Se o sujeito aceitasse a dor da perda irrevogável do objeto necessária para o luto, ocorreria o que Ogden (2014) chama de *curto-circuito*, por isso ele recorre a um desligamento da realidade externa e troca tal dor por uma vivência de desvitalização. Para ele, a ambivalência é a contribuição freudiana mais importante para a compreensão da melancolia e o desenvolvimento das teorias de objeto, estando nela incluída não apenas as interações entre amor e ódio, mas também uma luta entre o "desejo de viver com os vivos e o desejo de estar em sintonia com o morto" (p. 55).

Nos casos clínicos marcados pelo tédio e pela apatia ocorre também a suspensão do interesse pelo mundo externo e, muitas vezes, também o conflito mencionado por Ogden entre o desejo de *viver com os vivos* e estar em sintonia com o mortífero, mas *não* há a exteriorização de um processo de angústia dolorosa e um rebaixamento do sentimento de autoestima, sob a forma de autorrecriminação e autoenvilecimento.

Como será demonstrado, nos casos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa* não há ataque direto ao ego do entediado ou apático como na melancolia, pois a questão gravita em torno de um impacto traumático precoce e há uma adaptação e submissão do indivíduo às exigências do ambiente, além da neutralização das suas relações objetais. Ele se fecha narcisicamente por defesa, mas não há autoenvilecimento.

Outrossim, também em diversos casos de *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* que decorrem da circulação do mortífero em razão de uma maternagem não suficientemente boa constata-se a ausência do rebaixamento de autoestima, mas a presença da identificação com o mortífero, com o inerte.

Da mesma forma, em relação às modalidades de *tédio-protesto* e *apatia-escudo* não há impacto direto na autoestima de forma similar ao que ocorre na constelação de afetos melancólica, pois tais indivíduos *recuam* diante da vida adulta, mas o fazem sob a crença de que seus talentos são grandiosos e serão um dia validados e reconhecidos, ou seja, não acreditam serem desprovidos de valor como declaram os melancólicos.

Nas situações de tédio e apatia que passaremos a analisar detidamente, em suas diversas modalidades, há também um trabalho de luto malsucedido em sua elaboração. Entendemos, porém, que os mecanismos decorrentes da sintomatologia não são consequência direta da perda fenomenológica de um objeto amoroso e seu consequente "alojamento" no psiquismo do sujeito.

O que ocorre, nesses casos, é a troca da vivência da dor da separação da díade mãe-bebê por um estado de vazio e de desvitalização, e o indivíduo fica impossibilitado de ter um impulso ativo para a individuação, de agir com base em um gesto espontâneo para se lançar ao mundo com curiosidade e desejo.

Há, portanto, diversas formas de manifestação do tédio e da apatia que assumem contornos próprios e que os fazem figurar, segundo entendemos, como entes nosológicos autônomos, distintos dos quadros de melancolia.

Em resumo, nem todos os quadros de tédio e apatia implicarão, diretamente, em melancolias de base, mas muitos melancólicos, em suas patologias, manifestam o tédio e a apatia como formas de desinvestimento do mundo externo.

Por outro lado, observa-se também na análise de pacientes entediados e apáticos que um trabalho essencial de luto não pôde se realizar, vedando o acesso a uma condição desejante. Para Pontalis (2005), haveria a ausência de um trabalho de luto do objeto primordial do indivíduo.

Pontalis contesta a fórmula usada reiteradamente para qualificar a contratransferência, no sentido de que ela ocorre "quando nos sentimos vivamente tocados". Para ele, ao contrário, há casos de dominação da contratransferência quando "*nos sentimos mortalmente tocados*" (idem, p. 235, grifos nossos).

Nos casos em que nos sentimos *vivamente tocados*, o vivo aparece como excesso de presença, quer sob a forma de prazer ou de dor. O analista, então, para fazer a análise seguir, terá que abrir um espaço psíquico para suportar essas "infiltrações imprevistas" que atravessam o *setting*, tudo isso para poder continuar com o que ele chama de *jogar a partida analítica* (idem, p.236).

Já os casos que nos fazem experimentar a sensação de sermos *mortalmente tocados* são por ele considerados ainda mais desafiadores devido ao peso da contratransferência. Assim Pontalis (2005, p. 237) relata sua sensação de estar *mortalmente tocado*:

Quando não consigo mais jogar minha partida, quando não tenho mais peões para avançar. Todas as palavras que me ocorrem em relação a isso: "congelado, petrificado" remetem, num primeiro momento, a sensações corporais que indicam uma impotência motora: paralisia vivida como algo imposto, que às vezes atinge a pulsação natural do corpo: respiração contida, músculos abdominais contraídos e termina tomando conta de toda a superfície.

Os momentos nos quais experimentamos a nossa própria impotência ou a sensação de congelamento da vitalidade da relação transferencial são bastante ricos na medida em que podem ser usados como um tipo de fotografia da própria patologia do vazio do analisando que subjaz àquela troca, muitas vezes estéril, asséptica e sem possibilidade de inclusão do humor e do jogo.

Partindo da sensação de impotência motora, Pontalis pensa que o fato de sentir-se *mortalmente tocado* no lugar de analista significa que o caso clínico aponta para o que ele chama de "morte da realidade psíquica" do analisando, que reproduz em análise a falha de origem que experimentara em um período primitivo de seu desenvolvimento.

Assim, além da *anorexia de viver*, outra marca comum aos atendimentos dos pacientes do tédio e da apatia é o *desejo*, que surge na cena analítica, de "*fazer o outro nascer para si mesmo*" (PONTALIS, 2005, p. 246). Mas, para tanto, há de ser reconhecido, preliminarmente, o que está ausente, dado que esse sujeito não conseguiu constituir para si o espaço próprio que lhe permitiria viver.

A própria relação analítica apontará para a escuta desse silêncio, desse indizível, desse aspecto que não teve lugar na vida psíquica do analisando, devendo ser considerado o vazio como uma forma de comunicação do que o analisando experimentou passivamente em seu estágio precoce de desenvolvimento.

## 1.5. DA DIFERENÇA ENTRE APATIA E TÉDIO

Como realçado à guisa de introdução, é importante que se adote como hipótese de trabalho um elemento diferenciador dos dois sintomas em apreço, haja vista que o tédio e a apatia acabam por ser repetidamente abordados em conjunto, muitas vezes fusionados, em exposições teóricas sobre a *Clínica do Vazio*. Isso traz à tona alguns equívocos, seja na adoção de hipóteses diagnósticas nas quais os sintomas são elencados como uma constelação de afetos depressivos ou melancólicos, seja por virem sem a especificidade que poderia provocar ou permitir um tipo de manejo clínico mais adequado a cada caso ou, ainda, para evitar o uso de medicamentos em situações que podem ter soluções mais profícuas sem o *embotamento químico*.

Em uma pesquisa empírica recente sobre o tédio e a apatia, ressalta-se o quanto é difícil distingui-los devido à presença de um componente emocional similar: a motivação supressa (GOLDBERG; EASTWOOD e LAGUARDIA, 2011). Nesse estudo,

há franca divergência entre pesquisadores do tema sobre se o tédio seria "*externally driven*" (movido por um empobrecimento de estímulo externo com impacto afetivo, quer pela repetição, quer pela falta de recursos cognitivos para compreensão ou geração de interesse interno) ou "*internally driven*" (movido por uma sensação interna de falta de sentido da vida).

Dada a zona cinzenta que vigora nesse campo de estudo, escolhemos um critério de distinção que se bifurca em duas vias: a primeira, de ordem simbólica, leva em consideração o discurso dos analisandos sobre a apatia e o tédio, e a segunda, de ordem sensorial, empírico-perceptiva, baseia-se na observação dos elementos não-verbais, sensoriais e corpóreos colhidos na experiência da clínica psicanalítica.

Na primeira via, cabe destacar que no "discurso" sobre a apatia há uma intensidade mais baixa do que se escuta no tédio quanto ao conteúdo crítico. O apático praticamente não combate o *modus operandi* do meio social no qual está inserido; a apatia opera como vontade de desligamento, silêncio eloquente, como se houvesse falta de ruído, de vida ativa. Apresenta-se com a natureza da anestesia, da letargia, da neutralização, do desinvestimento. Na narrativa sobre o tédio, por outro lado, há um subtexto que denuncia um Outro desinteressante, enfadonho, que causa certa resistência, algum enjoo. O conteúdo é mais ruidoso, ainda que o sintoma faça com que a escolha do indivíduo seja o isolamento.

Na vivência mais intensa do tédio, é como se o subtexto do discurso fosse: "*nada no mundo externo é bom o suficiente para me motivar*". Na experimentação da apatia, o discurso seria: "*não encontro nada no meu mundo interno que me faça achar a vida interessante, por isso apenas sigo em frente, apaticamente*".

Em análise, os analisandos oferecem, com o tédio, uma crítica ao discurso vigente, ao qual se negam a aderir. Suas expressões físicas também traduzem um tipo de "náusea psíquica" e preguiça em relação ao tédio. Sobre a náusea do tédio, cabe citar Fernando Pessoa e o seu desassossego (2011, p.143):

*"A ideia de viajar nauseia-me  
Já vi tudo o que tinha visto.  
Já vi tudo que ainda não vi".*

Segundo ora se defende, pois, o tédio se manifesta mais concretamente na fala e no corpo, em contraponto à aparente mudez da apatia

## CAPÍTULO 2: DO TÉDIO-DEFESA E DA APATIA-ADAPTATIVA

De acordo com o modelo exposto na Introdução, adotaremos a seguir a estratégia de abordar cada uma das manifestações clínicas do tédio e da apatia, tomando por base os relatos de pacientes em análise, a forma com que os elementos transferenciais e contratransferenciais vão se delineando e as formas não verbais que aparecem como elementos específicos na chamada *Clínica do Vazio*. Em seguida, trataremos dos *fundamentos teóricos* referentes a cada díade (*tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*; *tédio-protesto* associado a *apatia-escudo*; *tédio-branco* conjugado à *apatia-existencial*), e, por fim, mas não menos importante, o posicionamento mais profícuo do analista no que tange à escuta analítica de tais sintomas.

A princípio, falaremos de vivências clínicas de *tédio-defesa* e, em seguida, da *apatia-adaptativa*, apreciando as queixas mais frequentes sobre essa sintomatologia e suas formas de exteriorização no processo de análise. Invocaremos, em seguida, os ensinamentos de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Donald Winnicott, André Green e René Roussillon para compreender a origem de tais quadros psíquicos, marcados por sofrimentos às vezes não representados simbolicamente, mas expressados na vida dos analisandos sob a forma de neutralização, anestesia e sensação de esvaziamento.

Eles serão abordados em conjunto, uma vez que os sintomas aparecem frequentemente amalgamados na clínica, sendo raro o caso em que o tédio na vivência de relações espontâneas vem dissociado da apatia no sentir interesse pelas relações objetais e coisas do mundo.

Nas situações fundadas no traumático, *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa* se dissolvem, misturam-se em uma proporção quase homogênea.

## 2.1. O TÉDIO-DEFESA

"[...] as dores mais terríveis são as dores emudecidas"

Charles Baudelaire (2016, p.108)

O *tédio-defesa*, nos termos ora postulados, tem relação direta com o conceito de *trauma precoce*. As teorias que embasam nosso entendimento sobre o traumático, a serem apreciadas detalhadamente, são as ideias de Sigmund Freud sobre os processos de representação e de transbordamento pulsional (1920); a tese de Sándor Ferenczi (1934) sobre a cisão psíquica e os efeitos anestésicos decorrentes do trauma; o conceito de *false self* de Donald Winnicott (1960/1990a) e a noção de narcisismo do UM de André Green (1988).

Nesses casos clínicos, uma parte do psiquismo se adapta para que outra parte sobreviva, mas a adaptação faz com que os analisandos carreguem uma sensação de inautenticidade ao longo da vida.

A escolha da nomenclatura *tédio-defesa* se deu em virtude de uma fala significativa de um desses indivíduos, que iniciou a análise afirmando:

-Há muito tempo venho andando pela vida 'na defesa', como se eu estivesse 'camuflado', mas temo que as pessoas descubram meu disfarce. Me preparo muito bem para as situações que vou enfrentar, mas o medo de ser descoberto sempre me acompanha. Vivo sempre com uma couraça e sinto um profundo tédio o tempo todo.

Essa fala, tristemente defensiva, remete-nos ao mimetismo no reino animal.

Para enfrentar o mundo, esses analisandos escolhem um tipo de "camuflagem", quase sempre representada por um traje profissional ou social, uma fala preparada, um roteiro prévio que supõem ser o esperado pelo ambiente. Como no reino animal, a camuflagem funciona como proteção contra um ambiente apreendido antecipadamente como hostil. Há uma falta de confiança *prévia* no mundo em que circulam. São indivíduos que vivem em posição de defesa, em estado de alerta. A alteridade lhes incomoda e eles agem de forma imunológica, afastando o Outro e se protegendo de um suposto "contágio". A narrativa sobre suas casas ocupa muitas vezes parte significativa do início da análise. Elas são descritas como "lugares irretocáveis e intocáveis", "cofres-

fortes", "santuários", nos quais um Outro que tenta entrar é tratado como intruso, como um invasor que pode abalar a ordem ou representar ameaça à proteção construída.

Os analisandos marcados pelo *tédio-defesa* podem trabalhar de forma eficiente, namorar, casar e ter filhos, ou podem ser solteiros que não querem se comprometer mais seriamente, mas iniciam a análise com a queixa de falta de motivação nos seus vínculos. Portam sempre um enigma a respeito dos outros, que eles acreditam que conseguem viver prazerosamente, e vivem em busca da motivação ou do afeto que dê algum sentido à existência. São, muitas vezes, elogiados no trabalho pela sua dedicação e prontidão, mas dizem que sentem seus vínculos como frios ou formais. Estranham, por vezes, o fato de não conseguirem nem sequer sofrer como os outros. Há uma sensação de autocontrole, mas ela aparece associada a um mal-estar, que indica, no nosso entender, o núcleo semimorto que tiveram que abrigar no psiquismo.

A defesa contra esse sintoma é, em alguns casos, o cultivo de uma relação amorosa idealizada ou platônica que não chega a se efetivar e que acentua a sensação de si como uma farsa ou fracasso – ou como alguém não tão desejável como os demais. São analisandos que buscam, de algum modo, a confirmação de que o mundo circundante não é digno de confiança, fazendo escolhas de parceiros que reforçam tal crença. Outra manifestação frequente é a vivência de inúmeras relações simultâneas ou sucessivas, nas quais há de ser assegurada a possibilidade de descarte rápido e indolor, ou de relações amorosas "anestesiadas", sem grandes arroubos. Evitam a relação intensa e o envolvimento mais profundo, que representam ameaça. Quando namoram e/ou se casam, falam de uma relação em intensidade baixa ou "em banho-maria".

Eles trazem na queixa inicial, outrossim, a sensação de viverem entediados com os laços afetivos. São constantes os ataques verbais e as críticas agudas aos objetos amorosos escolhidos, aos seus parceiros do momento, que não teriam o condão de fazer com que eles se sentissem plenamente satisfeitos. É como se, ao se desimplicarem das relações, atribuindo ao Outro a responsabilidade sobre sua condução, experimentassem alguma proteção.

Também é marcante em analisandos cujo sintoma é o *tédio-defesa* o consumo de substâncias lícitas (álcool, vitaminas, remédios) e ilícitas (drogas para animar, para sentir, para se dopar) e, ainda, um distanciamento do próprio funcionamento natural do corpo, com uso intenso de medicação para dormir e para acordar, para o "corpo funcionar melhor", para se adaptarem ao esperado.

## 2.2. A APATIA-ADAPTATIVA

### *VI - A cada um a sua Quimera*

*Sob um pesado céu cinzento, numa planície ampla e empoeirada, sem caminhos, sem gramado, sem sequer um cardo, sem uma única urtiga, encontrei vários homens que marchavam encurvados.*

*Cada qual trazia nas costas uma enorme Quimera, pesada como um saco de farinha ou de carvão, ou como equipamento de um soldado romano.*

...

*Dirigi-me a um desses homens e perguntei aonde iam dessa forma. Ele me respondeu que nada sabia, nem ele, nem os outros; mas que iam evidentemente a algum lugar, pois eram levados por uma invencível necessidade de marchar.*

...

*Todos esses semblantes carregados e sérios não testemunhavam nenhum desespero; sob a cúpula do céu melancólico, com os pés chafurdados na poeira de um chão não menos desolado que o céu, eles avançavam com o olhar resignado daqueles cuja condenação é esperar sempre [...]."*

Charles Baudelaire (2016, pp.25/6)

A *apatia-adaptativa*, como dito, tem uma relação direta com o *tédio-defesa* e, em inúmeros casos clínicos, aparece como um sintoma superposto àquele.

A diferença mais significativa entre ela e o *tédio-defesa* está no conteúdo mais crítico, no caso do *tédio*, em relação ao que vem de fora. O indivíduo entediado demonstra uma espécie de enfado diante dos estímulos externos, uma barreira protetiva mais ativa e veemente em comparação às manifestações da *apatia-adaptativa*. Estas, por sua vez, são mais voltadas ao mundo interno e se expressam como um certo apagamento, desinteresse e negatização da vitalidade, devido a uma impossibilidade do apático de acessar o prazer em viver.

Marcado pelo sintoma da *apatia-adaptativa*, o analisando Antônio<sup>1</sup>, cujo caso é aqui apresentado como vinheta clínica, inicia suas sessões se apresentando como alguém *que não acha necessário ter relações pessoais*. Fala de forma desafetada. Não fez amigos ao longo da vida, apenas colegas. Não tem comidas preferidas, hobbies nem filmes inesquecíveis, também não anseia pelos finais de semana nem tira férias. Não fala com o pai há mais de quinze anos e afirma que isso não o incomoda. Pouco fala com a mãe e entende que os vínculos parentais devem ser considerados meros deveres, já que a família em que se nasce não foi escolhida. Apresenta-se

<sup>1</sup> O nome é fictício, e as circunstâncias que poderiam levar à identificação do paciente foram modificadas

hiperadaptado ao mundo dos negócios e diz que não precisa ter amigos nem vínculos, mas se encontra confrontado com um enigma: como irá suportar viver nessas condições, sem ter gostos ou desejos e sem achar nada prazeroso?

Os analisandos que apresentam a *apatia-adaptativa* afirmam rotineiramente que não têm uma "vontade verdadeira" de manter vínculos, estudar nem trabalhar, "apenas cumprem o esperado". Dizem que as pessoas, em geral, lhes cansam e que há certa previsibilidade sobre tudo o que pode acontecer em uma relação afetiva. Por isso, não investem em vínculos e desejam se manter protegidos em um estado mais solitário. Há um dilema constante entre o que eles pensam que é esperado deles pelas pessoas com quem convivem e o que eles desejam no íntimo: ficar em um estado de quietude para se livrar do trabalho exigido para se relacionar com o diferente.

Pensando em *trauma*, cabe trazer à apreciação o caso clínico de João<sup>2</sup>, que iniciou o processo de análise contando que, quando ele tinha "uns 2 ou 4 anos", seu pai se mudara para uma localidade distante para trabalhar na organização humanitária Médicos Sem Fronteiras. João se lembrava que lhe disseram que o pai iria "para bem longe" e que se sentiu como "um menino abandonado pelo pai". Contou também que "desistiu" do pai na adolescência, após algumas tentativas de reaproximação. Filho único, ele dizia que se sentia entediado e "velho" apesar da pouca idade e contou que procurava análise porque a mãe lhe dissera que estava travado, frio e insensível. João afirmou que concordava em parte com a avaliação dela, acrescentando que talvez não conseguisse mais amar ninguém com intensidade. Durante o período em que esteve em análise, alternava momentos nos quais conseguia trabalhar e manter relações afetivas com períodos de tédio e apatia profundos, nos quais nada o motivava e todas as atividades rotineiras perdiam o sentido.

Inicialmente, a fala de João era muito comedida, travada, calculada; aparentava falta de espontaneidade, entorpecimento, mal-estar e enfado. Havia uma marca acentuada de defesas, inibição, desafetação e quase nenhuma capacidade de usar o humor ou de sorrir, além da impressionante dificuldade de expressar afetos: tristeza, raiva, culpa, pesar. Ele não se autorizava a chorar e prendia o choro mesmo quando falava de assuntos extremamente dolorosos. Pedia desculpas o tempo inteiro e oscilava entre o desejo de se calar e o de expressar questões relativas ao abandono que sentiu.

---

<sup>2</sup> O nome é fictício, e as circunstâncias que poderiam levar à identificação do paciente foram modificadas para proteger o sigilo.

Desde o início, João dava indícios de que algo de sua história encontrava-se não integrado, cindido, fora da cena, ecoando na cena analítica um processo de luto que não pôde ser elaborado. Parecia que o paciente vivia imerso em um espaço alheio à simbolização, em estado bastante precário e em vivência de alerta e precaução contra ameaças indizíveis, tendo sonhos de despencamento, medos e pavores sem nome. Em relação aos objetos amorosos, sentia-se muitas vezes como um refém, preso aos desejos do outro, sem muita possibilidade de escolhas em nome próprio.

Esse caso clínico servirá para iluminar as considerações teóricas sobre o tema, assim como as vinhetas clínicas de outro analisando marcado pelos mesmos sintomas.

Usaremos os subsídios teóricos a seguir expendidos para trabalhar a questão do *trauma*, significante escolhido como fundamental para o estudo dos dois sintomas – *tédio-defesa e apatia-adaptativa*.

Convidamos o leitor a pensar, como metáfora, em uma figura que represente uma árvore a fim de trilharmos um caminho didático quanto à noção de trauma: Sigmund Freud figuraria como a *raiz* dessa grande Árvore Teórica, uma vez que, em seu texto *Sobre a Conceção das Afasias* (1891), o mestre começa a desenvolver noções prévias de representação psíquica, seguindo os estudos iniciais sobre a memória na Carta 52 dirigida a Fliess (1894/1950), na qual refere-se a partes não decodificadas pelo psiquismo, à margem da representação. Essa teorização, posteriormente, vem a desembocar em seu construto de *trauma* como resultante de um transbordamento pulsional, tal qual narrado no texto *Além do Princípio do Prazer* (1920).

Seguindo com a metáfora da árvore, falaremos da semente plantada por Freud nesses textos como grande fonte de inspiração para seu discípulo Sándor Ferenczi no desenvolvimento de escritos profundamente relevantes. Assim, o *caule* dessa construção teórica será a tese ferencziana sobre o *trauma*, sendo edificantes e estruturantes as noções de má acolhida pela família e de impacto do ambiente no psiquismo de um recém-nascido, assim como a ideia de trauma como comoção psíquica inesperada geradora de sentimentos de desprazer intenso e inassimilável. Além disso, também dignos de relevo são os *efeitos* do trauma psíquico: a anestesia e um envelhecimento súbito e precoce, que o indivíduo traumatizado carregará pela vida como um sentimento de inautenticidade.

Do *caule*, serão ramificados dois *galhos* teóricos de igual relevância, atinentes às *consequências defensivas* engendradas diante do impacto traumático: Donald Winnicott, com sua teorização das personalidades *falso self*, e André Green, com o

aprofundamento do campo do *narcisismo do Um*. As duas teorizações partem do mesmo “caule” visto que emanam das mesmas premissas ferenczianas sobre o trauma. São *galhos* de um tronco comum, uma vez que dão relevância à questão ambiental em tempos iniciais e à relação do indivíduo com seus objetos significativos.

As *folhas* seriam todos os pensamentos teóricos formulados na contemporaneidade a partir das estruturações da árvore. Devido à impossibilidade de elencarmos múltiplos autores, optamos pela eleição de um deles, René Roussillon, com vistas ao alcance do que seriam os frutos da árvore – no caso desta dissertação, produzir agrupamentos de conceitos teóricos para favorecer o trabalho psicanalítico de quem lida na clínica com casos semelhantes nos sintomas, buscando delinear uma ética do cuidado desses analisandos.

Pensando nos *frutos* da árvore, o *Pensamento Clínico* abarcará as questões da *empatia*, do *tato* e de uma *ética do cuidado*, imprescindíveis para evitar retraumatizações dos analisandos e para viabilizar uma reprodução do material traumático em ambiente favorável à sua simbolização, invocando, para tanto, os mesmos autores eleitos para falar dos fundamentos teóricos relacionados ao *tédio-defesa* e à *apatia-adaptativa*. Apreciaremos também, no tópico citado, o conceito de *transferência paradoxal* de René Roussillon (2004), que justifica a escolha do autor entre os teóricos contemporâneos, dada a ênfase que ele dá à necessidade de o analista “sentir com” o analisando, necessária para a escuta dos casos de padecimentos por passivação marcados pelo *tédio-defesa* e pela *apatia-adaptativa*.

## 2.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: TÉDIO-DEFESA E APATIA-ADAPTATIVA

### 2.3.1. A NOÇÃO DE REPRESENTAÇÃO EM SIGMUND FREUD

*"Tudo quanto tenho feito, pensado, sido, é uma soma de subordinações, ou um ente falso que julguei meu, porque agi dele para fora, ou de um peso de circunstâncias que supus ser o ar que respirava. Sou, neste momento de ver, um solitário súbito, que se reconhece desterrado onde se encontrou sempre cidadão. No mais íntimo do que pensei não fui eu"*

*Fernando Pessoa (2011, p.70)*

Para tratarmos do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* é necessário fazer um percurso prévio sobre a noção de *representação* em Freud, dado que tais sintomas, segundo ora se sustenta, encontram-se diretamente relacionados à noção de trauma como *áreas que não encontram representação no psiquismo*.

Ao apreciarmos o construto de *memória* nos textos freudianos, constatamos que, mesmo nos primeiros escritos, anteriores a 1900, há indicações da existência de campos do psiquismo fora do âmbito da representação. Os alicerces iniciais da noção de representação na obra de Freud foram fincados em 1891, momento no qual o mestre observava as reorganizações feitas pelo indivíduo frente aos estímulos recebidos do mundo exterior, em uma releitura sobre as teses vigentes sobre os distúrbios afásicos. Ele destaca no texto *Sobre a Concepção das Afásias* que haveria um complexo trabalho de transformação dos traços mnêmicos apreendidos a partir dos estímulos assimilados pelo corpo físico na passagem entre a experiência em si e a apreensão psíquica do experimentado e compara o processo a um "*poema que contém as letras do alfabeto*", mas que se afigura manifestamente diferente do elemento original, dado o reagrupamento ocorrido (FREUD, 1891/1950, p. 76).

As representações seriam, assim, construções complexas muito diferentes de um "raio x" do estímulo, dado que a forma de assimilar cada estímulo, para Freud, estaria sujeita à produção mental de cada sujeito face a um objeto, em processo associativo. Depois de submetidos a uma *reorganização*, os estímulos provenientes do mundo externo pela periferia do sistema nervoso central não seriam um registro fiel do objeto externo apreendido, mas uma representação, um suposto retrato de um *objeto ausente*, produzido mentalmente após percorrer diversas cadeias associativas.

Neste texto, Freud propõe os conceitos de *representação de palavra* e *representação de objeto*, sem fazer uma distinção precisa entre os conceitos de representação e consciência, distinção apenas posteriormente explicitada em *O Inconsciente* (1915). As representações de palavra se referiam a uma organização complexa, tendo como elemento organizador a imagem acústica da palavra, ao passo que a representação de objeto estaria mais fundada no elemento sensorial, originado no corpo e correspondente a uma imagem visual.

Nos textos freudianos que sucedem esse estudo inicial, Freud separa os conceitos de representação e consciência, estendendo o espaço do psíquico para além da noção de consciência, no sentido de abarcar o material inconsciente, cujo acesso à consciência fora barrado pelo processo repressivo do recalque. A partir daí, as representações começam a ser delineadas como processos de registros da memória, oriundos de excitações provocadas por estímulos do mundo externo ou do próprio corpo do indivíduo, que podem ser conscientes ou inconscientes. As representações passam a ser observadas como o fato psíquico em si mesmo.

Desde o advento do texto de 1891, portanto, existe a ideia de que a apreensão do mundo externo se dá por uma via indireta, as representações, responsáveis por uma articulação entre as instâncias, mediando o inconsciente, em seus âmbitos do corpo e do pulsional que o anima, transitando pelo pré-consciente com a formulação respectiva das representações-palavra como imagens acústicas e, igualmente, abarcando as formas conscientes já permeadas pela linguagem. Quando as representações se vinculam a palavras, são efetivados registros que podem ser rememorados pela via do pensamento consciente. No caso de não haver vinculação a palavras, porém, o acesso daquela representação à consciência ficaria bloqueado (FREUD, 1915).

Em que pese não ter o mestre de Viena enfrentado, diretamente, a questão da falta de representação psíquica até a superação da sua Primeira Tópica do aparelho psíquico, cabe acentuar que, com o advento dos textos *Além do Princípio do Prazer* (1920) e *O Ego e o Id* (1923), Freud passou a esmiuçar detidamente as questões do transbordamento pulsional e dos efeitos quantitativos das ligações e desligamentos das pulsões para além - ou aquém - do princípio do prazer.

Se o auge das formulações freudianas sobre o trauma pode ser considerado o construto de *transbordamento pulsional por comoção psíquica* de *Além do Princípio do Prazer* (1920), também é verdade que o conceito de trauma esteve presente desde os primeiros textos. A princípio, porém, quando tratava da ab-reação dos afetos nas

históricas, Freud trabalhava com a ideia de um *evento traumático real*, efetivamente ocorrido (textos de 1890 a 1897). O despreparo psíquico de quem sofria o impacto do evento já se encontrava descrito nos textos sobre a histeria, e tais afetos, naquela oportunidade, eram considerados uma espécie de angústia sem mediação. As tentativas de Freud e Breuer de acessar o núcleo patogênico e extirpá-lo do psiquismo trouxeram a lume o processo da *talking cure*, com vistas à liberação do material traumático.

Com o passar dos anos e a formulação da teoria do recalque, Freud abandona o conceito de trauma fundado em um evento traumático real para trazer à cena a noção de *fantasia e de conflito psíquico* entre instâncias. Os desejos inconscientes do indivíduo, assim, passaram a ser os agentes que dariam origem ao conflito psíquico e, por consequência, que estariam na base da formação dos sintomas histéricos.

O *modelo de vesícula viva* esboçado por Freud em 1920, isto é, a tese de que haveria uma barreira reguladora das excitações do aparelho psíquico, acabou por ensejar a conclusão de que o trauma estaria diretamente relacionado a um rompimento dessa proteção, a uma quebra do equilíbrio dessa barreira ou à sua invasão e desestabilização em face de um excesso de excitação inesperado. Freud nos convoca, então, a pensar em aspectos singulares do sujeito para lidar com impactos excitatórios ou traumáticos, ou seja, a levar em conta o excesso pulsional face à carga desprazerosa dos estímulos, mas, igualmente, a possibilidade individual de fazer ligações. O traumático passou a ser visto, assim, como o excesso que desestabiliza a proteção da vesícula viva em um indivíduo desprovido de condições de representação e narrativa.

Face à constatação da possibilidade de existência de tais excessos pulsionais e à construção de um novo modelo de aparelho psíquico, abriu-se espaço para a análise daquilo que, anteriormente, estava colocado de forma apenas embrionária sobre a memória, seus registros, suas representações e, ainda, sobre um campo do material não-simbolizado ou das pulsões desligadas das representações.

Segundo um artigo recente (ANTONELLO e HERZOG, 2012), Freud formula o conceito de aparelho neuronal no *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895), na tentativa de construir uma explicação para a memória. E ao examinar as marcas psíquicas de modo geral na *Carta 52*, dirigida a Fliess, ele fornece uma diferenciação entre os *traços mnêmicos* e as *marcas mnêmicas*. Os primeiros seriam sensações ou percepções que chegam a ser "impressas" no psiquismo, enquanto as últimas, por sua vez, deixariam um registro fraco no psiquismo, sobretudo quando relacionadas a uma vivência de dor e sofrimento e nem sequer são associadas a uma representação-coisa.

Seriam meras *marcas* desprovidas de qualquer forma de simbolização e, portanto, seriam de conteúdo inassimilável.

Freud (1894/1950) equipara o conceito de *marcas psíquicas* ao conceito de *fueros*, extraído do ordenamento jurídico espanhol vigente na Idade Média. Os *fueros* eram áreas nas quais incidia outro tipo de jurisdição, fundada nas particularidades e tradições de uma localidade - como jurisdições privadas da nobreza - que não se comunicavam nem se submetiam ao ordenamento jurídico real.

O Pai da Psicanálise tomou de empréstimo os *fueros* espanhóis para falar, na *Carta 52 a Fliess* (1894/1950, p.283), sobre áreas psíquicas nas quais ocorreria uma falha de tradução na memória:

*Assim, persiste um anacronismo: numa determinada região ainda vigoram os "fueros"; estamos em presença de "sobrevivências". Uma **falha na tradução** — isto é o que se conhece clinicamente como "recalcamento". Seu motivo é sempre a produção de desprazer que seria gerada por uma tradução; é **como se esse desprazer provocasse um distúrbio do pensamento que não permitisse o trabalho de tradução** (grifos nossos).*

No artigo citado, um elemento diferenciador muito importante é apontado: os *traços mnêmicos* são constituídos sob a esfera do princípio do prazer, ao passo que os *fueros*, como meras marcas psíquicas que não chegaram a ser inscritas no psiquismo, traduziriam um tipo de "memória literal" que estaria fora do âmbito do princípio do prazer, sendo regida pelo imperativo da compulsão à repetição.

Os *fueros* ou *marcas psíquicas* seriam, para Freud, experiências indomadas *de ordem desprazerosa* que não podem ser ativadas pela lembrança pois não conectadas à representação-palavra e nem sequer à representação-coisa e que voltariam à cena repetidamente para serem dominadas pelo eu, tal qual ocorre com as neuroses traumáticas. Dessa forma, o excesso pulsional, que ultrapassa a capacidade de representação psíquica, entraria na esfera do *intraduzível* e a noção de trauma estaria originariamente conectada a uma vivência não simbolizada, do campo do irrepresentável no psiquismo.

Seligmann-Silva (2000) usa a expressão *ferida na memória* para descrever o impacto de uma vivência traumática como um transbordamento da própria capacidade de pensar do indivíduo. A consequência é que estas experiências não se inscrevem como algo que ficou no passado, porque não podem ser esquecidas, devido ao seu retorno sob a forma de repetição dolorosa.

Os *fueros*, definidos na *Carta 52* (Freud, 1894/1950) como uma *presença de sobrevivências*, seriam arquivos de memórias traumáticas não integrados "ao todo do psiquismo" – ou, a nosso ver, comparados a ilhas sem barcos ou cidades isoladas sem pontes de comunicação. Essas peculiares *memórias traumáticas* carregariam, em seu bojo, uma contradição ôntica: são *memórias das quais não se pode lembrar*.

Essas chamadas memórias teriam, objetivamente, as seguintes características: são marcas literais, meras percepções ou sensações e, não, traços mnêmicos; não viram passado e repetem-se no tempo presente, em um contínuo retorno; não produzem angústias passíveis da construção de defesas, mas, sim, *agonias* que convocam neutralização; situam-se próximas ao mortífero, porquanto estão regidas pela compulsão à repetição; não se inscrevem no psiquismo, ficando em um campo do não-simbolizado; não estão submetidas ao recalçamento, muito menos aos seus correlatos, tais como a formação de compromisso, a produção de sintomas ou outras formas alucinatórias de satisfação, pois a possibilidade de fantasia está obturada; submetem o eu a uma clivagem e a um empobrecimento, visto que as partes divididas acabam incomunicáveis.

Assim como as cidades sem pontes ou as ilhas sem barcos, o que fica destruído no psiquismo, nesses casos, é a via comunicante entre as memórias traumáticas e o que restou do psiquismo organizado. A desconexão e a incomunicabilidade produzem efeitos deletérios na integridade do ego.

Perdem-se vias de ligação em tempo bastante precoce, quando o aparelho psíquico ainda não está preparado para enfrentar e absorver quantidades excessivas de energia. E como essa rede de associações não é tecida em tempo oportuno, as percepções e sensações veiculadas pelas marcas psíquicas ficam aprisionadas, enquistadas no psiquismo como um núcleo estranho ao todo. Em uma metáfora de impacto, tal corpo estranho produzido pelo evento traumático é equiparado a um "projétil de chumbo que não se pode retirar do corpo" (MALDONADO e CARDOSO, 2009, p.57).

A vivência traumática seria, na teoria freudiana, um evento não-decodificável e além dos limites, que ficaria submetido à compulsão à repetição em busca de uma possibilidade de ligação ao psiquismo organizado. Em termos tópicos, cabe a precisa definição de que o trauma "advém de uma quebra do *Reizschutz* (para-excitação), provocada por um susto (*Schreck*) que não foi amparado pela nossa *Angstbereitschaft* (estado de prevenção à angústia). A volta constante à cena traumática (sobretudo nos sonhos) seria o resultado de um mecanismo de preparação para essa sobreexcitação" (SELIGMANN-SILVA, 2000, p.84).

Também em relação às *situações traumáticas* e às *situações de perigo*, Sigmund Freud planta outra semente que depois vem a florescer na obra de Sándor Ferenczi quanto à noção de que uma situação traumática configura-se quando há um *acúmulo de excitação com a qual o ego não consegue lidar*, experimentando o indivíduo uma vivência de desamparo, conforme Freud (1926/2006, p. 84):

O determinante fundamental da ansiedade automática é a ocorrência de uma situação traumática; e a essência disto é uma **experiência de desamparo por parte do ego face de um acúmulo de excitação**, quer de origem externa quer interna, com que não se pode lidar (p. 76 e 107]. A ansiedade 'como um sinal' é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo.

### 2.3.2. O TRAUMA EM SÁNDOR FERENCZI

*"Ergui-me e fui ao espelho. Eu era menino, corpo ainda por desabrochar. Contudo, meu pai estava certo: o cansaço me pesava. A velhice chegara sem mérito. Com meus onze anos, eu estava murcho, consumido pelos delírios paternos. Sim, meu pai tinha razão. Quem nunca foi criança não precisa do tempo para envelhecer".*

Mia Couto (2009/2012, p.225, grifos nossos)

No texto *A Adaptação da Família à Criança*, Sándor Ferenczi (1928a) trata do que nomina de problemas *práticos* da adaptação dos pais às crianças. Ele afasta o trauma do nascimento como agente causador de todas as neuroses e psicoses, rejeitando a teoria de Rank, mas elabora a tese de que há outros traumas concretos, que "têm efeitos mais difíceis de eliminar" e não se referem propriamente à parte fisiológica, mas, sim, "ao ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes". Os eventos traumáticos são elencados por ele na seguinte ordem: trauma do desmame, treinamento do asseio pessoal, supressão dos "maus hábitos" e passagem da criança à vida adulta (p. 5).

Neste texto, Ferenczi (1928a) propõe a elucidativa metáfora da vela, dizendo que, assim como uma mão colocada próxima a uma chama luminosa pode escurecer a metade de um quarto que a vela está a iluminar, uma criança atingida por um dano no início da vida poderia carregar "uma sombra sobre toda a sua vida" (p.5).

Continuando a clamar pela importância do meio ambiente, ele publica um texto (Ferenczi, 1929) no qual faz uma relação direta entre a pulsão de morte e os malefícios causados pelo ambiente circundante do infante. O texto trata do caso de dois pacientes que teriam sido "mal acolhidos" em suas famílias: o primeiro, "o décimo filho de uma mãe sobrecarregada de trabalho", e o segundo, "o descendente de um pai vítima de uma doença mortal" (p. 57). Segundo ele, os menores acontecimentos da vida deles se mostravam fortes o suficiente para abalar a já frágil vontade de viver de ambos, que tinham uma percepção, consciente ou inconsciente, do desinvestimento materno.

A descrição que Ferenczi faz do modo como os pacientes se apresentam ao mundo externo em muito se assemelha aos casos clínicos apreciados neste estudo.

Nessa vivência de adaptação da criança, ele propõe a ideia de "prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados" dos entes paternos como elemento neutralizador das pulsões de destruição acionadas na interação com o mundo exterior. Para Ferenczi (1929, p.58), há, a princípio, um organismo frágil que pode ou não sucumbir ao estado inorgânico. Alguns desses seres que esperam que o meio ambiente satisfaça os seus desejos, não os tendo satisfeitos e "sendo acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado". Se sobrevivem, são acompanhadas por "certo pessimismo e aversão à vida".

Para o nosso ponto de interesse de pesquisa interessam sobremaneira duas formas de lidar com essa acolhida deficitária: a primeira é a entrega do indivíduo a um estado inorgânico - ou anestesiado, desvitalizado, entediado, apático - e, a segunda, a da *autotomia*, psiquicamente representada como um engendramento do processo de cisão de partes psíquicas, deixando de lado uma parte gélida, quase morta, e efetivando uma hiperadaptação na parte que se apresenta ao mundo das relações externas.

Sándor Ferenczi (1924) toma de empréstimo o que os zoologistas nominam de *autotomia* - a reação de alguns animais que desprendem do seu corpo, por meio de certos movimentos, partes que estiveram submetidas a uma irritação excessivamente intensa ou causadora de sofrimento - e a estende a todo ser vivo como um modelo biológico do recalçamento, consubstanciado em uma "fuga psíquica diante dos sentimentos demasiado intensos de desprazer" (p. 301). Essa elucidativa conceituação irá trazer à cena os quadros de clivagem, nos quais, diante do impacto do trauma precoce, essa *fuga psíquica* será efetivada pelo indivíduo, que deixa uma parte psíquica envolta em uma crosta de proteção, semimorta, e usa a outra parte cindida como guardiã da vida em estado adaptativo, em manifesto caráter defensivo. Diante da

impossibilidade instantânea de autodestruição do corpo ou de partes do corpo humano, ocorre, como efeito, uma destruição da integridade do eu consciente (FERENCZI, 1934).

Uma questão relevante no conceito ferencziano de trauma é o fato de que a *comoção psíquica sobrevém sempre sem preparação* e, por ser *súbita*, ela acaba gerando um *grande desprazer que não pode ser superado*. O psicanalista húngaro nota que o choque inesperado tem um efeito *anestésico*, instaurando um estado de passividade sem vias de resistência. Isso ocorre devido à conjugação de dois efeitos: a paralisia total da motilidade e a suspensão da percepção, efeitos que deixariam a personalidade destituída de proteção (FERENCZI, 1934/2011).

Ao tratar do impacto traumático e de suas consequências, Ferenczi (1934) traz ao cenário a figura metafórica do *anjo da guarda interno*, assimilando-o a uma parte do indivíduo que tem que se incumbir do seu próprio salvamento em um esforço árduo para conter a própria dor sem possibilidade de simbolização. O envelhecimento adquirido às pressas, todavia, faz o indivíduo perder o colorido vital para cumprir funções em nome do adulto que falhou ou o desamparou.

Em um recente artigo sobre o tema, Mello e Herzog (2009, p.72) propõem um diálogo entre duas ficções teóricas da psicanálise: o "bebê sábio de Ferenczi" e o "falso self de Winnicott" - conceito que será desenvolvido no tópico subsequente. Na aproximação desses conceitos reside a questão ambiental do bebê em seus primórdios, sobretudo sob a ótica dos resultados traumáticos de um ambiente não acolhedor ou não *suficientemente bom* para amparar as suas necessidades.

Quem seria o "bebê sábio ferencziano"? Em um de seus escritos, Ferenczi (1923/2011, p.223) trata de sonhos de pacientes, relatados em análise, no quais bebês muito pequenos, recém-nascidos ou "*de cueiros*", podem falar e escrever com desenvoltura, lançar "*falas profundas ou sustentar conversas de erudito, proferir discursos, dar explicações científicas e assim por diante*". Ele atribui tais sonhos a lembranças mais profundas da própria infância do sujeito, sendo a figura do sábio uma espécie de compensação à situação vivida pela criança. Esses sonhadores teriam sido crianças que sofreram traumas em idades precoces, do que decorreu a demanda imediata de se tornarem "adultas" de um momento para o outro, para fazerem face à dor e ao sofrimento do impacto traumático. Como um *fruto bichado* que amadurece rápido demais por ter sido bicado por um pássaro (Ferenczi, 1933/2011), a criança assume o cuidado de si após o impacto, mediante um processo de clivagem, que cobra um preço: o sentimento de inautenticidade.

Nesses casos clínicos de cisão psíquica por defesa, verifica-se que o paciente sacrifica uma parte do eu para a sobrevivência do todo, em razão de uma dor psíquica que supôs intolerável.

Para Ferenczi (1928a), os entes parentais não somente traumatizam a criança com o abuso sexual, mas também com a falta de acolhimento, com o não atendimento às necessidades do bebê que chega ao lar, por excesso ou por sua própria loucura. Isso equivale a dizer que, além de transgressões no campo do sexual, o adulto também pode causar um trauma ao violar o que é culturalmente esperado em determinado ambiente, dada a qualidade do vínculo intersubjetivo.

Igualmente importantes nesse contexto são as noções ferenczianas de: 1) mimetismo, 2) identificação com o agressor e 3) desmentido.

*Mimetismo*, imitação como especialidade, sensação de fazer exatamente o que outros esperam: é disso que tanto nos falam os analisandos que portam o *tédio-defesa* e a *apatia-adaptativa* como sintomas.

Um desses analisandos, Antônio, já mencionado acima como vinheta clínica, diz sempre:

-Fico muito abalado quando acontece alguma coisa no trabalho que eu não havia ensaiado. É como se eu tivesse "cartas na manga" sobre cada atitude esperada de mim a cada cena, mas perco o jeito e me irrito quando alguém propõe algo novo, fora do planejamento ou que requer que eu faça algo espontâneo.

Em uma de suas sessões, Antônio trouxe o seguinte dilema: qual a razão de perder tempo assistindo a filmes, antigos ou novos, quando o tempo poderia ser empregado com estudos que o preparariam para a semana de trabalho? Ele afirma que não consegue compreender o sentido disso e, ainda, sente-se profundamente desconfortável quando o cinema é o assunto debatido em seu "ambiente controlado". Vê-se, no caso, uma acentuada dificuldade de Antônio em simbolizar, construir metáforas, identificar-se com personagens de filmes, pensar sobre si espontaneamente através das histórias do Outro, o que nos leva a pensar na maciça defesa que se estabeleceu no caso dele muito precocemente, como traduz Winnicott (1990a, p. 137):

[...]. Onde há um alto grau de *splitting* entre o self verdadeiro e o falso self que oculta o self verdadeiro verifica-se **pouca capacidade para o uso de símbolos, e uma pobreza da vida cultural**. Ao invés de objetivos culturais, observam-se em tais pessoas extrema inquietação, uma incapacidade de se concentrar e uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa, de modo que a vida toda do indivíduo pode ficar cheia de reações a essas ilusões (grifos nossos).

O *desmentido*, nos casos de abuso em sentido estrito, ocorre quando o adulto produz uma carga de tensão sexual que confunde a criança, levando-a a receber como *ternura* algo que traz em seu bojo a marca da sexualidade genital em um momento em que não estava preparada para tanto. Em franca *confusão de línguas* (FERENCZI, 1932), a criança questiona o adulto em uma tentativa de entender o ocorrido, mas, por não receber uma explicação válida, fica com um "buraco de significação", com o qual ela tem que lidar e que a deixa com a falsa percepção de que nada ocorreu.

Nesses casos, o principal fator traumático não seria o ato abusivo em si, mas o desmentido, a afirmação do adulto de que nada aconteceu ou de que a criança entendeu mal o que vivenciou, em termos de excesso pulsional. O traumático seria o vazio de sentido que a criança tem que carregar psiquicamente.

O desmentido ferencziano está diretamente associado à ideia de Freud sobre *Verleugnung* e ao conceito de divisão do eu decorrente desse mecanismo.

No texto *A divisão do eu no processo de defesa* (1938), Freud faz diferenciações significativas entre o mecanismo da recusa (*Verleugnung*) e o da repressão ou recalque (*Verdrängung*), relacionado à clínica da histeria.

Segundo Freud, na *Verleugnung*, a criança, vendo-se ameaçada pela castração, faz duas coisas ao mesmo tempo: por um lado, *rejeita* a realidade e *recusa-se* a aceitar qualquer proibição, mas, por outro, reconhece o perigo da realidade e assume o medo dele decorrente como um sintoma patológico. Assim, a *Verleugnung*, abordada a princípio como um mecanismo próprio do fetichismo, adquiriu uma conotação metapsicológica mais ampla: a de que o indivíduo pode considerar a realidade objetiva e o percebido, mas, ao mesmo tempo, dadas as exigências pulsionais, negar as consequências daquilo que vê. No conflito entre uma exigência pulsional e a percepção da realidade objetiva, conservam-se as duas impressões, o que provoca uma cisão do eu (*Ichspaltung*). Produz-se, assim, a satisfação do pulsional, mas há uma manifesta dissociação entre a experiência e as representações psíquicas correlatas.

Figueiredo (2008c) equipara o desmentido ferencziano à recusa freudiana (*Verleugnung*) e propõe que ele seja traduzido como *desautorização* para acentuar um aspecto importante do fenômeno: trata-se de um "acontecimento" sem autoria, de uma "experiência" sem sujeito. Trata-se de *negar a autorização* para que algo se converta em experiência de alguém e para que alguém se converta em sujeito (autor) de uma experiência.

Ressalta Figueiredo que, nesses casos, "*o que se recusa não é uma dada percepção, mas o que vem ou viria depois dela*" (2008c, p.60). Pensando em termos processuais, os desdobramentos seguintes é que ficam prejudicados, quebrando-se o regular movimento em cadeia que sucederia à percepção do evento. Como os sentidos não deslizam, perde-se *significância*. Resta, então, uma percepção com considerável potencialidade traumática sem trânsito permitido para a metabolização desse material. Para o autor, a percepção desautorizada retém "*um potencial traumático imenso, ao mesmo tempo em que tem a sua eficácia transitiva abolida*" (idem, p.63)

No mesmo sentido manifesta-se René Roussillon (2014. p. 190). Ele defende que não se trata apenas de uma "manque a représenter" pontual, ou tão-somente de uma falta de representação de uma experiência singular, mas, sim, que há um impacto sobre "as próprias capacidades representativas, o próprio aparelho de simbolização, o quadro de simbolização psíquica". Seria o mesmo que dizer que resta afetado algo mais amplo:

O aparelho de fantasiar que é afetado na sua capacidade de fazer figurações que liguem; é o funcionamento psíquico que fica confrontado com um vazio e com reações contra esse vazio que traz a marca da representação.

Entendemos, ao pensar em inscrições psíquicas e cadeias de significantes à luz das figuras de linguagem da *metáfora* e da *metonímia*, que ficam comprometidas pelo trauma não só as elaborações de metáforas sobre o evento, mas, também, a ligação metonímica, que se refere ao deslizamento na cadeia de significantes, de uma percepção a outra, de uma marca psíquica a outra.

Na metáfora, referida à *condensação* em Freud, que se produz pelas relações de similaridade, há dois significantes e a substituição de um pelo outro, que assume seu lugar na cadeia; já na metonímia, ligada ao *deslocamento* freudiano, em relações de contiguidade, há um significante que fica em conexão com o resto da cadeia de significantes (GARCIA-ROZA, 1985).

Pensamos que, nesses casos, não fica inviabilizada somente a substituição de um significante por outro, isto é, a metaforização do evento traumático, mas também há um impacto considerável do trauma no processo metonímico. Fica comprometido o que Roussillon denomina de "*capacidade de produzir figurações que liguem*" (2014, p.190). Assim como na analogia dos *fueros* citados por Freud (1894), nas ilhas sem barcos ou do projétil de chumbo inacessível alojado no psiquismo, esse evento sem nome e sem sentido fica isolado, aprisionado, incomunicável.

A *identificação ao agressor*, por sua vez, ocorre quando, depois da vivência da situação traumática e sem saber decodificá-la com os meios psíquicos de que dispõe, a criança assume, por identificação, a mesma posição de quem a atingiu, a ponto de gerar uma impossibilidade de simbolização. Ocorre, porém, que, como resultado da identificação com a posição do agressor, também o resíduo de culpa do adulto acaba por ser absorvido pela criança mediante introjeção. A criança carrega, assim, uma enorme confusão entre ser inocente ou culpada, portando esse buraco de significação em um *núcleo congelado* (FERENCZI, 1933).

A escuta em análise, portanto, levará em conta a existência de uma experiência traumática inacessível ao analisando, já que a identificação da criança com o agressor faz com que este desapareça "enquanto realidade exterior, tornando-se intrapsíquico" (idem. p. 117). O agressor acaba por ser inocentado pela criança, absolvido e não implicado na cena. Daí se infere que o trabalho analítico será norteado pela empatia do analista no sentido de criar condições de sustentação do ambiente para que o evento traumático, marcado por ausência, abandono, invasão ou excesso, possa ser abordado sem sofrer a incidência da desautorização e do desmentido.

Todas essas noções - *mimetismo, desmentido, desautorização e identificação com o agressor* - relacionam-se a eventos recebidos como traumáticos pelo psiquismo infantil, seja por causa da impossibilidade de decodificar a mensagem emitida pelo adulto, seja pela própria imaturidade biológica e psíquica para fazer face a situações agressivas ou retaliadoras do ambiente.

Em sua noção de elasticidade da técnica analítica, Ferenczi (1928b) passou a buscar, em dado momento histórico, uma reconstrução do passado traumático dos pacientes, fundado na ideia de que haveria um suposto equilíbrio perdido que faria o indivíduo almejar, constantemente, uma dura adaptação à realidade e, da mesma forma, um estado apaziguado, sem conflitos e demandas.

Uma das demandas mais comuns apresentadas pelos pacientes do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* se refere ao que eles chamam de "*vontade de serem amados incondicionalmente*". Não raro, portanto, toda essa montagem defensiva acaba por enfrentar desintrações e percalços sobretudo decorrentes sobretudo da vontade individual de sair das baixas intensidades e conseguir suportar a intensidade amorosa.

Segundo os ensinamentos de Freud (1920), a membrana protetiva contra estímulos externos é eficaz até certo limite, mas não tem efeitos contra a estimulação interna. Há, nesses casos, um mecanismo de projeção para fora do desconforto interno,

atribuindo o indivíduo as noções de prazer e desprazer às coisas do mundo exterior. Ele, então, passa a assimilar o mundo como hostil, desprazeroso, e mantém uma conduta imunológica. Para alguns, o mundo se torna entediante.

A vontade de amar e de ser amado acaba por funcionar em "efeito bumerangue": na partida, é o gatilho que faria o sujeito procurar recursos para minimizar o espessamento da crosta de defesa devido à pressão interna para amar e ser amado, mas, em retorno, face ao mecanismo da projeção do desconforto interno para o mundo exterior, age como um motivo novo para espessar cada vez mais a pele psíquica. A palavra-de-order cuja pressão interna dos analisandos tenta expelir é, a nosso ver, "*tente amar e ser amado*". O comando acionado após a projeção ser efetivada é: "*amar representa perigo de vida*." E a "escolha" residual acaba sendo a de privilegiar um campo asséptico ou anestesiado para se alojar.

Donald Winnicott (1960/1990a) trata dessa "escolha" anestesiada quando se refere às personalidades *falso self* como uma eficiente construção defensiva para o enfrentamento de traumas precoces decorrentes do ambiente. Há, portanto, uma relação complementar – de causa e efeito – entre os conceitos de trauma, autotomia, cisão psíquica e mimetismo em Ferenczi e o construto teórico das personalidades *falso self* em Winnicott. O evento traumatogênico citado nos textos ferenczianos seria o agente causador, em última instância, da saída defensiva do *falso self* winnicottiano.

### 2.3.3. A NOÇÃO DE FALSO SELF PARA DONALD WINNICOTT

"O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação.  
Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e sentir-se real."

Donald Winnicott (1960/1990a, p.135)

O conceito de *falso self*, como dito, também possui uma relação direta com os casos clínicos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*. Por essa razão, torna-se enriquecedor apreciar a questão-problema também por esse ângulo, tendo em vista que o objetivo da presente dissertação é, precipuamente, encontrar subsídios para o manejo e a escuta de tais padecimentos por passivação, agora à luz da teoria winnicottiana.

Winnicott afirma que a ideia de *falso self* poderia ser extraída dos escritos iniciais de Freud, citando, para sustentar sua proposição, a relação da divisão em *self* verdadeiro e *falso self* como a divisão freudiana do *self* em "uma parte que é central e controlada pelos instintos (ou pelo que Freud chamou de sexualidade, pré-genital ou genital), e a parte orientada para o exterior e relacionada com o mundo" (WINNICOTT, 1960/1990a, p.128). Ele acentua que as excitações do id podem ser, de alguma forma, traumáticas para o bebê, dado que o ego ainda precário não tem a capacidade de incorporá-las. Para ele, a natureza do *falso self* seria a de proteger o *self* verdadeiro, pela via da ocultação, tendo, assim, uma *função defensiva*.

Diante de condições ambientais anormais ou não favoráveis ao desenvolvimento do bebê, o indivíduo seria preservado pelo *falso self*, tratado por Winnicott como "o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com uma finalidade positiva", comparando-o ao "valor dos sintomas para a pessoa doente" (idem, p.131).

Trata-se de um conceito extraído da observação do estágio das primeiras relações objetais, em um tempo de dependência real e quase absoluta. Em tal período, o gesto espontâneo do lactente liga-se ao *self* verdadeiro e, através do que Winnicott denomina *holding*, a mãe terá a atribuição de envolver o bebê tanto fisicamente quanto simbolicamente, dando sustentação à existência do *self* verdadeiro, ainda em estado potencial, respondendo de modo satisfatório à onipotência infantil que aparecerá nos elementos motores e eróticos. Há, portanto, um potencial prévio e inato que caminha para o desenvolvimento (o *self* verdadeiro), e as falhas de maternagem no momento primitivo de amadurecimento prejudicam o indivíduo justamente em seu sentimento de ser, na constituição de um *si mesmo* que se reconheça como tal.

Segundo ensina Gilberto Safra (2015, p.79), uma mãe devotada tem em vista o *ser* do seu filho, o que é bastante diverso da mãe aflita, que tem uma ligação intensa com o bebê, mas, para aplacar a sua própria ansiedade, "*acaba por coisificá-lo*".

Nesses casos, o conceito de mãe *suficientemente boa* (Winnicott, 1990a e 2011f) há de abarcar a noção de presença e ausência, a inserção do tempo ritmado de acordo com a capacidade psíquica do bebê em dado momento do seu amadurecimento. Sendo a mãe *suficientemente boa*, o bebê pode ir renunciando aos poucos à sua onipotência, passando a usar a fantasia de criação e controle, para, assim, acessar o brincar e o imaginar. Se a capacidade de fantasiar e usar símbolos fica comprometida por um ambiente desfavorável e o bebê ainda assim sobrevive, ele acaba por "escolher" um caminho de submissão, mediante a construção de um *falso self* subalterno às exigências

do meio. O bebê terá a imitação como especialidade e viverá aprisionado a uma decifração do ambiente para decodificar o que dele se espera.

Winnicott menciona também o risco das hipóteses nas quais um *falso self* se organiza em torno de um indivíduo com grande potencial intelectual, porque nesses casos há uma forte tendência de que a mente tome o lugar do *falso self*. Segundo ele, quando o mundo se depara com tamanho talento, fica difícil diagnosticar o distúrbio em apreço, esclarecendo que, do ponto de vista do indivíduo, quanto mais bem sucedido ele for, mais falso se sentirá. Nesses casos, "o falso self é representado pela organização integral da atitude social polida e amável" (WINNICOTT, 1960/1990a, p. 131).

Nos casos clínicos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*, salta-nos aos olhos a adaptação desses indivíduos, os quais, não raro, são considerados bem-sucedidos segundo uma visão mais superficial do que significa êxito pessoal e profissional. Muitas vezes articulados, inteligentes, bem formados, bem falantes ou bastante adstritos às regras vigentes nos ambientes em que transitam, eles se confrontam com a dicotomia entre a apresentação externa adequada ao esperado e a profunda disparidade dos seus sentimentos de desvalia, escravização, subjugo, falta de espontaneidade e, mais inquietante ainda, incapacidade de sofrer perdas e de amar com intensidade.

João, analisando mencionado no início deste capítulo, é um exemplo bastante significativo desse aspecto: ele tem um currículo excelente e impressiona bastante em primeiras entrevistas, mas pensa o tempo inteiro que irão descobrir, a qualquer momento, que ele é "uma montagem, uma farsa", e que não poderia ocupar o cargo para o qual foi escolhido. Ao ingressar em um novo trabalho, deseja secretamente ficar "diluído" em meio aos demais, camuflar-se, não se colocar em evidência. Ele teme que descubram a sensação de inautenticidade que carrega. Fica patente que o psiquismo infantil de João, que se deparou com a partida do pai em um período bastante precoce e teve que lidar com o desamparo da mãe e a necessidade de ser um consolo para ela, não conseguiu integrar ao seu psiquismo organizado as vivências de agonia psíquica que provavelmente experimentou ao tentar decodificar, entre os dois e os quatro anos, o significado daquela ausência. O mecanismo da cisão teria sido o processo psíquico possível para que João sobrevivesse a tal impacto, restando-lhe a sensação de insensibilidade, certa apatia, constante tédio e a impressão de não ser conectado aos outros. Dada a construção defensiva e seus talentos intelectuais, passou a mimetizar aquilo que supunha ser esperado dele, apresentando, eventualmente, intensas vivências de passivação, além da sensação de não sentir profundamente os seus afetos.

Para Ferenczi, como dito antes, a acolhida do ambiente vivenciada pelo indivíduo como inadequada, excessiva, abandonadora ou invasiva pode provocar um impacto traumático, fazendo com que ele, além de portar um núcleo congelado e semimorto dentro do psiquismo, carregue, ainda, um *sentimento de inautenticidade*. Esse sentimento em muito se assemelha à noção winnicottiana do indivíduo que passa a adotar *a imitação como uma especialidade*. Os dois extravios da própria subjetividade acabam por ser faces da mesma moeda, porquanto, dada à ocorrência de uma clivagem, partes do eu não se integram à experiência psíquica do indivíduo.

Ligando os dois conceitos, de cisão psíquica em Ferenczi e de *falso self* em Winnicott, destacamos que, em geral, além da sensação de estranhamento entre a adaptação ao exterior e a vivência íntima de deslocamento, os analisandos que apresentam os sintomas do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* chegam em análise mencionando que sempre carregaram, além do sentimento de inautenticidade, o de *anestesia*. O analista fica intrigado com a ausência aparente de dor e de angústia em tais casos. O que a suposta ausência de dor psíquica e sofrimento encobriria?

Eles falam de seus vínculos com alguma distância, esfriamento ou neutralização; acham estranho não sofrerem muito, não amarem tão intensamente como as pessoas que eles definem como "normais", mas buscam intensamente o "sentir", como se estivesse pendente a costura entre os dois pedaços do psiquismo separados pelo impacto traumático prévio, do qual nada sabem conscientemente, mas que intuem profundamente como algo "estranho" que levam pela vida.

Pontalis começa a contar o caso clínico de Simon dizendo que ali "faltava a dor psíquica de maneira singular – e até as formas mais habituais da angústia" (2005, p. 272). O analisando Simon tinha 35 anos, morava na casa de sua mulher, que o abandonara há alguns meses; ele tentara suicídio, mas não trazia à análise grandes dramas sobre esses fatos. Contou que bebia muito e que "não funcionava" sexualmente como deveria, mas isso também era narrado de forma desafetada e "sorridente". Seu pai e sua mãe haviam morrido em seus primeiros anos de vida, mas Simon se dizia atingido por uma "amnésia infantil" e afirmava que não conseguia se lembrar de nada da sua infância por ter ficado "órfão tão cedo". Pontalis percebeu, então, que "os pais carregaram consigo para a morte a criança viva" e que ao paciente restara apenas sobreviver. Ele montara para si um sistema fechado e agia, em análise, como uma máquina de produzir sonhos (não de sonhar). O analisando era inteligente, bem articulado, engenheiro brilhante, mas parecia não esperar nada do analista, a não ser o

reforço de sua "barreira protetora". Por isso, ao analista restavam três lugares possíveis: de testemunha, de guardião e de fiador. Pontalis começa a pensar em uma personalidade *falso self* e verifica que essas medidas não eram apenas uma defesa de Simon, mas uma forma de *"manter escondido, intocado nele e intocado, o vínculo de sua mãe com a criancinha mortificada"*. Após um evento de dor física, Simon passou a trazer à análise lágrimas e questões referentes à sua mãe, a qual passou a poder ser abordada como uma mãe idealizada, mas também como um objeto de raiva e de ciúmes. Simon havia lutado profundamente contra sua dor originária, usando vários mecanismos – defesas maníacas, neutralização de afetos, alternância entre arrogância e depreciação de si, medo de dependência e procura compulsiva de parceiras, além da infatigável produção de textos de sonhos –, mas Pontalis conseguiu entender que havia, ali, dor psíquica, cuja presença apenas se fazia notar nos bastidores ou subterrâneos. O trabalho buscou permitir que Simon pudesse "ir ao encontro da mãe, encontrar um vínculo com ela *no presente* sem morrer por isso" e pudesse apreender que não precisava carregar para sempre seu próprio luto.

Como desenvolvido no Capítulo 1 sobre o luto do objeto primordial, este caso clínico aponta para um luto que atingira o analisando de forma tão incisiva que acabou por ser interiorizado precocemente, ficando sem elaboração e deixando Simon sem possibilidades psíquicas de entregar-se a relações objetivas significativas, sem poder amar nem sofrer. Simon dizia que tudo o que podia fazer era "gerenciar seu território", ora elevado à dignidade de um império, ora reduzido às dimensões de uma jaula (algo bem parecido, diga-se, com as casas dos pacientes do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* narradas com riqueza de detalhes nas sessões).

O *falso self*, portanto, seria uma construção necessária para a sobrevivência desse indivíduo traumatizado, atingido no âmago do seu mundo psíquico com poucas possibilidades de recursos elaborativos no momento do impacto.

Nesse particular, Pontalis (2005, p. 173) cita Helen Deutsch e seus estudos sobre as personalidades *"as if"*, relativo a indivíduos que parecem "atores muito bem tarimbados", nos quais o mal-estar e a angústia acabam por ser experimentados pelas pessoas com quem eles convivem. São casos clínicos muito parecidos com os aqui citados, em que há ausência de sintomas psiconeuróticos em sentido estrito e de traços de caráter declaradamente patológicos. Tais pacientes apresentam comportamento bem adaptado ao meio, mas também uma maciça passividade e submissão em relação ao ambiente, que tem como reflexo a falta de autenticidade e calor.

Para Deutsch (apud Pontalis, p. 176), seria *como se* ("as if") eles precisassem de um diretor de teatro para sentir que existem, encontrando sua cena psíquica no mundo exterior, dado o empobrecimento de vida fantasística para elaborar um roteiro. Ela entende que essa pobreza da vida emocional e das relações objetais, além da prevalência do narcisismo, evocariam uma condição pré-psicótica, associada à tentativa de simular a experiência afetiva (pseudo-afetividade).

Alguns desses analisandos optam por tentar sentir; já outros, todavia, optam por seguir solitariamente, de forma neutralizada, para evitar transbordamentos pulsionais insuportáveis psiquicamente, ponto que foi bastante estudado por André Green quanto aos aspectos do narcisismo, que ora merecem investigação detida.

A necessidade de buscarmos subsídios em André Green para lidar com a problemática dos sintomas do tédio e da apatia em situações relativas a traumas precoces subsume-se ao recolhimento de parte do psiquismo desses indivíduos, o seu encapsulamento narcísico, que é abordado pelo autor sob a rubrica do *narcisismo de vida*. Estudado o impacto traumático em Ferenczi e a construção de uma personalidade *false self* em Winnicott, resta para a complementação do tripé a apreciação de uma *forma de estar no mundo*, mantendo relações objetais de baixa intensidade.

#### 2.3.4. O NARCISISMO EM ANDRÉ GREEN

*"[...] O outro não interessa. Se ele é um duplo da minha imagem sociomoral, torna-se provedor de sensações, devorado nos limites do vampirismo emocional; se ele é um estranho, um desigual, sua vida ou morte nada significa para mim. O deserto é o destino do "eu de escambo" e do corpo cego ao mundo"*

*Jurandir Freire Costa (1944/1999, p.42)*

No prefácio de sua conhecida obra *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*, André Green dá especial relevo ao narcisismo, que, segundo ele, *"opõe uma das mais ferrenhas resistências à análise"* (GREEN, 1988, p. 9). A psicanálise contemporânea, com efeito, vem clamando por novas formas de pensar a escuta clínica, haja vista que nos deparamos não apenas com padecimentos decorrentes da ativação de angústias e suas defesas correlatas, mas também com sintomas mais silentes, apagados, negativados, com casos de agonias profundas, próximas a um estado de semimorte.

A questão primordial que se escuta em pacientes do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa*, por exemplo, não se resume ao conflito psíquico entre material recalçado e material consciente. Nesses casos, cabe avaliar as consequências de um fechamento narcísico como obstáculo ao acesso a relações objetais potentes e prazerosas.

Green (1988) parte da afirmação de que existe uma limitação na obra freudiana dado o seu referente, a neurose, e passa a esquadrihar outras possibilidades metapsicológicas de abordar os casos-limites e as estruturas narcisistas.

Ao falar sobre as neuroses típicas e sobre o recalque, Freud (1905b) destaca que os componentes da pulsão - representação e quota de afeto - acabam por se separar, tomando destinos diversos, o que daria origem ao sintoma. De forma bastante simplificada, na histeria, a representação recalçada permanece inconsciente, restando o afeto livre para ligar-se a uma terminação nervosa pela via da conversão; na neurose obsessiva, a quota de afeto efetua uma falsa ligação, enquanto na fobia, reprimida a representação, a quota de afeto se dispersa e se transforma em angústia. Cada vez que o reprimido irrompe, em uma tentativa de retorno, emerge o sintoma neurótico.

Freud delinea uma diferença marcante entre os processos referidos à *neurose típica* (na qual o sistema pré-consciente estaria sempre sofrendo algum influxo do sistema inconsciente no sentido de romper a censura) e os processos alusivos às neuroses narcísicas (que nos interessam mais face ao nosso objeto de estudo), em que haveria um desinvestimento nos sistemas inconsciente e pré-consciente, seguido de um redirecionamento do investimento ao eu, gerando como resultado um "*retorno a um estado de narcisismo primitivo*" (PERES; CAROPRESO e SIMANKE, 2015, p. 165).

Interessa-nos o mecanismo de *retorno a um estado de narcisismo primitivo*, uma vez que os analisandos do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* usam, segundo entendemos, exatamente esse recolhimento como forma de proteção contra possíveis dores e sofrimentos decorrentes de relacionamentos afetivos mais profundos.

Como dissemos linhas antes, a moradia desses indivíduos é bastante citada em análise. O analisando Antônio, por exemplo fala de sua casa como uma espécie de refúgio corretamente montado para que os outros possam vê-la e elogiá-la, mas, na realidade, ele não quer que ninguém a veja ou visite, porque sente que ela funciona como um "esconderijo". Quando alguém o visita incidentalmente, Antônio deseja afastar o intruso da área protegida e sugere, para tanto, que se dirijam a outro lugar. O mesmo acontece quando alguém se aproxima dele na tentativa de ter uma relação mais próxima, uma amizade ou afeto íntimo: ele defende a "casa" e não permite que entrem.

Pensando nos ensinamentos de Freud, podemos dizer que os pacientes do *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa* estariam mais próximos das *neuroses narcísicas* de então, sendo importante distinguir os casos clínicos nos quais a repressão se manifesta pelo recalque daqueles casos em que o mecanismo de defesa se expressa de outras formas, como as clivagens psíquicas, a neutralização, as dessensibilizações e os refúgios como forma de retorno ao estado de narcisismo primitivo.

Sobre as diferenças significativas entre as cisões ou clivagens e as repressões ou recalques, Figueiredo propõe uma interessante imagem gráfica de barreiras horizontais e verticais que dividiriam áreas psíquicas, trazendo consequências bastante distintas quanto ao seu “ponto de corte”. De modo mais claro, as cisões ou clivagens seriam barreiras verticais que incidiriam anteriormente e deixariam, de um lado, o psiquismo integrado e, de outro, zonas não integradas ao psiquismo (fora do campo da representação). As repressões ou recalques, por sua vez, seriam marcadas por barreiras horizontais, deixando “*soterradas*” algumas partes da experiência excluídas da consciência, trazendo a lume os modos neuróticos de enfrentamento de conflitos (FIGUEIREDO, 2008a, p.16).

Ao desenvolver o tema, sob a premissa de que haveria uma “limitação da obra freudiana dado o seu referente, a neurose”, Green (1988, p.12) passa a buscar novos “referentes” para trabalhar a questão do narcisismo e dos chamados “casos-limite”, situados em um campo entre as neuroses clássicas e as estruturas psicóticas ou narcisistas. Para ele, há uma articulação entre narcisismo e pulsão de morte da qual Freud não se ocupou, deixando aí um campo *a descobrir*.

Ao tentar fazê-lo, afirma que a distinção entre o Eu e não-Eu, que implica a admissão de existência de um objeto separado, acaba por gerar uma exposição do Eu a *inumeráveis desilusões*, o que traria uma experiência de demasiado ressentimento, ódio e desespero, seguida de uma busca do UM ou de uma redução das tensões ao ZERO, como uma aproximação da morte psíquica. Realça Green (idem, p.21) sobre o desejo:

[...] desejo é o movimento pelo qual o sujeito é descentrado (n.r., segundo uma fórmula de Lacan), isto é, que a busca do objeto da satisfação, do objeto da falta, faz o sujeito viver a experiência de que seu centro não está mais nele mesmo, que está fora de si num objeto do qual está separado, ao qual tenta se reunir para reconstituir seu centro, por meio da unidade - identidade reencontrada - no bem-estar consecutivo à experiência de separação.

A princípio, nessa vivência da falta, a primeira experiência do bebê seria a da realização alucinatória do desejo: ele supõe que possui poderes internos para fazer ressurgir o seio-mãe, porque, quando chora de fome, a mãe aparece para alimentá-lo. Passada uma fase inicial de identificação mãe-bebê, há de ser viabilizado um suporte ambiental para a sustentação da ausência materna e a quebra da fusão, mas, em não havendo a possibilidade de o bebê elaborar as pequenas frustrações à sua imediata satisfação, para Green, haverá "uma sequência de deslocamentos sobre objetos substitutos" que "renovará o fracasso inicial" (idem, p.22).

Para ele, uma vivência precoce fracassada traria a consequência de que "todo o contato com o objeto exacerba o sentimento de descentramento" (idem). E, para combater essa vivência, Green entende que o indivíduo buscaria uma forma de mimetizar o desejo, de modo a não permitir o acesso de Outro ao centro do Eu: por mimetismo constrói uma modalidade de desejo do Um, que seria uma "mimese do não-desejo, desejo de não-desejo" (1988, p.23).

Os narcisistas são pessoas feridas que portariam uma decepção profunda "cujas feridas ainda estão em carne viva", não limitada a um dos pais apenas, mas referida a ambos (GREEN, 1998, p.17). Ao usar tal mecanismo, inconscientemente, eles fazem uma troca de sinais entre pulsões de vida e de morte, sendo esta última uma aproximação do ponto tendente a Zero, do alívio do não desejar.

Tal citação nos remete a Didier Anzieu, que trata do narcisismo e da instauração do "Eu-pele". Anzieu (1989) defende que, assim como a pele propriamente dita desempenha a função de sustentação dos ossos e músculos do corpo, o indivíduo há de atravessar um processo de instauração do *Eu-pele*, relacionado à constituição de um envelope psíquico com a função de manutenção do seu psiquismo de forma integrada.

Na interação do bebê com o objeto maternante a função biológica é exercida pelo ato da mãe de segurá-lo, envolvendo-o e dando-lhe uma dimensão de espaço, de limite do externo, do calor, do frio e da temperatura do corpo materno. A mãe oferece ainda ao bebê a sensação de limites da sua própria pele. Para Anzieu, a função psíquica seria o resultado direto da "interiorização" desse holding maternal. Segundo ele, a "instauração do Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base" (p.44).

A pele teria três funções: a primeira, de "bolsa que contém e retém em seu interior o bom e o pleno" (aleitamento, cuidado e banho de palavras); a segunda, uma função de "interface que marca o limite com o de fora e o mantém no exterior", como barreira que

protege das agressões externas; e a terceira, a função de lugar e meio primário de comunicação (além da boca) com os outros; "superfície de inscrição" dos traços deixados pelas relações com os outros. A partir dessas funções, o *Eu-pele* cria a possibilidade do pensamento e de integração do Eu (idem, p. 45).

Anzieu (1989) toma por empréstimo um exemplo literário de *personalidade narcísica*, inspirando-se na novela *L'Invention de Morel* (1940), de Bioy Casares para desenvolver a ideia da existência, nesses casos, de duas faces da pele psíquica (face externa e interna) funcionando como uma "parede dupla", o que seria uma "*solução topográfica de abolir a separação*" para o sujeito tentar bastar em seu "*próprio envelope psíquico*" (p.112). O narrador de tal novela apresenta-se como "*um esfolado vivo permanente*", vítima de erro judiciário, que, para escapar da detenção, isola-se em uma ilha descrita como uma "*fracassada pele simbólica que falha no envolver, no conter, no proteger seu habitante*", já que as "*frustrações e os traumatismos que se acumularam sobre ele nesse lugar inóspito se apropriam sem cessar de seu frágil Eu-pele*" (p.144)

Nas personalidades narcísicas, a separação entre as duas faces do *Eu-Pele* tende a desaparecer, como um meio de cortar a dependência em relação ao outro, dada a fantasia de ataques externos e internos e de "pele descarnada" (idem, p.148).

Entendemos que o fenômeno da *parede dupla* encontra-se ligado à *mineralização da crosta psíquica* descrita por Freud em *Além do Princípio do Prazer* (1920). Como dito, a vesícula viva que compõe o sistema de pára-excitações é eficaz até certo limite, havendo a necessidade, em algumas situações, de o indivíduo evacuar o desconforto pela projeção, fazendo com que o mundo seja experimentado como hostil. Assim, a defesa pela via da solidificação desse envelope narcísico (em parede dupla) pode trazer algum tipo de proteção contra os transbordamentos pulsionais, mas é certo que, por carecer de flexibilidade, deixará o indivíduo *ilhado*.

A teoria de Didier Anzieu, portanto, liga-se aos aspectos relatados por André Green sobre analisandos que vivem às voltas com questões alusivas às suas constituições narcísicas, lutando contra um *envelope narcísico* que apresentou falhas de origem, e que os converteu, metaforicamente, em indivíduos "*cujas feridas ainda estão em carne viva*" (para Green) ou andam pelo mundo, em suas ilhas, como "*esfolados vivos permanentes*" (para Anzieu).

André Green (1988, p.24) recorda que não é o desprazer que substitui o prazer, mas, sim, o Neutro, a "anorexia de viver". Julgamos esta formulação muito importante para o presente trabalho, sobretudo em relação aos casos de *tédio-defesa* e *apatia-*

*adaptativa*, nos quais os indivíduos apresentam uma grande dificuldade de acessar o desejo próprio e de construir relações objetais espontâneas e potentes, experimentando empatia pelo Outro. Este é sempre assimilado como enfadonho, intruso ou inimigo, como se a negação da necessidade de se enlaçar a um Outro, inclusive na sua linha familiar, lhes proporcionasse um lugar especial em seu mundo psíquico.

A tese de Green (1988) cabe como uma luva à situação referida: "Nenhum sujeito mais do que o narcisista sofre tanto ao se ver catalogado sob uma rubrica geral, cuja preocupação é não ser apenas um, mas **único sem ancestral nem sucessor**" (p.18, grifos nossos).

Segundo Green (1988), a ligação mãe-bebê sofre profundo impacto na separação do amálgama estabelecido na díade, gerando diversos resíduos, tais como a angústia da separação, a fragmentação vivenciada quando se efetiva discriminação dos dois sujeitos em fusão, a vivência de que há objetos separados do Eu e a possibilidade de reversão da libido ao ego.

Em razão do impacto de separação, Green teoriza sobre os mecanismos de defesa quanto a tal quebra, falando em duas "formas" de *narcisismo primário negativo*: uma, referente à "organização das pulsões parciais do Eu em investimento unitário do Eu", e a outra, que chama de "narcisismo primário *absoluto*", como expressão da tendência à redução dos investimentos ao nível zero" (GREEN, 1988, p. 38). A primeira forma se relaciona aos casos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*, ao passo que o denominado "narcisismo primário *absoluto*", como tendência ao ZERO, será esmiuçado no capítulo seguinte, pertinente ao *tédio-branco* e à *apatia-existencial*.

Para Green (1988), em face do acontecimento traumático, as pulsões de morte são intensamente ativadas. Sem excluir ou refutar a pulsão de morte tal qual postulada por Freud no texto de 1920, ele passa a nominá-la de "pulsão de destruição" (1988, p.57). Elas seriam chamadas de *pulsões de destruição* por serem manifestações das *pulsões de desligamento* que atuariam tanto em direção ao externo (para destruir o laço com o objeto), quanto ao interno (voltadas ao desligamento do próprio sujeito).

Nos casos que Green (1988) denominou de *narcisismo de vida*, o sujeito tende a reduzir todas as tensões ao UM, voltando a agressividade ou a indiferença aos objetos externos. O indivíduo empreende uma luta contínua contra a alteridade, e sua pulsão de destruição estará lançada para fora. Nas outras hipóteses clínicas, para as quais ele usou a rubrica *narcisismo de morte*, há uma tentativa de redução das tensões ao nível ZERO e, nesses casos, partes do próprio sujeito precisam ser atacadas.

Para Ferenczi (1928), como vimos, deveria existir um *prodigioso dispêndio de amor* para a escolha pela via objetal; para Winnicott (1960/1990a), "uma mãe suficientemente boa". Para Green (1988), o Um há de ser pensado em bloco, junto com o Outro e também com o Neutro. E o que aparece como manifestação sintomática é um indivíduo com *comprometimento em seu fluxo desejante*, sem incluir objetos e experimentando uma vida de baixa intensidade, marcada pelo tédio e pela apatia.

Segundo Figueiredo e Coelho Jr. (2008, p.61), a retração narcisista, como aventado anteriormente, decorre de um intenso mal-estar, como defesa à vivência de um sofrimento psiquicamente difícil de suportar, a saber:

*[...] seria lícito conjecturar que quanto menos reservas se acumularem no organismo, maior o perigo de um traumatismo devastador, e mais potentes (rígidas ou opacas) devem ser suas defesas externas; esta rigidez ou esta opacidade podem se converter, então, em uma espécie de **aprisionamento narcísico do próprio no próprio** (grifos nossos).*

Sobre a prática psicanalítica em casos que tais, declara Green (1988, p.17): "*Narciso nega Eco, como os analisandos-que-não-entram-em-transferência nos ignoram magnificamente*". Como analistas, portanto, procuramos eco na transferência e, muitas vezes, não o encontramos, face à posição de enrijecimento do analisando, de narcisismo fechado, de difícil acesso. Cabe-nos cuidar dos aspectos mais contundentes do encapsulamento, máxime no que tange aos efeitos e irradiações da "escolha" do "narcisismo do Um" em relação aos objetos significativos da vida do analisando.

### 2.3.5. OS RASTROS DO TRAUMA E DA CLIVAGEM EM RENÉ ROUSSILLON

*" [...] É uma alegria estar escondido mas um desastre não ser achado".*

*Donald Winnicott (1990d, p.169)*

Neste ponto, será necessário dar um salto temporal para apreciar questões abordadas nas últimas décadas sobre algumas consequências dos quadros clínicos marcados pelo trauma, fazendo uma interrelação entre os ensinamentos de Ferenczi, Winnicott e André Green. A esse respeito, louvamo-nos dos construtos de René Roussillon (2012) sobre vestígios deixados pelos eventos traumáticos, especificamente os rastros que ele denomina de *neutralização energética e defesas paradoxais*.

Esses mecanismos defensivos explicam, a nosso ver, como os analisados do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* elegem seus parceiros amorosos e mantêm seus laços afetivos: eles se protegem de altas intensidades, evitando, com isso, fazer grandes investimentos nos objetos amorosos para não serem retraumatizados, como se houvesse um sistema de alerta inconsciente, do qual simbolicamente não teriam como saber, mas que funciona subterraneamente, modulando as temperaturas da superfície. Nos termos abordados por Roussillon (2014, p.193), seria como:

Organizar ativamente um deserto para se proteger da desertificação das relações, organizar um vazio psíquico para se defender da irrupção de um vazio incontrolável, cortar os laços para se precaver contra a perda do laço e da capacidade de se ligar ao outro, mais classicamente abandonar para não ser abandonado, se fragmentar para se proteger da fragmentação.

Defesas essas que apresentam em si o paradoxo da desertificação, do vazio, do abandono e da fragmentação.

As *defesas paradoxais* seriam formas defensivas complementares arquitetadas para criar um obstáculo constante contra o retorno do clivado, mas, nesses casos, a parte mais genuína do ego que demandaria cuidados face ao impacto do traumatismo primário fica excluída da cena pela clivagem.

Para Roussillon (2012), com inspiração ferencziana, o *traumatismo primário* seria uma vivência muito precoce de desamparo e sofrimento psíquico decorrente do ambiente, sendo a sua principal marca o fato de tornar a experiência traumática não integrável na subjetividade. Ele defende, assim como Ferenczi, que há um processo de clivagem do evento traumático ou da experiência, devido ao desamparo psíquico do indivíduo quando suporta o impacto e à intensidade do sofrimento psíquico. A clivagem, conquanto deixe a vivência não integrada ao psiquismo, produz vestígios e, por isso, a experiência clivada sempre ameaça retornar, com maior ou menor intensidade, o que compele o eu a recorrer a soluções complementares para manter a cisão.

Se, em relação ao traumatismo secundário freudiano, a ameaça que existe é do retorno do recalçado e predomina a angústia de castração, no traumatismo primário há um estado qualificado como *agonia psíquica*. Nesse aspecto, o autor se inspira em Donald Winnicott, que teoriza sobre a reação às agonias primitivas ou impensáveis como uma experiência que não pode ser simbolizada (WINNICOTT, 1990c, p. 57).

Roussillon (2012) adota a ideia winnicottiana dos três tempos do trauma, relacionando ao ambiente o agravamento de uma situação que poderia ser apenas

potencialmente traumática, não fosse a ausência de respostas adequadas do meio, mas que acaba por assumir a natureza de trauma. No primeiro tempo (tempo X), o aparelho psíquico é ameaçado por um afluxo de excitação capaz de provocar um transbordamento pulsional, o que se dá: 1) por causa da imaturidade de seus meios, 2) pela intensidade das quantidades envolvidas, ou 3) pelo caráter enigmático das impressões recebidas. Dada essa carga transbordante, o mecanismo imediato é que a psique comece a tentar ligar o excedente aos seus recursos internos disponíveis ou tentar evacuar parte do excedente.

Roussillon (2012) parte da tese de que os recursos internos são esgotáveis, no que diverge de Freud. Assim, se houver tal esgotamento no denominado tempo X, quer porque falharam as tentativas de ligação do excedente pulsional, quer porque não houve êxito na sua descarga, será atingido um ponto de *desamparo primário*, no qual a vivência será de desprazer intenso, tensão e ausência de representação. No tempo X+Y, ele buscará auxílio externo para combater o desamparo. Se o objeto não socorrê-lo a tempo e permitir que transcorra um período maior que o suportável, o estado de falta se agrava, desembocando no tempo X+Y+Z, que ele batiza de *traumatismo primário*, no qual o sofrimento psíquico gera um estado de *agonia*.

A experiência traumática primária não desaparece no âmbito inconsciente, deixando seus rastros clivados. Ela desaparece, tão somente, na subjetividade consciente, mas impõe um preço a ser pago: o empobrecimento do eu. Com efeito, nas denominadas *patologias narcísico-identitárias* há muito mais uma **falta de ser** do que uma falta no ser, pois a melhor parte da psique acaba por se alienar diante da tarefa de proteger o psiquismo do retorno do clivado (2012, grifos nossos).

A falta de ser decorreria, precisamente, da necessidade do sujeito de se apartar da própria subjetividade no momento em que se retira da situação de desamparo: ele deixa de sentir o estado traumático, mas, para tanto, amputa partes de si. No combate silencioso contra o retorno do clivado e para evitar uma retraumatização, o indivíduo usa um tipo de ligação primária não simbólica – a *neutralização energética* – que para Roussillon (2012, p. 284) tem a natureza de uma organização psíquica que visa restringir ao máximo possível as ligações aos objetos e "as relações que possam reativar a zona traumática primária e o estado degenerativo de falta que a acompanhou".

A clivagem no eu protege o indivíduo da vivência de relações de objeto que lhe façam experimentar mais uma vez o retorno da falta, pela via da neutralização e do congelamento, o que traz à cena uma vida menos vitalizada, mas protegida.

Roussillon (2012) cita ainda outras defesas, como a *rendição ao contrato alienante* proposto pelo objeto significativo do sujeito traumatizado. Para se defender, o sujeito aceita "amputar" parte de si e ceder àquilo que o objeto dele espera para evitar o retorno da agonia, já que não há produção de fantasia para contornar a falta nem a possibilidade de elaboração do luto. Escolhe-se a via da submissão e da adaptação.

As *defesas paradoxais* e a *neutralização energética* são muito marcantes nesses casos. A apatia e o tédio são uma expressão viva (ou morta) desses rastros e decorrem da determinação defensiva de negar o ingresso do Outro em suas vidas mais íntimas.

O citado autor francês também elenca outra forma de ligação não simbólica do retorno do clivado: a *construção do pensamento ou funcionamento operatório*, que representaria uma tentativa de ligação biológica do excedente pulsional pela via de um padecimento psicossomático. E cita outras modalidades perversas de ligação (o masoquismo e o fetichismo) e, ainda, o delírio na psicose, modalidades que não serão analisadas face à circunscrição do objeto proposto.

Nesse ponto, entendemos que duas questões importantes devem ser ressaltadas quanto aos recentes ensinamentos de Roussillon: a primeira delas é a extensão desse modelo de trauma a experiências ocorridas em idades mais tardias e não apenas a traumatismos muito precoces (2012) e a segunda faz alusão a um problema referente ao *espelho interno do eu* (2014).

Em observação clínica, é comum verificarmos o acerto dessa primeira conclusão de Roussillon quanto à intensificação dos processos defensivos em relação a traumas ocorridos mesmo na idade adulta. Serve de exemplo a situação vivida pelo analisando João, que, como visto, iniciou a análise com a queixa de que se sentira, ao longo da vida, como um menino abandonado pelo pai. Ele reexperimentou, no curso da análise, uma nova vivência de abandono quando seu chefe, que ocupara um lugar afetivo muito especial em sua vida, decidiu, por uma triste coincidência, engajar-se em um trabalho da mesma natureza do Médicos sem Fronteiras, passando a morar em uma localidade distante, assim como acontecera com o pai de João. A história apontou, assim, para a ocorrência de um trauma quando João era uma criança bastante pequena e de uma retraumatização experimentada na vida adulta (com a partida do seu chefe), à qual se seguiram meses de profundo tédio e apatia. Nesse período, o analisando, após deixar o trabalho em que estivera ligado ao chefe, não conseguiu iniciar um novo ofício e ficou absolutamente paralisado em sua vida produtiva e afetiva. Isso nos fez constatar a correção da posição de Roussillon (2012). No caso de João, as novas experiências de

transbordamento pulsional na vida adulta levaram a vivências traumáticas igualmente avassaladoras, com um desamparo incisivo e não simbolizado em decorrência dessa reexperimentação do trauma.

Assim também pensa Marisa Schargel Maia (2004, p.117). Ela relaciona tal vivência traumática ao excesso pulsional, que pode aparecer precocemente e, igualmente, em idade adulta:

[...] entendo que esse processo de desdobramentos psíquicos diante das vivências traumáticas não aparece apenas nesse momento de constituição da subjetividade, mas será sempre ativado em qualquer momento da vida em que o sujeito se vir premido pelo excesso pulsional (grifos nossos).

O segundo ponto relevante defendido por Roussillon (2014) é o de que no cerne desses sofrimentos haveria uma *decepção narcísica primária*, que redundaria em dificuldade na organização da reflexividade, ou seja, no *espelho interno do eu*, que gera a impossibilidade de estabilização de questões identitárias e do narcisismo do sujeito, fato de grande influência na forma desses indivíduos engendrarem relações com outros - relações experimentadas como artificiais, formais, frias ou não genuínas - uma vez que, para sobreviverem, privaram-se de partes de si mesmos.

Segundo defende Garcia-Roza (apud Maia, 2004, p.130), no que concerne ao trauma e seus rastros, estas marcas psíquicas (*Pragung*) devem ser consideradas pelo analista como "pegadas deixadas pelas vivências de satisfação ou de dor", sendo equivalentes, portanto, a "marcas de irrupção do real" e, como tais, uma "forma de presentificação da libido ou, mais adequadamente, da pulsão de morte". Daí se conclui que restaria um resíduo ou uma pista para o analista seguir, já que tais marcas se assemelham a signos de percepção que nos levam a possíveis caminhos.

Na condição de analistas, cabe-nos seguir tais "pegadas" - mesmo sabendo que são uma presentificação da pulsão de morte - para que a vivência do analisando, da ordem do real, possa encontrar vias de simbolização.

Nesses casos, a escuta do analista envolve um processo de *simbolização primária* não apenas centrado na narrativa linear da história do sujeito, mas, muito além disso, na transformação daquilo que foi vivido de forma neutralizada ou dessensibilizada. Essa via pode ser o começo de um processo de *apropriação subjetiva*, segundo o qual o analisando pode passar a sentir-se como o sujeito da sua própria história.

A *simbolização primária* que será o norte dessa escuta é definida por Roussillon (2015, p.41) como um "processo que parte da "matéria-prima" da experiência ["o traço mnêmico perceptivo [...] que carrega o traço sensório-motor do impacto do encontro do sujeito com o objeto ainda mal diferenciado, mas identificado, que mistura parte do sujeito com parte do objeto"] em busca de uma narrativa feita pelo sujeito, apta a se tornar linguagem e um roteiro possível de ser narrado a outro sujeito, compartilhado e reconhecido para, então, vir a ser integrada à subjetividade".

O retorno do traumático, porém, apresentará os mais variados desafios de escuta e, segundo Figueiredo (2008c, p. 64), afigura-se muito mais perturbador que o retorno do recalçado, uma vez que as marcas psíquicas não integradas, que ele nomina de "quase-coisas", "retornam indigestas e fora de controle". Ele destaca que os pacientes que enfrentam tal retorno vivenciam "um estado crônico de confusão" ou, em casos menos graves, uma espécie de "ruído", uma névoa, dada a rede de informações desligadas umas das outras" a que se encontram vinculados. É sob essa névoa que devemos caminhar.

## 2.4. PENSAMENTO CLÍNICO

*"A transferência é algo novo, é algo velho, ou algo novo feito com o algo velho? Prosa laboriosa do que foi ou poesia do que advém?"*

*Jean-Bertrand Pontalis (1991, p.81)*

Como esclarecido na Introdução, a exposição dos fundamentos teóricos e de aspectos do discurso dos pacientes do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* se justifica, prioritariamente, por uma busca de ordem clínica que se sobrepõe ao louvor à teoria. A presente pesquisa se presta a tentar lançar luz sobre as particularidades dessa escuta, além de cotejar formas de manejo possíveis para atender às demandas de "sofrimento silencioso" que vêm aparecendo de modo significativo nos consultórios na atualidade.

Diante do exposto, depreende-se que o indivíduo que busca análise nessas hipóteses apresenta os sintomas do tédio e da apatia, na maior parte das vezes conjugados. Ele se apresenta em estado de alerta, em posição defensiva e narra uma sensação de inautenticidade e falta de espontaneidade, o que faz com que nos confrontemos, enquanto analistas, com um enigma e um desafio.

A princípio, com base nos indícios da falta de representação do evento ou da experiência traumática, suspeitamos da existência de *fueros*, cidades sem pontes de comunicação, encapsulamento, uma "ferida na memória", uma ilha sem barcos, um "projétil de *chumbo que não se pode retirar do corpo*", todos eles, como quer que se denomine<sup>3</sup>, apreendidos como indicadores da existência de algo que não existiu como representação psíquica, mas atuou como mera *marca psíquica* desorganizadora. Tal marca produz efeitos e deixa rastros no psiquismo clivado do indivíduo e sofre os empuxos da compulsão à repetição para que tal experiência ou evento deletério venha a ser integrado. Nesses casos, haverá um marcante empobrecimento do ego.

Para construir um Pensamento Clínico, vamos dividir essa investigação em quatro principais vias: 1) qual deverá ser a posição do analista diante desses casos? Para tanto, apreciaremos a ideia de *resto diurno*; 2) como se dará a escuta? No particular, convocaremos os conceitos de *empatia* e *tato*, inspirados na doutrina ferenciana; 3) o que seria a *revivência* em análise das cenas traumáticas infantis? Nesse ponto, falaremos da necessidade de contenção do furor de interpretações por parte do analista; e, por fim, 4) o conceito de transferência paradoxal.

#### 2.4.1. O ANALISTA COMO "RESTO DIURNO"

Em um primeiro momento, como dito, cabe-nos refletir sobre a indagação: *qual deverá ser a posição do analista na escuta desses casos?*

Sustentamos a ideia de que, nos casos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*, devemos nos posicionar transferencialmente como um potencial elo de ligação, como uma ponte entre o material expurgado e uma chance de simbolização e narrativa, aproximando um campo não-linguístico de um campo da linguagem. Nesse ponto, concordamos com a tese de Maria Schargel Maia, de que o analista deve exercer uma função de *resto diurno* (MAIA, 2004).

Tal tese está fundada na ampliação que Sándor Ferenczi efetiva quanto à função dos *restos diurnos* nos sonhos, entendendo-os como "sintomas de repetição de traumas" (1934/2011, p.128). Para ele, a repetição do traumático nos sonhos tem um caráter positivo, pois os eventos clivados tentariam retornar à cena psíquica para

---

<sup>3</sup> As referências entre aspas são de autoria, respectivamente, de Sigmund Freud (1891), Márcio Seligmann Silva (1990) e, por último, Gabriela Maldonado e Marta Rezende Cardoso (2009).

alcançar uma *liquidação*, ou seja, para conduzir o trauma a uma resolução. Defende ele que se o indivíduo traumatizado conseguir estabelecer um vínculo entre a passividade total do sono e a vivência do traumatismo "*até o fim [...] uma nova espécie*" de resolução do trauma, *mais vantajosa e até mais duradoura, pode produzir-se*" (p.130).

Pensando na relação analítica à luz dessa teoria, portanto, dada a impossibilidade de rememoração do evento clivado, a revivência das experiências traumáticas em um ambiente marcado pela confiabilidade traria a possibilidade de ligação ou inscrição das marcas psíquicas como representação.

Nesses casos, da mesma forma que se apreciaria ou escutaria a narrativa de um sonho, a presença do analista pode funcionar como uma via de conexão. O analista, segundo Maia (2004, p.210), mediante "pequenos gestos, o modo de falar, uma pequena entonação, uma sílaba, um quê no virar o rosto [...] pode se oferecer como dispositivo, num circuito de pequenas percepções, para que uma transferência se opere". Tais demonstrações de afetação funcionariam como "ganchos" para a atualização do material que não pôde, até então, ser rememorado.

O passado apareceria virtualmente no presente, tanto nos sonhos quanto na transferência, suscitando uma perlaboração de seu conteúdo pela dupla. Seria uma aparição virtual, porque não se trata de *passado* como lembrança ou memória, mas, sim, como uma marca psíquica não inscrita, fora do campo do representável (idem, p.210).

Encontramos fundamentos para embasar essa ideia também na noção de *transferência* sustentada por Pontalis (1991, p. 79), para quem a função transferencial do analista circunscreve-se nesse âmbito: "*de resto diurno, de representação anódina ou de uma lembrança de cobertura*".

Em outras palavras, ele diz que um dos ensinamentos da psicologia das neuroses traduz-se na ideia de que uma representação inconsciente não encontra formas de penetrar no pré-consciente, a não ser que se ligue a uma representação anódina (sem potencial de oferecer resistência). A representação inconsciente, por isso, empresta intensidade para esta representação anódina e dela recebe uma "cobertura".

Seria como equiparar a representação inconsciente a um motor de um pequeno barco que só poderia fazer a travessia de um rio caso colocassem um "guarda-chuva" para protegê-lo das intempéries. A representação inconsciente dá impulso, é o motor, mas sem a representação anódina como proteção e cobertura não há trânsito possível, pois a chuva faria o motor parar. Um não atravessa sem o outro.

Pensamos que é uma excelente medida considerar a função do analista como *resto diurno*, como potencial elo de ligação ou ponte entre a área isolada do traumático e o psiquismo organizado, sobretudo para viabilizar o acesso à narrativa de um campo marcado pelo mortífero. Nesses casos, o analista, que acompanha o analisando em sua narrativa, agrega uma cobertura ao material clivado, e, em um ambiente maleável e apto a suscitar a travessia da marca traumática, pode favorecer, como um resto diurno, que a revivência da experiência proporcione sua simbolização primária.

#### 2.4.2. A EMPATIA E O TATO NA ESCUTA DO MATERIAL TRAUMÁTICO

Uma vez antecipada a ideia de posição do analista, cumpre-nos pensar em *como se dará essa escuta*, sobretudo face aos empuxos da pulsão de morte, do destrutivo e de toda a estrutura defensiva montada para sustentar a clivagem.

Começando por Freud, é notório que ele passou a expressar, a partir da década de 20, certo pessimismo quanto aos limites do trabalho terapêutico. Freud trouxe à tona a noção de que a própria pulsionalidade do sujeito, face à presença do destrutivo e da morte, seria um obstáculo às mudanças subjetivas mesmo após um intenso trabalho analítico. A constatação o levou a engendrar os conceitos de *reação terapêutica negativa* e de *compulsão à repetição* e a afirmar que as resistências às modificações subjetivas e o apego ao sintoma também seriam oriundos do Id (FREUD, 1926).

Em *Recordar, Repetir, Elaborar*, Freud (1914) retrata pela primeira vez a compulsão à repetição como um obstáculo à análise sob a forma de resistência do analisando, mas ele amplia ainda mais esse sentido em 1920, tratando a compulsão como uma tendência do pulsional, não restrita ao retorno do recalado, mas com a natureza de algo que antecederia, até mesmo, ao princípio do prazer, como uma tentativa primária de dominar transbordamentos pulsionais excessivos.

Na obra freudiana saltam aos olhos modalidades diferentes de repetição, a saber: a repetição das representações recalçadas, que podem ser rememoradas e interpretadas no curso da análise; a repetição de afetos marcados pelo trauma sem preparo prévio do psiquismo e sem possibilidade de inscrição (como nas neuroses traumáticas e a repetição dos sonhos traumáticos como tentativa de domar o desarranjo pulsional); a repetição de atos mecânicos e a alusiva ao lúdico infantil (marcado pelo Fort-Da do seu neto), sendo a brincadeira uma tentativa de elaborar e ligar conteúdos

penosos para a criança.<sup>4</sup> Nesses casos de neuroses, sonhos traumáticos, da repetição da clínica psicanalítica e do lúdico infantil aparece a *compulsão a repetir* marcada por uma característica comum: a meta de uma função estruturante, fundada na busca de ligação de intensidades que transbordam no psiquismo.

Seriam essas formas muito iniciais e primitivas de o aparelho psíquico tentar dominar o excesso de estímulos, relacionadas mais a ligações e desligamentos pulsionais do que ao prazer e ao desprazer propriamente ditos. É por essa razão que Freud denomina tal tendência como algo "além" do princípio do prazer.

Enquanto para Freud (1920) a pulsão de morte tinha certa conotação negativa, no sentido de regressão ao estado inorgânico, ao ponto zero, para Ferenczi (1914) o retorno ao repouso possui sinal manifestamente positivo. Ele define o espaço situado entre o sono e a morte como um espaço saudável, de recuperação, apto a funcionar como anteparo a impactos traumáticos advindos da interação do indivíduo com o meio. Haveria, para ele, uma possibilidade de assimilação de alguns traumas *constitutivos* do próprio indivíduo, desde que, na vida cotidiana, ele pudesse encontrar vias para dissipar o fator traumatogênico – o sono reparador, os sonhos, a vida sexual e fantasística, o prazer, o lazer, o brincar e o jogar. Apenas na ausência de saídas para dissipar os traumas eles se converteriam em elementos fora do campo da representação.

Historicamente, Ferenczi acabou por suportar uma velada *pena de banimento* do movimento psicanalítico, sobretudo depois que Ernest Jones lhe atribuiu uma condição de delirante nos anos 30. Naquela época, o psicanalista húngaro postulava sua *técnica ativa* e algumas modalidades de regressão, vistas como ameaças à suposta coesão da teoria psicanalítica vigente. Tal postulação decorria do seu atendimento diuturno de casos clínicos de "pacientes difíceis", que não se enquadravam no modelo clássico da neurose e que estavam fora das bordas de um corpo teórico já formatado.

A clínica contemporânea, a bem da verdade, vem a ser quantitativamente caracterizada pela mesma marca da clínica ferencziana: uma farta e significativa escuta de pacientes que apresentam a sua problemática relacionada aos quadros de clivagem e questões alusivas aos processos de representação e simbolização, muito mais próximos às ditas neuroses narcísicas freudianas, aos pacientes difíceis ferenczianos, aos falsos selves winnicottianos e às estruturas narcísicas de Green. Talvez seja essa a justificativa para a busca dos operadores da clínica contemporânea pelos ensinamentos

---

<sup>4</sup> Listagem proposta por Maia, Marisa Schargel, in *Extremos da alma, Dor e Trauma na atualidade e na clínica psicanalítica*, Coleção A Lei do Desejo, Editora Garamond, 2004, p.188.

técnicos de Ferenczi, outrora dissidente, hoje emergente psicanalista e teorizador, no sentido de fazer face a sofrimentos enquadrados em um campo que excede o conflito psíquico entre instâncias e a problemática do recalque.

Já em 1913, Sigmund Freud destacava que toda mecanização da técnica deveria ser afastada na escuta psicanalítica, sendo certo que a busca de Ferenczi pretendia jogar luz sobre um campo não explorado expressamente pelo mestre, visto que Freud não produziu escritos técnicos sobre a questão da escuta analítica do traumático como o que escapa à representação e à simbolização.

Nesse tópico, apreciamos os aspectos clínicos da escuta e do manejo pertinentes aos casos em que a pulsão de morte se manifesta nos termos acima sustentados, como *apatia-adaptativa e tédio-defesa*, como neutralização do próprio sentir, do afastamento do Outro, das relações objetais e da impossibilidade de vivenciar o prazer no cotidiano. E, embora seja distinto o ponto de partida de Ferenczi e de André Green sobre a pulsão de morte nesses casos, a perplexidade dos autores acaba por ser a mesma: como manejar clinicamente casos de desvitalização, tédio por defesa, neutralidade e apatia adaptativa, casos eivados de *anorexia de viver*?

Para Winnicott (2011b) mesmo em situações profundamente traumáticas nas quais algo do psiquismo fica em estado de semimorte, restaria sempre como resíduo uma potencialidade persistente no sentido da vida e uma via de revitalização.

Dentro da ótica ferencziana (1920; 1928b; 1929; 1933/2011), o analista teria como caminho possível para auxiliar o analisando na simbolização do material traumático "expurgado" ou "marginalizado" do psiquismo escutar empaticamente a situação traumática, sem negá-la, desmenti-la ou desautorizá-la, permitindo que ele possa vivenciar o que não foi possível na época precoce em que experimentou o trauma. Seria uma forma de *reprodução* da experiência traumática em um ambiente propício a tal sustentação, e não, uma mera *repetição* do traumático.

Apreciando a experiência do *Einführung* (empatia, sentir "com") a partir do cotejo de textos freudianos e ferenczianos, Coelho Jr. (2004, p.74) destaca que, no contato com o *outro*, o sujeito pode se posicionar de diversas formas: surpreender-se, ser traumatizado, estranhar, experimentar familiaridade, "pensar" e "sentir" o outro a partir da própria imagem e semelhança pela via das projeções, tentar ser como ele pela via do mimetismo, envolver-se em identificações e contra identificações projetivas, engajar-se em processos transferenciais e contratransferenciais, identificar-se, sofrer ou

experimentar processos identificatórios com o outro; pode, "enfim, ser constituído pelo outro ou constituí-lo, ou vivenciar processos de mútua constituição".

No texto *Elasticidade sobre a Técnica Psicanalítica*, emblemático quanto ao desenvolvimento do tema, Ferenczi (1928b/2011, p. 31) define o tato *psicológico* como "a faculdade de *sentir com* (einfühlung)". Ele destaca que a atuação do analista deve ser movida pela habilidade de aferir o momento e a forma de comunicar algo ao analisando, pela aptidão de compreender "quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões", pela sensibilidade à forma de apresentar suas comunicações, sabendo reagir a reações inesperadas do paciente e também se calar quando for necessário para aguardar futuras associações. Deve ter tato, igualmente, para saber "em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente".

Ferenczi (1928b) esclarece que a ideia de tato psicológico e de empatia não se aproximam de um aspecto místico da psicanálise, muito menos de um abandono do rigor do fazer analítico, tentando se precaver antecipadamente quanto a um desvirtuado uso dessas noções. Ele cita limitadores ao conceito de empatia, invocando a segunda regra fundamental da Psicanálise ("quem quer analisar outros deve, em primeiro lugar, ser ele próprio analisado", p.31), mas repugna a posição autoritária e distante do analista ("nada mais nocivo em uma análise do que a posição de professor ou mesmo de médico autoritário", p.36) e ressalta o aprendizado do sofrimento como um dos resultados principais da psicanálise.

Assim, Ferenczi invoca uma exigência moral como sucedâneo da operação. Ele defende que o tato "exigido" do analista passa pela via "de não fazer a outrem o que, em circunstâncias análogas, não gostaríamos que outros nos fizessem"(1928b, p.32).

No subtexto, portanto, há um norte do que vem a ser a ética ferencziana e a elasticidade de sua técnica, face aos seus questionamentos críticos quanto a uma posição hierárquica, fria e distante do analista. Ferenczi vai esboçando, assim, uma futura combatividade que será sua marca no que concerne à distância verticalizante do analista, que poderia ensejar uma falta de vitalidade do trabalho analítico. Ele deixa bem claro que o "tato" não será o único arsenal de que disporá o analista, que deve manter uma constante dialética face à "*oscilação perpétua entre 'sentir com', auto-observação e atividade de julgamento*" (idem, p. 38).

Também nesse texto há outro interessante conceito ferencziano: a ideia de que o analista deve se prestar, às vezes, ao papel de "João-teimoso" (watschermann), permitindo ao paciente que exercite os seus afetos de desprazer sem retaliações.

Na experiência real em "mares turbulentos", tais como as transferências nesses casos, Amyr Klink (apud Pessoa, 2016. p.92) diz que, para enfrentar fortes correntes marítimas e ventos oceânicos ou continentais capazes de virar qualquer embarcação a solução "jamais estaria num barco *incapotável*, mas exatamente no seu oposto: em um barco capaz de capotar e descapotar continuamente, voltando ao prumo depois" .

O que permite ao analista funcionar como "*joão-teimoso*" ou "*barco capaz de capotar e descapotar continuamente*" é, segundo entendemos, a capacidade de empatizar com a dor psíquica causada pelo material clivado.

Figueiredo defende que, nos casos de dissociações patológicas, o analista tem que ter a maleabilidade de "abandonar-se ao fascínio quase hipnótico" em várias circunstâncias, ou seja, "deve ser capaz de deixar-se afetar pelas partes cindidas e dissociadas do paciente de um modo muito intenso" e, igualmente, "ser capaz de experimentar também um estado de dissociação no qual abre canais simultâneos e paralelos de comunicação verbal e não verbal" (FIGUEIREDO, 2008a, p.29). Esse fascínio quase hipnótico, pensamos, seria uma forma de empatizar, de afetar e deixar-se também ser afetado, de "sentir com" o analisando.

Como destaca Coelho Jr (2004), Freud tem certa familiaridade com a noção de *Einfühlung* já em seus textos iniciais<sup>5</sup> e considera essencial ao analista esse estado de ânimo para o trabalho terapêutico. Ele destaca, porém, que Freud se posiciona de forma mais precavida ou parcimoniosa tanto por temer a aplicação indevida de tal conceito quanto que a arbitrariedade e fatores subjetivos pudessem vir a invadir a cena analítica.

O tato e a empatia devem estar presentes, assim, como disposição de ânimo do analista, mas ele estará adstrito a outros limites do campo analítico para que a liberação do material traumático possa ocorrer em doses suportáveis para os analisandos.

Não há dúvidas de que a escuta de tais casos clínicos abarcará sempre muitos desafios e dificuldades, sendo árdua a tarefa de quem tenta construir algum espaço analítico para o aparecimento do material clandestino. O analista deverá ter *tato*. Para Pontalis (2005, p. 235), tal palavra "*evoca menos uma circunspeção do que a sensibilidade para uma superfície, lisa ou rugosa, porosa ou blindada, para o aspecto de uma pele que acariciamos ou que se eriça. Indica a bipartição entre fora e dentro, determinante no que podemos perceber de uma posição contratransferencial*".

O tato norteará, portanto, essa posição do analista.

---

<sup>5</sup> No *Livro sobre os Chistes* de 1905 e no texto de 1913, "Sobre o início do tratamento", já há menções ao *einfühlung*.

### 2.4.3. DA REVIVÊNCIA EM ANÁLISE DO MATERIAL TRAUMÁTICO

Ferenczi postulou, como vimos, uma mudança de concepção do lugar a ser ocupado pelo psicanalista nos casos de *pacientes difíceis*, mantendo a tradição freudiana de um lado, mas reivindicando formas de atuação mais ativas, para além da técnica pura da interpretação. O psicanalista húngaro coloca a lume a ideia de “comunicação” entre analista e analisando pela via de processos identificatórios fundados na sensibilidade, já que, para ele, alguns conteúdos provenientes de épocas muito precoces, anteriores à compreensão verbal, só poderiam ser *revividos* em análise, dada a impossibilidade de *rememoração*.

É bem verdade que grande parte do que Sándor Ferenczi sustentara (1921/2011) quanto à *revivência* em análise das cenas traumáticas infantis permaneceu encoberto por uma nuvem de desconfiança e descrédito. A razão talvez tenha sido a ampliação excessiva da sua “técnica ativa” a limites questionáveis e nada ortodoxos<sup>6</sup>, que estavam muito distantes da posição de abstinência e neutralidade então esperada dos analistas.

Devemos ler os escritos sobre sua técnica ativa observando, portanto, que os excessos tão criticados, a expansão dos limites a ponto de beirar a sugestão, a instigação à tomada de decisões e a adoção de sacrifícios, eram uma tentativa de suprir a falta com a qual Ferenczi se confrontava rotineiramente diante de “casos-limite”.

Uma leitura menos superficial daquele texto de Sándor Ferenczi (1921/2011, p. 135), na verdade, permite extrair a importante noção de que “certos conteúdos psíquicos *inconscientemente patogênicos, datando da primeira infância*, que nunca foram conscientes (ou pré-conscientes), mas provêm do período dos ‘gestos incoordenados’ ou dos ‘gestos mágicos’, portanto da época anterior à compreensão verbal” não podem ser lembrados, portanto, devem ser “**revividos nos termos da repetição freudiana**”. Ou seja, devem ser revividos na transferência.

O analista precisa estar apto a ofertar um ambiente que permita a *revivência* do traumático, funcionando como meio maleável e cuidando do manejo para evitar retraumatizações, sobretudo pela via de interpretações enrijecidas. Segundo Ferenczi, “ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das

---

<sup>6</sup> Como, por exemplo, “instigar o paciente a tomar uma decisão visivelmente já madura, mas protelada pela resistência, por vezes também fazer um sacrifício particular, imposto pelo médico, uma doação caritativa. Qualquer outro donativo em dinheiro [...] no início imposto e realizado a contragosto pelo paciente” (FERENCZI, 1921/2011, p. 127).

regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (FERENCZI, 1928b/2011, p. 38).

A contratransferência nesses casos clínicos se apresenta, muitas vezes, como uma experiência de impotência. Por mais que nos ofereçamos para "sentir com" o analisando, aparece nas sessões um longo tempo de desafetação, neutralização ou congelamento, como se nada que estivesse sendo dito pelo próprio paciente fizesse ressonância de significado e deslizamento de sentido em sua vida ou nas sessões posteriores. Nossa vivência se assemelha à da construção de um Lego imenso sem o caderno-guia, acompanhada de uma sensação reiterada de que há peças que faltam.

Ferenczi e Winnicott não fizeram "ouvidos de mercador" a esses "pedidos de socorro silenciosos", mas ensinaram aos que se dedicam à tarefa de atendê-los a necessidade de deixar de lado os artificialismos e as zonas de conforto para se ajustar, em cada encontro analítico, às necessidades que emergem nos analisandos. Para tanto, o analista deve lançar mão do brincar, do humor, da vitalização, da acolhida, ou seja, deve encontrar um espaço de benevolência e empatia que seja mais exuberante que um trabalho interpretativo desvitalizado. Cumpre citar, Moreno e Coelho Jr. (2012, p.714):

Encontramos em Ferenczi e em Winnicott uma ressonância na escuta clínica e compreensão teórica. É possível afirmar que ambos não recuaram diante dos desafios trazidos por pacientes traumatizados. Se o olhar de ambos os autores recaiu sobre a dimensão transubjetiva da constituição psíquica e de suas vicissitudes, sobre os cuidados e suas falhas, sua clínica pode refletir a adaptação dos analistas às necessidades de seus pacientes. Se a questão traumática remete à ordem do negativo, do não acontecido e experimentado, o norteador da técnica não poderia ser, em princípio, da ordem da frustração e da responsabilização, mas sim de uma **ética do cuidado**.)

Figueiredo e Coelho Jr. (2008) falam, poeticamente, em um clima de "*certa penumbra acolhedora*", referindo-se à conduta do analista de silenciar de forma receptiva como um convite à regressão, o que equivaleria a uma espécie de reserva de si para o outro, para que possam "*emergir e vir a se configurar esboços, fragmentos e lampejos de uma experiência nova*". Seria a oferta, do analista, de uma forma muito especial de presença: a que comporta certa ausência e um convite e que se constitui como disponibilidade e confiabilidade (p. 24).

Mesmo André Green, que concebe a pulsão de morte como pulsão de destruição e defende que tais adoecimentos resultam de uma atividade do psiquismo que decorre de sua onipotência, postula que é preciso abrir um novo espaço metapsicológico para os

casos clínicos que trazem "a morte dentro da vida". Ele reconhece a limitação da interpretação da pulsão de destrutividade em ação em casos de "morte dentro" ou estados de vazio e acrescenta a essa técnica os ensinamentos winnicottianos sobre os usos de objeto, o brincar e o jogar, assim como o conceito de espaço potencial<sup>7</sup>.

#### 2.4.4. A TRANSFERÊNCIA PARADOXAL

Da mesma forma, Roussillon (2012) afirma que o modelo de escuta dos casos de neurose será insuficiente para abarcar as análises fundadas em estados agônicos. Ele adota uma nova modalidade de *transferência* para fazer face à reação terapêutica negativa e às *transferências passionais ou narcisistas*. Fundado na teoria de Didier Anzieu (1975) acerca da *transferência paradoxal*, Roussillon sugere um tipo especial de transferência na qual aquilo que o sujeito experimentou passivamente retorna em análise ("*par retournement*") para ser vivido pelo próprio analista.

Segundo Roussillon (2004), os casos marcados pela agonia invocam uma presença e um compartilhamento de afeto que tornem o estado agônico mais tolerável. Entretanto, o analista terá que suportar certa impotência, já que o analisando vivencia recuos, desesperos e impasses por sentir que vive em estado de coação, sem liberdade de agir na lógica da escolha. Em razão disso, no vínculo transferencial aparecerá a questão do negativo e da dificuldade de ligação e integração, já que as pulsões de morte acabam por ocupar o lugar da libido e há uma espécie de desligamento dos objetos sob o império da compulsão à repetição, o que dificulta o processo de luto.

Nessa modalidade de transferência paradoxal ou por reversão, o analista não ocupará a posição de um dos objetos significativos na história pessoal do analisando, mas, sim, o lugar do próprio analisando, experimentando a vivência do que o analisando não pôde viver, sentindo o que o analisando não pôde sentir de si, vendo com ele o que não pôde ser visto ou, ainda, o que pôde ser visto, mas não teve condições de ser integrado (ROUSSILLON, 2014).

Para Roussillon (2004), mesmo diante de percalços e impasses desesperadores na transferência paradoxal, o analista deverá estar afeito à tarefa de dar alguma

---

<sup>7</sup> "Temo que a regra do silêncio, nestes casos, só perpetue a transferência do luto branco da mãe. Acrescento que não creio que a técnica kleiniana de interpretação sistemática da destrutividade ajude muito aqui. Em contraposição, a posição de Winnicott, tal qual expressa no seu artigo sobre "A Utilização do Objeto" parece-me adequada" (GREEN, André, 1988, p. 254)

inteligibilidade à agonia psíquica, tarefa que somente será viável pelo compartilhamento do afeto empático, que deverá ser "sempre discreto, pudico, jamais ostentatório", não marcado por interpretações invasivas, dramatizações e excesso e fundado na diretriz de que "um acompanhamento do outro é possível numa certa medida" (p.26).

Seria como acompanhar o analisando em sua trajetória para simbolizar o fato que tornou seu desespero absoluto e revivê-lo de forma mais assimilável, como um evento "relativo a um tempo, relativo a um objeto, relativo a uma característica do objeto num determinado tempo, relativo a um fragmento da experiência subjetiva histórica" (ROUSSILLON, 2004, p.27).

#### 2.4.5. O CASO CLÍNICO JOÃO

Retomamos aqui a narrativa do caso clínico de João.

Após a partida do chefe, que deu margem a uma revivência traumática, ele passou por um período de profundo tédio e anestesia. Na época, trouxe à cena analítica um filme no qual um pai atravessava geleiras para salvar o filho e relatava um sentimento de agonia ao assistir a tais cenas. Após aquele período, começamos a falar bastante sobre seu pai, sobre todas as férias que passaram juntos, o que fez com que João decidisse ir ao encontro dele, a quilômetros de onde vivia. Lá, foi bem recebido pelo pai e por sua nova família e pôde vê-lo como alguém forte apesar da passagem dos anos (sem ele). A constatação lhe trouxe outras possibilidades de simbolização quanto à sua própria história: sobre o que não lhe foi transmitido, mas sim aos novos herdeiros do pai; sobre a falta que sentiu da presença masculina em sua vida e como ficou feliz em ser chamado de filho, ainda assim. Na sessão seguinte ao retorno da viagem, João pôde tocar em questões mais profundas alusivas ao desamparo perante a figura paterna e teve várias lembranças ternas sobre o vínculo com o pai, "um pai aventureiro e também carinhoso". Começou a ter recordações bem-humoradas do pai, o que trouxe revitalização à análise.

Nesse caso clínico, havia uma marca intensa da modalidade de *tédio-defesa*, relacionado a um trauma precoce, sem prévia preparação do psiquismo, com base na matriz ferencziana dos adoecimentos por passivação. A analista apenas pode compreender tal situação após um período de laço transferencial com João fundado na

transferência paradoxal de Roussillon: sentindo "com" ele, empatizando com sua dor, sem desautorizar nenhum aspecto da sua vivência traumática.

Na narrativa de João sobre a forma de se relacionar com as pessoas que faziam parte de sua vida também apareciam elementos que apontavam para o conceito de *false self* de Winnicott e a noção de narcisismo do UM de André Green, máxime no que concerne ao encapsulamento narcísico e à baixa intensidade do princípio do prazer. João, apesar de funcionar "bem" no mundo produtivo, em trabalhos ou projetos intelectuais, sustentava que não tinha vontade nem disposição para manter vínculos e sentia-se desinteressado em relações espontâneas. A alteridade lhe incomodava e ele agia de forma imunológica, ora afastando o Outro, ora vivendo como refém das relações. João desejava ficar mais solitário, mas lutava para "disfarçar" a falta de motivação.

Havia um dilema constante entre o que seria esperado dele por sua mãe, pelas mulheres e pelas pessoas do trabalho com quem se relacionava, e o que ele sentia que desejava: ficar sozinho, fugir da cidade grande, deixar de trabalhar em uma empresa e viver uma vida livre em uma cidade distante.

A *apatia-adaptativa* aparecia conjugada ao *tédio-defesa*: uma parte do psiquismo havia se adaptado para que outra parte sobrevivesse, mas essa "adaptação" se dera com o resíduo de um "efeito anestésico".

Em relação ao que João vivenciou com a partida do pai, poderia ter sido dele a frase do pequeno personagem Mwanito, tamanha a similaridade das experiências: "A razão é que eu nunca tinha exercido minha própria infância. *Meu pai me envelhecera desde a nascença*" (COUTO, 2009, p.123, grifos nossos).

Ao apreciar sua história pessoal, ao longo do tempo, ligando os pontos entre o que o menino viveu e o que paciente/homem narrou, ele pôde acessar uma simbolização primária e uma espécie de tempo em movimento, com uma abertura de narrativa na qual poderia vir a ocupar outras posições além da de refém, ressignificando um pedaço do que lhe parecia um destino imutável para ser visto como possibilidade de escolha. João passou a se referir de outra forma à sua relação com os objetos que o cercam, podendo nominar diversos afetos antes não simbolizados pela palavra. Ele passou a falar sobre o quanto queria tomar posse do "não" em algumas situações e a pensar em estabelecer novos limites em seus vínculos, falando da análise como um espaço no qual pôde experimentar uma sensação de unidade dos fatos de sua história, antes percebidos como destroços separados por um terremoto e, depois, organizados em uma linha de tempo mais compreensível, apesar de comportar "certos infortúnios".

João resolveu se mudar de país, apostando em um vínculo amoroso, mas, antes, reservou uma semana para se despedir do pai e da mãe.

O recorte clínico nos faz refletir sobre a posição do analista, que há de ser pensada em termos de maleabilidade, como presença que contém, metaboliza, interpreta, sustenta regressões, tendo em vista que cabe ao analisando trilhar um percurso na sua história de vida, simbolizá-la e recontá-la, acessando outras possibilidades de significado sobre o que viveu e vive. Como diz Roussillon (2014, p.187), se sofremos de reminiscências, "curamo-nos lembrando e lembrando podemos reencenar, repetir de outra maneira" aquilo que se encontra enquistado na psique.

Dizia Freud, em 1914, que "é apenas através da sua própria experiência e infortúnios que uma pessoa se torna sagaz" (FREUD, 1914, p.169). Seguindo estas "pegadas" deixadas pelo infortúnio ocorrido na vida do analisando, compartilhamos o reviver da experiência expurgada da narrativa.

Segundo defende Marisa Maia (2004, p.157), o funcionamento da memória traumática ocorre "como a incorporação" e "se dá pela "indigestão", pela não-compreensão; "e para sobreviver a ela, é preciso, no mais das vezes, silenciar".

Entendemos que, nesses casos, nosso trabalho como analistas será, muitas vezes, o de tatear o silêncio, ler em Braille, caminhar com uma lamparina em punho, vagarosamente, ao lado do analisando, nessa trilha de revivência de sua história pessoal, para fazê-lo ter um tempo de se escutar narrando o caminho percorrido; religar fragmentos do eu que ficaram perdidos, fazendo algum tipo de amarração, via continência e *holding*, dos pedaços incomunicáveis do psiquismo através da narrativa e da resignificação da história do indivíduo e, por conseguinte, inoculando vida onde há espaços desvitalizados ou congelados.

Como analistas, deveremos ser empáticos, "sentir com" o analisando, atuar como meio maleável, como "João-teimoso", como um "*barco capaz de capotar e descapotar continuamente*". Funcionaremos como "resto diurno" e elo entre as partes separadas do psiquismo. Deveremos proporcionar uma "*certa penumbra acolhedora*" para que tal material seja compartilhado, narrado, revivido na cena analítica, de forma a dar algum contorno à agonia psíquica que originou a clivagem.

### CAPÍTULO 3: DO TÉDIO-BRANCO E DA APATIA-DESLIGAMENTO

*Eles gostariam de me eliminar me prenderam na gaiola. Encerrada fechada entre quatro paredes acabarei morrendo de tédio morrendo realmente. Parece que isso acontece com crianças de peito quando ninguém se ocupa delas. O crime perfeito que não deixa vestígios.*

Simone de Beauvoir (2015, p.74)

Como destacamos na Introdução, os conceitos de *tédio-branco* e de *apatia-desligamento*, nos termos aqui propostos, têm relação direta com a noção de uma vida sem sentido e com a experimentação do vazio do viver em si. Por isso, experimentamos contratransferencialmente uma espécie de ambivalência nessa escuta: de um lado, a vivência desse espaço em branco, que pode parecer estéril ou infértil, mas, além disso, também a aposta interna desses analisandos de que nós, analistas, possamos elaborar com eles algumas construções que tragam sentido às suas vidas pela via do laço transferencial. Vazio e potencialidade se mesclam e nos propõem, não raro, um enfrentamento que já se anuncia desafiador no marco inicial da análise.

Os analisandos de que falamos trazem no seu discurso rotineiro a vivência de uma relação paradoxal com o tempo: alegam sentir que o tempo custa demais a passar e que há um vazio no transcurso dos dias, mas, ao mesmo tempo, descrevem uma sensação de desperdício, como se, em retrospecto, houvesse decorrido tempo demais e nada de valioso tivesse sido feito em suas vidas. Eles vivem em constante luta contra os movimentos do relógio e a velocidade desenfreada do mundo, que se contrapõem à lentidão de suas vidas psíquicas.

São corriqueiras as perguntas mais complexas e profundas, de ordem existencial: para que viver? Por que viver? Qual o sentido da vida? Também frequente é a narrativa acerca da vontade de desistir, de permanecer deitados no quarto, sem nenhum tipo de perturbação, e da dificuldade em dar significado à repetição própria da rotina.

Nesses casos, além da relação paradoxal com o tempo e a vontade de desligamento "de tudo e de todos", são marcantes os relatos sobre sensações corpóreas, sempre relacionadas ao frio (uma mão gelada apertando o peito, um frio constante, a necessidade de sentir o peso dos cobertores). Há, ainda, muitas vezes, uma impossibilidade de se entregarem a um sono restaurador, sendo comuns as "noites em branco". Quando os analisandos compartilham com o analista essas sensações, é

como se ocorresse uma baixa de temperatura no *setting* analítico, que funciona com uma fraca vitalidade e ínfimos "batimentos cardíacos" - como se tivéssemos de experimentar fisicamente o esfriamento interno da vida pulsional deles.

Essas duas modalidades de sintomas - o *tédio-branco* e a *apatia-desligamento* - desafiam profundamente o analista, em especial porque se encontra presente, muitas vezes, a ameaça de suicídio. Essa ameaça nos leva a buscar formas de revitalização, de um espaço interno para a vivência da ausência e do ritmo, além da construção de sentido de vida juntamente com os analisandos.

Em busca da compreensão de ambos os quadros, a fim de lançarmos alguns subsídios para lidar com esse desafio transferencial e contratransferencial, enfrentar o vazio e, ainda assim, sucessivamente, manter viva a aposta de revitalização, nos dedicamos a seguir ao significante *morte*, defendendo que seremos convocados nesses casos clínicos à ação de *construir*.

Esboçamos então uma descrição sintomática e os fundamentos teóricos pertinentes ao *tédio-branco* e à *apatia-desligamento*; em seguida, formulamos um *Pensamento Clínico*, dado o objetivo deste trabalho de propor questões quanto ao manejo em análise, sugerindo posições que podemos vir a ocupar quando confrontados com esses sintomas em nossos consultórios. No particular, usaremos a noção freudiana de *construções em análise* (Freud, 1937), bem como o conceito de *generatividade psíquica* de Christopher Bollas (1992), como uma forma de adubar o solo árido desses sintomas ou lançar um fogo brando para aquecer as suas baixas temperaturas e movimentar o circuito pulsional mortífero que corre nessas vias.

As *construções em análise* e a *generatividade psíquica* nos servirão como potenciais rotas de fuga ou trilhas de esperança e aposta após esquadriharmos os sintomas do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* de forma compartimentada em quatro vertentes fundamentais presentes nesses casos: o tempo, o espaço do eu, o desligamento e o frio.

### 3.1. O TÉDIO-BRANCO

*LXXXIII - O gosto do nada  
Morno espírito, outrora afeito à luta,  
A esperança que um dia instigou teu ardor,  
Não quer mais cavalgar-te! E dorme sem pudor,  
Velho cavalo a quem mesmo a planície é abrupta.  
Dorme, meu coração, em sonolência bruta!*

*Espírito vencido! Ao velho salteador  
Não tem mais gosto o amor nem tampouco a disputa;  
Voz da flauta ou claritim ora ninguém escuta!  
Prazeres, não tenteis que és tédio e torpor!  
A adorável Primavera já perdeu seu odor!*

*Engole o tempo enfim a vida diminuta,  
Tal como a um corpo rijo a neve só brancor,  
Eu vejo do alto o globo curvo a se compor,  
E não procuro mais o abrigo de uma gruta!  
Leva-me contigo, avalanche que enluta!*

Charles Baudelaire (2001, p.90)

O analisando Fernando chegou à primeira sessão dizendo se sentir como o "habitante de um quadro em branco", como se vivesse em constante conflito com a ideia de que precisava "pintar algo" nessa tela, fazer algo de sua vida; mas, "na hora de pegar os pincéis", ele sentia uma vontade de não fazer nada, uma sensação de não querer se conectar a ninguém. Na maior parte do tempo, achava "viver um tédio". Pedia socorro, numa contradição em termos, pois dizia que "dói demais viver anestesiado".

Esta fala de Fernando nos serve aqui de paradigma da manifestação sintomática que denominamos *tédio-branco*. Cabe dizer que a experimentação mais marcante relatada pelos pacientes cujo sintoma assim se evidencia diz respeito à noção de vazio existencial e a uma vivência de paradoxo quanto à passagem do tempo. Parece-nos então bastante útil e precisa a definição de tédio como "um rótulo em branco aplicado a tudo que não é capaz de preencher o interesse" (SVENDSEN, 1970/2006, p.8).

Como ressaltamos no tópico sobre as *Estratégias* da pesquisa, a escolha das nomenclaturas *tédio-branco* e *apatia-desligamento* partiu do discurso desse analisando. No entanto, elas se mostraram corriqueiras e passíveis de ser estendidas a outros que traduziram e traduzem em análise essa mesma vivência de esvaziamento, frio mortal e vontade de desligamento. O singular relato de Fernando trazia, assim, uma configuração similar a outros casos clínicos com a mesma sintomatologia, o que nos levou a eleger a palavra *branco* para agrupá-los.

Ressaltamos aqui a ideia de que esses analisandos "aplicam um rótulo branco" aos elementos externos do mundo, o que diferencia esse sintoma da *apatia-desligamento*. Isso porque, apesar da falta radical de motivação em ambas as manifestações sintomáticas, entendemos que o *tédio-branco* contém algum tipo de ação/omissão **crítica** dirigida ao mundo externo pelos sujeitos entediados. O mundo se lhes afigura "sem apelo", "sem graça", "desprovido de coisas interessantes"; e as pessoas "de fora", segundo narram, não têm a oferecer eventuais "boias salva-vidas" para que saiam do marasmo em que se encontram.

Experimentado como um fardo pesado demais para carregar, o *branco* ou o *vazio*, como descritos por Fernando, traduziam uma espécie de esvaziamento do ser, a falta de metas para viver, uma ausência assustadora e aterradora de sentido para seguir em frente.

Em uma via oposta sobre o *vazio* e o *branco*, podemos buscar inspiração em Pierre Fédida (1999, p. 111), que fala das aquarelas sobre papel de Cézanne, destacando o seu poder de irradiação da luz a partir do *vazio e do branco do papel*, que seria, para ele, "a matéria das vibrações". Ele ressalta que, na ótica de Cézanne, "o branco é a capacidade luminosa de toda cor: o branco não como cor, *mas como vazio*" - e esse *vazio "cheio de luz"* pode ser apreendido como um "fundo da tela de onde emergem as tensões de cor" (grifos nossos).

O que postulamos nas linhas que se seguem é que a Psicanálise possa ser apreciada sob uma ótica que não expurgue o *vazio*, o *branco* e o *neutro*, mas, sim, que viabilize a integração de diversas tonalidades de afetos, coloridos vitais distintos, sem comprometimento dos processos de saúde do indivíduo que busca tratamento. Que o *branco*, na condição de "fundo de tela", possibilite e sustente novas tensões psíquicas, outros ritmos, novos contrastes emocionais sem rupturas, sem entregas ao estado desvitalizado ou rasgos na "tela psíquica".

Sempre que se fala em análise, lança-se em um espaço *vazio* ou "em uma tela em branco" quer um discurso expresso, um silêncio eloquente (repleto de conteúdo) ou um silêncio esvaziado, quer uma forma não-verbal de expressão de si. Cada analisando, mediante esse processo de abertura, poderá encontrar meios de dar nome à ausência, simbolizá-la, regredir em ambiente maleável e confiável, reavaliando o significado do *vazio* e do *branco* e desconstruindo antigos conceitos sobre o seu esvaziamento, ou seja, haverá um trabalho de constituição da capacidade de ficar sozinho sem que haja interrupção dos seus processos de saúde.

### 3.2. A APATIA-DESLIGAMENTO

*Apática: pequena cidade perdida no tempo e no espaço. Entre montanhas, depois do longe mais longe, fora do alcance da mão do mundo. O único acesso a ela - uma estrada de terra, estreita e perigosa - mais ainda a isola e contribui para a preservação de suas estranhas características. A época é qualquer uma. Para os seus moradores não importam as horas, os dias ou os anos. O tempo escorre como massa pastosa num plano pouco inclinado. Fatos existem - a cidade não está morta - mas não são vividos. Absoluta é a indiferença das pessoas do lugar.*

*Ninguém sorri ou chora em Apática. Ruas, calçadas de pedra, mesmo sob o sol, parecem cobertas de uma leve camada de gelo. Da mesma forma, as pessoas possuem esse ar de eterno inverno.*

Marcelo Xavier (2015, p.4)

A *apatia-desligamento* associa-se ao tédio-branco e, como ressaltamos, leva a questões complexas, de ordem existencial: para que viver? Por que viver? Qual o sentido da vida?

Invocamos nesse particular a vinheta da analisanda aqui chamada de Branca. Ela ingressou em um curso preparatório e, durante uma sessão, contou que, todos os dias, enquanto caminhava calmamente entre seus colegas já sentados na sala, sentia-se completamente invisível, sem pele, sem corpo, sem possibilidade de causar qualquer abalo no ar ou de convocar o olhar de alguém. Dizia que, apesar da estranheza, experimentava certo alívio em se manter invisível e gostava de ficar "apagada", pois sentia "muito cansaço e muita preguiça de se engajar com os outros e puxar conversa". Pensava que era muito trabalhoso fazer parte de um grupo e queria poder continuar nessa condição - como se tivesse "o manto de invisibilidade do Harry Potter". Mas o que aconteceria se ela permanecesse assim? Seria muito estranho passar uma vida invisível? Essas foram as questões que a levaram a procurar ajuda.

Nesses casos clínicos, não raras vezes, o desligamento apático do paciente dá margem a indagações e pensamentos sobre o suicídio, já que vai predominando uma corrente mortífera da inércia e do apagamento que os remete a perguntar "se o mundo sentiria ou não a falta deles". As expressões mais constantes desse sintoma também são: a narrativa sobre a vontade de desistir, de ficar deitado no quarto, sem qualquer tipo de interação e a dificuldade em dar significado à repetição manifesta na rotina.

Em contratransferência, experimentamos essa corrente mortífera, mas, além dela, na própria formulação do pedido de ajuda, uma centelha de Eros que pulsa enfraquecida, como se, no fundo, houvesse um desejo de conexão do analisando com os outros e alguma esperança de que as pessoas do mundo sentissem "a falta deles".

O tempo, porém, passa a oprimi-los, à medida que essa fraca esperança vai se configurando um tanto inócua e sem resposta. Eles narram, então, que não conseguem se engajar no *tempo dos outros*, um enigma que passamos a esquadrihar para melhor escutá-los.

### 3.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: *TÉDIO-BRANCO E APATIA-DESLIGAMENTO*

#### 3.3.1. O TEMPO. UM PARADOXO.

Vários filósofos e pensadores se debruçaram sobre a questão da passagem do tempo e da vivência desse paradoxo, tal qual apresentado por tais pacientes, que têm uma apreensão "embaralhada", misturada e confusa quanto às noções de tempo curto e tempo longo - como se o tempo demorasse demais para passar sem que nada de relevante acontecesse e, ao mesmo tempo, fosse experimentado como tempo curto demais, que passou "voando" sem ser preenchido.

O *tédio-branco* é relacionado a essa experimentação enigmática e bifásica do tempo. Segundo Svendsen (2006, p.59): "como no tédio o tempo não é preenchido, o intervalo entediante parece posteriormente ter sido curto, ainda que tenha sido experimentado como insuportavelmente longo durante o período real em que foi vivido".

No discurso desses analisandos escutamos menções a relógios e ampulhetas, movimentos do tique-taque, velocidade desenfreada do mundo em contraposição à lentidão interna que portam psiquicamente. Isso nos faz pensar no *tédio-branco* como uma experiência profundamente subjetiva, existencial, sobre a forma de assimilar e decodificar o passar das horas, dos dias e dos anos.

Bergson (apud KEHL, 2009, p.139) fala sobre o tempo, distinguindo o tema da duração como uma "sensação subjetiva ("interior") do tempo". Segundo ele, tanto o conceito de *duração* do tempo quanto o *sentimento de continuidade* entre passado, presente e futuro não estão fundados em uma medida objetiva, mas, sim, em condições que afetam a subjetividade.

Já Thomas Mann (apud SVENDSEN, 1970, p.59) atribui à vacuidade e à monotonia a propriedade de tornar o momento alongado e cansativo, podendo reduzir a absolutamente nada períodos muito extensos de tempo. O tédio resultaria de um encurtamento considerado anormal do tempo em razão da monotonia:

**Grandes lapsos de tempo passados em uniformidade perfeita tendem a se encolher tanto que deixam o coração paralisado de medo;** quando um dia é igual a todos os outros, eles são todos como um só dia; a completa uniformidade faria a mais longa das vidas parecer curta (grifos nossos).

Diante de pacientes do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, não raro o analista se encontra face a face com quadros depressivos, melancolias ou pacientes do tipo *borderline* que o levam a se confrontar, contratransferencialmente, com esse vazio, esse campo constricto, esse *tempo vago e peculiar* e com a restrição do brincar e do humor, que o fazem vivenciar na cena analítica fortes doses de desvitalização.

Há um comprometimento na instauração do *tempo psíquico* desses pacientes, o que é experimentado pelo analista, certas vezes, como um laço transferencial "oco". Para Fédida (1999, p. 8), o analista experimentará nas sessões esse *fechamento do tempo*, o qual denuncia "algo de errado na constituição desta tela sobre a qual inscrevem-se o sonhar e o brincar, próprios da linguagem - do tempo psíquico". Somos assim convocados a escutar um sujeito que sofre profundamente por vivenciar um tempo parado, mas que, ao lado desse paradeiro, experimenta também, no fundo, uma "agitação aflitiva" em razão dessa cisão com o seu *tempo subjetivo*, o que se dá pela problemática relação com o outro como um espelho da constituição do eu.

Para a apreciação metapsicológica dos padecimentos de tais analisandos - quer se tratem de melancólicos, depressivos, pseudo-depressivos ou pacientes do tipo *borderline* - pensamos ser imperioso entender, de forma preliminar, a formatação do *tempo subjetivo*, cujo comprometimento é tão impactante nesses casos.

Com fundamento na teoria winnicottiana, Safra (2015) afirma que o conceito de *tempo subjetivo* se refere a uma organização da dupla mãe-bebê dentro de determinado ritmo, que dá ao recém-nascido, a partir de sensações gustativas, táteis e sonoras, a noção de *duração*. Esse *tempo subjetivo* resgata o bebê da angústia impensável ao retirá-lo do *vácuo da eternidade e do não-ser* e é estabelecido a partir do ritmo singular de cada criança. Quando não há tal vivência, em seu entender, estabelece-se uma "fratura de não-ser em seu *self*" (p. 62), que poderia vir a gerar um núcleo psicótico ou trazer a impossibilidade de o bebê se ligar ao tempo do Outro.

Ainda na trilha de Winnicott, Safra (2015) define *tempo compartilhado* como uma aquisição que se dá face ao contraste entre presença e ausência do outro significativo, quando a criança passa a experimentar a vivência de um *eu* e um *não-eu* e assimilar uma ausência tolerável à sua capacidade, construindo um conceito de *sentido de tempo*.

Assim, somente após as noções sedimentadas de *tempo subjetivo* e *tempo compartilhado*, o tempo do mundo, *tempo convencional*, passa a fazer sentido.

A noção de ritmo seria, de certa forma, apreendida no próprio corpo pulsional do bebê, "como um interjogo de tensões e distensões presentes no respirar, nas batidas do coração, na contração e no relaxamento da musculatura, no ciclo das mamadas, no ciclo do sono, na cadência do acalanto, no encontro do corpo materno com o corpo do bebê" (SAFRA, 2015, p.61). A imaginação da criança a acompanha nos períodos de ausência do Outro e possibilita a tolerância à passagem do tempo, passando ela a relacionar essa experiência à construção da criatividade. Safra (idem) chama de *tempo transicional* o tempo do faz-de-conta, marcado por começo, meio e fim, que põe termo à sensação de um tempo vivido como eterno, o que seria desorganizador para o *self*. Ele define, ainda, o *tempo das potencialidades* como um tempo do que ainda virá a acontecer e pode ser recebido pelas possibilidades, anseios e recursos internos do *self*.

Segundo entendemos, os pacientes do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* apresentam certo comprometimento da construção mais rudimentar do *tempo subjetivo*, que não pode ser desfrutado prazerosamente com a inclusão da fruição do ritmo, mas é experimentado como uma carga de pesada angústia sem decodificação. Assim, fica profundamente prejudicada, na origem, a aquisição seguinte, a do *tempo compartilhado*, assim como a do *tempo transicional*, no qual a imaginação e o faz-de-conta poderiam fazer face às sensações desorganizadoras do tempo eterno ou longo demais para a capacidade de tolerância da criança.

Em razão do comprometimento do *tempo compartilhado* organizador, tais analisandos se afiguram empobrecidos em termos de construções imaginárias - e da criatividade - o que requer do analista uma atuação paciente e ativa, no sentido de se mostrar vivo e em prontidão para uma escuta que não seguirá pela via da interpretação, do confronto, mas, sim, da integração de vazios e extensões de tempo com algum material do paciente que possa resultar em pulsão de vida.

A aquisição do *tempo subjetivo* pelo bebê conecta-se à possibilidade de decodificação e simbolização da ideia de *ritmo*, a partir do seu próprio corpo que pulsa, distende-se e contrai-se, dos seus ciclos cardíacos, respiratórios, do dormir e acordar. Desse modo, vão sendo delineadas situações de serenidade em relação ao transcurso do tempo - passado, presente e futuro. A pessoa deveria, em tese, ao vivenciar o processo de maturação, "identificar-se com o processo do vir-a-ser" (Safra, 2015, p.72), o que fica impedido para esses analisandos estagnados em um tempo "em branco".

No poema Reflexão nº 1”, o poeta mineiro Murilo Mendes afirma que “Ainda não estamos habituados com o mundo” e que “**Nascer é muito comprido**” (1925/1955, p.143, grifos nossos), versos que expressam o quão estendido no tempo deve ser a constituição de um *self* verdadeiro, entre idas e vindas, presenças e ausências, até que se aprenda o que significa o tempo de espera do Outro e de que forma é possível sobreviver criativamente à sua ausência, sem se fragmentar ou angustiar severamente.

Pensando que “nascer é muito comprido”, seguimos em busca de alguns contornos teóricos para entender mais profundamente qual a relação do **tempo** e do **espaço** no que se refere à noção de *ser*, aqui considerada, na trilha de Winnicott, como um passo adiante em relação à ideia de *meramente existir*.

### 3.3.1.1 A elaboração da posição depressiva em Klein e Winnicott

*O tempo de espera é um vazio necessário que instaura a depressividade como fundamento do psíquico.*

*Maria Rita Kehl (2009, p.239)*

A clínica do vazio, como ressaltamos, sobretudo nesses casos mais agudos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, faz o analista experimentar uma espécie de vagar nas sessões. É como se os analisandos trouxessem dentro de si um tempo parado e/ou circular na própria forma de engendrar a sua subjetividade e narrar os acontecimentos rotineiros; como se, nos aspectos não-verbais do tratamento analítico, houvesse um demonstrativo dos buracos psíquicos que os habitam.

Tais vivências precoces e não simbolizadas são um indicativo, em muitos casos, de que esses analisandos nem sequer acessaram a posição depressiva em termos kleinianos, como uma conquista que os faria delimitar espaços mais demarcados entre o eu e o não-eu. Eles parecem habitar, assim, um espaço e um tempo *peculiares*, nos quais ainda não ostentam uma subjetividade discriminada do Outro.

Por isso, esses analisandos formulam poucas questões acerca das próprias escolhas. Eles pouco sabem sobre si, sobre seu nascimento, sua infância e fatos que envolvem os pais, os irmãos, a família. Também não entendem o porquê de terem de

saber disso. Estranham quando alguém lhes pede que contém as suas histórias e aparentam "dar de ombros" para a própria existência. Parece que a matéria que habita o espaço entre esses analisandos e os entes significativos de suas vidas é o desinteresse.

Segundo observações clínicas de Melanie Klein na década de 1930, sentimentos de culpa podiam ser detectados em crianças muito novas, o que decorreria de um superego arcaico construído por introjeção das figuras paternas. Ao projetar sua agressividade no ambiente, a criança experimentaria como ameaçadoras as figuras paternas, dado o retorno do seu próprio sadismo (CINTRA e FIGUEIREDO, 2010). Haveria, por isso, uma diferença entre a angústia da criança decorrente da *culpa* por tal projeção, a *angústia depressiva* (dada a expulsão da agressividade nos objetos impregnados do sadismo infantil) e aquela decorrente do *medo*, a *angústia persecutória* (dado o vislumbre das figuras parentais como perseguidoras).

Se, nos primeiros meses, há um bebê que se relaciona com a mãe como um objeto parcial, a ser devorado e consumido por ele, de acordo com as suas necessidades, o desmame vai trazendo à cena uma mãe que pode ser apreendida como objeto total, já que, com seu afastamento, o bebê pode reconhecê-la como um outro ser, que há de ser preservado e cujo desaparecimento causa temor.

Klein (1933) afirma que na posição paranoide há uma cisão entre as figuras excessivamente boas ou más, e os mecanismos defensivos - negação, expulsão e projeção - são mais intensos e radicais. Nesses casos, quando há dificuldade de elaborar a posição depressiva, vigora uma forte desconfiança dos objetos e uma baixa capacidade de identificação com os entes parentais, experimentados como perseguidores externos contra os quais defesas deverão ser organizadas.

O bebê parte, portanto, de uma posição esquizo-paranoide, dividida e fragmentada, podendo acessar uma nova posição caso tenha condições de elaborar essas perdas. A rigor, essas posições se sucedem e coexistem durante toda a vida do indivíduo, podendo ser conflitante essa oscilação dialética entre ambas.

Como destacam Cintra e Figueiredo (2010, p.83), a elaboração da posição depressiva é qualificada por Melanie Klein como "o ponto mais importante do desenvolvimento infantil", sendo que a predominância dessa posição sobre a paranoide significa ter havido "uma firme introjeção de um objeto bom, o que é decisivo para a capacidade de amar e reparar". Para tais autores, o termo *objeto bom* se refere ao resultado da introjeção da experiência positiva entre a necessidade da criança e o que o ambiente pôde efetivamente lhe proporcionar. Tal introjeção aumenta a capacidade de o

aparelho psíquico tolerar estados transitórios de privação ou frustração, por ser uma forma de preenchê-lo com experiências prazerosas, criando uma "reserva" interna de boas experiências que podem valer como garantia de acesso ao prazer e à segurança.

Partindo dos textos kleinianos, surgem como efeitos da elaboração da posição depressiva e da introjeção de um objeto bom interno: 1) o aumento da saúde psíquica; 2) a consolidação da capacidade de amar e reparar; 3) a prevalência dos impulsos amorosos sobre o ódio; 3) um aumento de tolerância à frustração e, mais especificamente, 4) um aumento de tolerância à própria realidade psíquica; 5) acesso ao processo de temporalização; e 6) relativização da intensidade do prazer e do desprazer (CINTRA e FIGUEIREDO, 2010).

A inserção de um bebê no tempo e no espaço tem muito a ver com a elaboração da posição depressiva e com a elaboração de luto de Klein, conceitos que Winnicott adota por empréstimo para falar na apreensão da diferença entre o eu o não-eu. Nessa perspectiva, apenas via posição depressiva, podem ser elaboradas as noções de tempo e espaço, permitindo que o indivíduo possa entrar no tempo histórico plenamente.

Segundo Winnicott (1990e), a criança vai adquirindo gradualmente uma noção de *self*, partindo do contato com um desenho bidimensional representado por um círculo fechado, a partir do qual consegue apreender a ideia de que existe uma membrana limitadora que divide o espaço em dentro e fora. Desse ponto, passa a vivenciar a ideia de um Eu e um não-Eu e estende essa ideia ao "reconhecimento de que há algo equivalente ao Eu na mãe, o que implica em senti-la como uma pessoa; o seio, então, é visto como parte de uma pessoa" (idem, p.88).

Tendo como base essa ideia, Winnicott elabora sua concepção da diferença entre o Eu o não-Eu e da constituição da temporalidade humana, caracterizando-a como uma tarefa central do psiquismo, já que implica, além da construção do sentido da história a partir da elaboração imaginativa das experiências corpóreas em um tempo precoce do bebê, também a atribuição psíquica de "armazenamento e a reunião das memórias dessas experiências" (DIAS, 2017, p.87).

Em sua investigação dos estados tranquilos e excitados, Winnicott (1990f,) conclui que esses componentes se afiguram fundamentais para a experimentação do que denomina *concern* (preocupação com o relacionar-se), estágio que envolve a vivência, pelo bebê, de sentimento de culpa para que ele possa atravessar a *posição depressiva*. Importante destacar que tal posição não é compreendida pelo autor como uma doença depressiva (que seria um estado anormal), mas como um "estado de

espírito depressivo" (idem, p.89), necessário ao desenvolvimento do bebê, a fim de que ele acesse o que o autor denomina reparação (*mending*).

A trilha percorrida é a seguinte: ao se relacionar com o ente materno, o bebê experimenta intensidades de complexidade muito elevada para seu psiquismo incipiente, necessitando de uma mãe que o sustente enquanto ele busca o caminho para atingir a posição depressiva. O bebê vai, então, contrapondo a dificuldade de estar vivo nessa etapa a um estado de dependência que lhe possibilita desenvolver a capacidade de fazer restituições e reparações. A "sequência de machucar-e-curar" vivenciada repetidas vezes trará uma formulação do esforço construtivo e da capacidade de suportar a culpa, abrindo espaço para o chamado amor instintivo (WINNICOTT, 1990f, p.90).

Nos termos de sua teoria, ocorrendo as condições favoráveis do ambiente, a criança irá separando, pouco a pouco, no interior do *self* o que é bom e o que é mau, sendo o que é mau retido para expressar a raiva em certos momentos e o que é bom usado para a restituição e reparação. Winnicott (1990f, p.92) chama de humor depressivo um estado parecido com a descida de "uma nuvem, uma cerração ou uma espécie de paralisia", que vai gerando uma organização dessas experiências paulatinamente, afastando a ideia do controle mágico do ambiente pelo bebê e fazendo com que "o mundo interno da criança volte a viver" (idem).

Assim, em sua obra a sustentação dada ao bebê pelo ambiente materno tem um especial relevo nos processos de desenvolvimento infantil e, sobretudo, no que nos interessa nesta dissertação, na construção de um psiquismo capaz de suportar *ritmos serenos e excitados* - variações rítmicas e temporais - de forma mais saudável nos anos que se seguem e na vida adulta, sem a convocação de defesas maciças ou agonias em grau elevado que possam vir a interromper seus processos de saúde.

Uma grande chave winnicottiana diz respeito à ligação teórica que o autor faz entre o acesso à possibilidade de reparação pelo bebê e a diminuição correlata da inibição. A partir dos resultados obtidos com os atos reparadores, haverá, assim, um enriquecimento da experiência, e se a mãe sobreviver aos ataques, com a correlata diminuição da inibição, novos ciclos virtuosos vão se estabelecendo, e o bebê passa a desfrutar de uma possibilidade ainda mais expandida de reparação em cenas futuras.

Em contrapartida, tratando de tédio e apatia, estamos falando de quadros clínicos marcados pela *inibição*, caracterizada em sentido amplo como a impossibilidade de gestos espontâneos, da reparação, da inclusão do Outro e da vivência da empatia. Como a depressividade fundamental seria uma "entrada em jogo" da ausência do Outro

e a possibilidade de abertura da criatividade quanto à constituição do aspecto temporal, o que se observa nesses casos é que restou comprometida a saída da posição esquizo-paranoide e o acesso à posição depressiva. Em outras palavras, ficou inviabilizada a retenção da presença do ausente e a constituição de um objeto interno bom, que sobrevive aos ataques decorrentes das pulsões agressivas do indivíduo. Esses analisandos, portanto, encontraram obstáculos intensos ou intransponíveis na criação de uma linha demarcatória entre o eu e o não-eu, para ingressarem no tempo histórico.

Transposta essa teoria para a clínica psicanalítica do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, estarão em cena, igualmente, as questões da agressividade do analisando e a necessidade de que o analista, assim como a mãe, sobreviva como objeto, mantendo-se vivo, criativo e consistente na escuta, sem retaliar os ataques, o que, nesse caso, poderá trazer à luz a criatividade, a constituição da depressividade como fundamento do psiquismo, e, por consequência, o tempo subjetivo e a externalidade - como adiante como adiante buscamos esclarecer.

### 3.3.1.2. Pierre Fédida e a depressividade fundamental

*Uma das maiores significações do vazio refere-se à falência da constituição temporal do outro numa relação implicando ausência.*

Pierre Fédida (1999, p.84)

Ainda no que se refere ao *tempo*, aqui considerado como uma das vertentes para abordar os temas do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, cumpre dizer que Fédida, nessa mesma linha de pensamento, formula a depressividade fundamental como uma via primitiva do psiquismo a fim de acessar o que seria "vazio criativo do intervalo, do tempo da linguagem e do brincar" (FÉDIDA apud DELOUYA, 1999, p.14). Para ele, na origem da depressão patológica encontra-se uma relação tumultuada do sujeito com o tempo que o impede de assimilar o tempo do Outro, vivendo uma temporalidade perdida.

A fim de discutir o tema, Fédida (1999, p. 18) oferece um exemplo clínico de um paciente seu, de 50 anos de idade, cuja demanda inicial referia-se ao tédio que o aprisionava em sua própria vida desde que sua mulher o deixara:

Fala-me das condições nas quais se desencadeara 'sua doença' e diz não compreender bem o que pode ter acontecido com ele; reconhece estar hoje muito melhor, mas também confessa não se sentir capaz de retomar atualmente uma atividade profissional. Sente-se 'inferior'. "Sinto-me vazio, como se tivesse sido esvaziado", ele repete. Conta-me sobre a sua impressão cotidiana de tédio, onde aquilo que ele vê não lhe diz nada. "Minha vida atualmente é sempre a mesma. Não sinto mais angústia, mas tampouco tenho mais pensamentos. Só tenho vontade de dormir. Como muito, e engordei. Fumo um cigarro após o outro. Bebo." E ele acrescenta: "*sinto-me um monte de cinzas frias*". [...] (grifos do autor).

Nessa vinheta clínica, além do frio sentido pelo analisando, chama atenção a sensação de "tempo parado", "horas vazias". Seguindo na narrativa do caso, Fédida (1999) conta que o paciente ficara paralisado de forma tão radical e duradoura como uma forma de encenar a ausência do objeto perdido - da esposa que o abandonara. O analisando afirmava que ficava sentado na poltrona, sentindo o corpo como uma imagem grotesca do próprio espírito, dizendo que não conseguia mais imaginar a mulher nem sequer sofrer por sua partida, como se estivesse "grávido dela" (idem. p.20). Para Fédida, nesses tratamentos, "lavar meias" ou "preencher um formulário" só se tornam possíveis "no momento em que o homem reencontra a temporalidade de um projeto, desde que nele silencie o interminável solilóquio com o ausente" (idem).

De fato, no relato dos pacientes marcados pelo *tédio-branco* e pela *apatia-desligamento* é comum ouvirmos esse discurso repetitivo, monocórdico e lamuriento sobre as suas incapacidades mais mezinhas - como também ocorria com Fernando e Branca, por exemplo, que não conseguiam cozinhar, ler, nem sequer se desincumbir de tarefas mais simples como limpar a casa e pagar contas e afins. Apresentam-se sorumbáticos, macambúzios, nefelibatas - vivendo com os pensamentos "nas nuvens", mas não no sentido de "distráidos", e, sim, como se carregassem "nuvens vazias ou negras" sobre as suas cabeças.

O tédio aparece como forma de tirar qualidades positivas do mundo. Para que festas? Para que celebrações de aniversário e Natal? Para que usar roupas novas? São perguntas reiteradas. A apatia aparece como vontade de não mais sair, não falar com ninguém, permanecer deitado o dia inteiro; manifesta-se como anestesia e paralisia.

De forma objetiva, Fédida (apud DELOUYA, 1999) invoca que, nesses casos, o que ocorre é uma deficiência na simbolização da ausência. E, em razão dessa falta há uma "desarticulação subjetiva do tempo na qual o sujeito torna-se desprovido de sistemas integrativos dos movimentos temporais em relação ao seu próprio corpo e suas ações e na relação com os outros" (p. 13).

O agir melancólico, como foi dito no Capítulo 1, encontra-se envolvido em uma temporalidade que representa a identificação com o objeto ausente, que vive internamente no analisando, introjetado em seu ego, apesar de já se configurar externamente como objeto perdido.

Fica claro que, nesses casos, há uma significativa retirada de libido das coisas do mundo e dos objetos significativos do paciente e um recolhimento narcísico, com reversão ao eu desse investimento pulsional, com o agravante de que, impossibilitada a aquisição da temporalidade da ausência, fica comprometida a separação entre o eu e o não-eu. Nos quadros depressivos, teríamos essa circularidade do monólogo (ou solilóquio) com o ausente, igualmente impedindo uma relação viva e saudável com a passagem do tempo. Já nos quadros do tipo *borderline*, a falta de contorno das fronteiras do eu será o elemento a impossibilitar a inserção do *tempo do vir-a-ser*.

A escuta analítica busca então fundar esta relação desconhecida (a da ausência), não exatamente para substituir o lugar do ausente, muito menos para "preencher o vazio de seu lugar" (FÉDIDA, 1999, p.107). Trata-se de uma possibilidade de fazer algo com a tela em branco que se apresenta no presente e como futuro para esses analisandos, a partir de uma vivência de tempo marcada pela inclusão de suas experiências internas.

Nesses casos, entendemos que o tempo da análise deve ser considerado como uma nova oportunidade para uma apropriação subjetiva do espaço psíquico com a inserção de temporalidades próprias e singulares de cada indivíduo.

### 3.3.2. O "ESPAÇO" DO EU E A SUA CONSTITUIÇÃO

*Ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida do outro.  
Somente a partir dessa experiência é que o olhar poderá  
voltar-se para o mundo com curiosidade e desejo.*

Gilberto Safra (2015, p.85)

Além da noção de tempo, é importante refletirmos acerca do "espaço" do eu, suas fronteiras, seus limites, suas bordas, seus enclausuramentos e suas ampliações como manifestações defensivas decorrentes de um ambiente não empático à experimentação do mundo por certos indivíduos.

Mencionamos no tópico anterior diferentes questões atinentes a um bom encontro com o corpo materno e, ao contrário, situações de insucesso da mãe em aplacar as agonias impensáveis do bebê, as quais surgem quando esse corpo incipiente se depara com ausências inassimiláveis, restando impossibilitados, assim, a fruição do ritmo e o desfrute prazeroso do *tempo* como momento para o aprendizado da criatividade.

Também sob a perspectiva do *espaço*, a coesão corporal decorre de uma presença consistente do outro materno, que concede as noções de *lugar* e *extensão*, possibilitando a vivência de um *self* bidimensional, para depois viabilizar, com a inserção dos objetos transicionais, a vivência de um *self* tridimensional - com a inclusão do psíquico. Equivale a dizer que a criança vai se tornando uma a partir do corpo do outro, da sua presença, daí emergindo um corpo que se poderia chamar de *psíquico*, pois às sensações corporais passam a se agregar os afetos.

Em tom poético e preciso, Gilberto Safra (2015, p.78) fala do espaço de constituição do eu a partir de um corpo impresso por cuidados que ultrapassam os cuidados técnicos: "Não é um corpo coisa, mas torna-se um corpo humano: **é o soma com pegadas de alguém devotado**" (grifos nossos).

Se para acessar a autonomia é necessário um passo prévio de sensação de coesão do *self*, de integração de si mesmo, o que aparece nesses casos é uma manifesta fragilidade na sensação primitiva de ser um, de ser inteiro. E isso se deve às trocas afetivas iniciais entre esse indivíduo e seus primeiros objetos, que não conseguiram proporcionar um "espelho" consistente em termos de presença e ausência, abandonando-o por mais tempo do que poderia psicologicamente suportar.

A noção winnicottiana de assimilar o rosto materno como um precursor do espelho do bebê nos induz a pensarmos tanto nas hipóteses benéficas, nas quais a mãe consegue identificar-se com ele, fornecendo-lhe sustentação, banho de palavras, libidinização do seu corpo pulsional, quanto, por outro lado, nas hipóteses mais conturbadas ou esvaziadas, nas quais a mãe não consegue refletir a seu filho nada além dela mesma. Esse bebê, naturalmente, perde a chance de desfrutar de uma troca significativa com a sua mãe e com o mundo circundante, afastando-se do acesso à *maturação*, representada nas vias da integração, do inter-relacionamento psicossomático e das relações de objeto (WINNICOTT, 1975a).

Nas hipóteses em que a mãe, pelo seu olhar perdido, disperso ou siderado, não se mostra apta a reconhecer as necessidades do bebê para viabilizar a "instauração" de seu psiquismo, resta comprometida a sua construção de espaço psíquico, de *self*

*integrado e verdadeiro*, o que seria mais do que meramente existir. Essas crianças, segundo Winnicott (1975a, p.153), olham para as mães "e não se veem a si mesmos", sofrendo um impacto de atrofia em sua capacidade criativa.

Se o bebê fizer o gesto espontâneo e a mãe estiver ausente, distraída ou concentrada em si mesma, o gesto fica parado no vazio, à espera de algo que não vem. Para DIAS (2017, p. 149)<sup>8</sup>, ocorre um "trauma do não-acontecido", isto é, algo que fica armazenado não como inconsciente reprimido - que já pressuporia uma "realidade psíquica interna constituída" - mas, sim, no inconsciente "não acontecido", que é uma forma negativa de inconsciente originário.

Pontalis (2005, p.207) descreve esse *branco* não como um "o simples branco do discurso, o borrado, o apagado da censura, o latente do manifesto", deixando claro que ele seria a *prova de um não-vivido*, além de um apelo para que esse estado seja reconhecido pela primeira vez, "a que se entre por fim em relação com ele".

De forma ironicamente triste, a personagem de Simone de Beauvoir (2015, p.74) citada no início deste capítulo denomina esse tipo de abandono precoce como "o crime perfeito que não deixa vestígios", um tipo de privação que acontece "com crianças de peito quando ninguém se ocupa delas".

Diante do exposto, é inegável que há, sim, inúmeros vestígios no psiquismo desses indivíduos desamparados e que, ainda que não marcados por provas concretas e palpáveis, aparece o que Pontalis nomina de *prova de um não-vivido*. E isso, certamente, repercute nos vínculos objetivos desses sujeitos, expressa-se na forma como eles se ligam à vida e ao viver e, muitas vezes, há rastros em seus corpos.

Invocando a sensibilidade de Safra: "falta de lugar é *falta* da possibilidade de ter construído morada junto a alguém significativo. É habitar no nada, no infinito sem rosto humano, é estar sempre em trânsito, *sem espaço para o descanso*" (2015, p.92).

Pontalis (2005, p. 61), na mesma linha, afirma que "é a mãe *ausente* que constitui o nosso *interior*" (grifos do autor) e que apenas um trabalho de luto dos objetos primordiais viabiliza um espaço psíquico para se viver. Tal aspecto, aliás, é também defendido por Cintra e Figueiredo (2010), ao afirmarem que, quando há a introjeção de um objeto bom interno e quando bem elaborada a posição depressiva, há a criação de um "espaço psíquico", no qual os conflitos poderão ser enfrentados e elaborados (p.90).

---

<sup>8</sup> Nota de rodapé 14.

Melanie Klein vincula em seus textos a elaboração da posição depressiva à possibilidade de atravessar processos de luto. Como bem destacam Cintra e Figueiredo (2010, p.92), o sujeito terá que elaborar "lutos de milhares de microferimentos ao longo de uma vida inteira, de todas as pequenas desatenções vividas ou imaginadas", o que terá de ser enfrentado reiteradamente ao longo da vida e na análise, não apenas em situações fenomenológicas de perda de um objeto, mas como necessidade de "fazer o luto do momento presente para obter acesso ao momento seguinte" (idem), unindo à aceitação da morte a ideia de um renascimento.

Nas palavras de Cintra e Figueiredo (2010, p. 93), o ganho seria a *constituição do sujeito*:

Em todo processo de luto, há aceitação de uma morte e algum tipo de renascimento. Temporalização e constituição do sujeito. Morte, luto, renascimento: esse movimento cíclico é também a melhor metáfora do processo de constituição do sujeito.

No que diz respeito ao espaço entre a mãe e o bebê, Safra (2015) ressalta que a primeira apreensão entre o eu e o não-eu é imprescindível para que se possa incluir tanto a presença, quanto a ausência e o vazio. E que o ambiente deverá fazer anteparo para que a criança possa construir um repertório criativo que a permita habitar esse espaço vazio que a separa de sua mãe. Não havendo o espaço de articulação desta distância, o bebê tem comprometidos sua apreensão de *self* e seu potencial de ligação a objetos, assim como abalada a possibilidade de se adaptar ao *tempo compartilhado*.

Vimos que, para Melanie Klein, a incapacidade de realizar o trabalho de luto e estabelecer objetos bons no início da infância traz a consequência de inviabilizar, por parte do bebê ou da criança, o acesso ao sentimento de segurança em seu mundo interno. Ficariam tais indivíduos, portanto, sem apreensão de um espaço psíquico próprio, inseguros em seu próprio território. Por isso, outra definição importante a ser pensada nos casos de indivíduos sintomáticos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* é que eles padecem porque não "sentem" que têm um lugar, um espaço.

Em que espaço/tempo fará moradia aquele que não teve a chance de construir um lugar ao lado de alguém devotado? Aquele que não fez o trabalho de luto dos seus objetos primordiais estará fadado a carregar o vazio da "morte dentro"? Como poderá formatar o seu *self* em termos de espaço no mundo?

Como destacamos no início deste capítulo, tais pacientes declaram rotineiramente que vivem carregando "um vazio", arrastando-se na constante pergunta sobre o sentido de viver e traduzindo a sensação de falta de lugar, como um povo que vaga sem território delimitado em um conturbado mapa-múndi.

### 3.3.2.1. O espaço do eu em melancolias, depressões e casos do tipo *borderline*

Do que estamos tratando em casos de pacientes do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* no que se refere às questões de espaços de constituição do eu? Naturalmente, não poderíamos falar em neuroses "clássicas", fundadas em recalque, envolvendo conflitos psíquicos movidos por fantasias ou afetos reprimidos, que requerem, antes de tudo, uma integração egoica que não encontramos nesses analisandos. Trata-se, como visto, de quadros nos quais a desvitalização é profunda e incisiva, apontando para uma configuração conturbada das *fronteiras do eu*. Esses dois sintomas, portanto, seriam expressões de casos de pacientes de difícil acesso, melancólicos e depressivos e pacientes envolvidos com a problemática *borderline*.

Nos quadros de melancolia e depressões, os sintomas do tédio e da apatia aparecerão como exteriorizações de superfície sobre uma base patológica bastante específica, e, apesar de manifestos no discurso desses pacientes como queixa reiterada, estará tal sintomatologia relacionada à perda fenomenológica de um objeto amoroso ou de um ideal. Por outro lado, nas patologias *borderlines*, como delinearemos a seguir, os sintomas de tédio e apatia aparecerão diretamente como sinais da problemática da própria constituição das fronteiras do *self*.

Como já acentuado por tantos autores que se debruçaram sobre o tema da clínica *borderline*, trata-se de um quadro que apresenta várias dificuldades em seus dois principais aspectos: tanto a definição psicopatológica e a diferenciação de outras manifestações sintomáticas (tais como a melancolia e a depressão), quanto a dificuldade de manejo desses casos, nos quais as constantes oscilações do analisando acabam por influenciar diretamente o lugar ocupado pelo analista.

André Green (apud FIGUEIREDO, 2008d, p.82) invoca que os pacientes do tipo *borderline* estariam padecendo de "doenças das fronteiras do ser", vivendo duas angústias características em uma "gangorra" incessante: a angústia de abandono, separação e perda do objeto e a angústia de invasão e engolfamento pelo objeto.

Como consequência dessa vivência inicial, surge um problema quanto à construção e aos investimentos nas fronteiras externas e internas do eu. Nesse sentido, Figueiredo (2008d) destaca que as súbitas variações nessas fronteiras resultam em duas vias possíveis, sendo uma delas o seu *alargamento* e a outra, a sua *contração*. Inspirado em Fédern e Béla Grunberger, o autor afirma que, inicialmente, o bebê tem as suas fronteiras ampliadas para incluir seus objetos primordiais, havendo certa confusão com o entorno, mas que a constituição do eu aponta para a necessidade de constituição de novas fronteiras, desta feita exclusivas e diferenciadoras.

Nos pacientes *borderlines*, há um problema quanto à estabilidade dessas fronteiras em termos de conservação do eu dentro do "seu perímetro" e do inconsciente em termos de equilíbrio. Como saída para enfrentar essa instabilidade decorrente das dificuldades especulares, ou "as fronteiras se alargam desmesuradamente", gerando uma "ampliação grandiosa, megalômana e onipotente do eu" ou, por outra via, "esse eu se contrai, deixando para fora de seu círculo quase tudo" (Figueiredo, 2008d, p.90), sendo que os elementos externos passariam a ser vistos como perseguidores, aptos a invadirem o confinamento egoico, tal como ocorre na paranoia.

Nos casos de alargamento das fronteiras do eu, as expressões dessa "saída" seriam mais estridentes e ruidosas, motivo pelo qual, nos termos desta dissertação, defendemos que elas estariam relacionadas aos sintomas a serem discriminados no capítulo seguinte, do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*. Nesses casos, há uma invasão de diversos conteúdos inconscientes, passando a surgir a necessidade de adesão imaginária do indivíduo a objetos externos, o que justificaria, nos casos de *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, a "escolha" por uma circularidade em torno de seriados, filmes repetitivos e *games*, assim como certa confusão identitária entre o sujeito e personagens que o capturam de forma quase fusional.

Como será demonstrado no próximo capítulo, a analisanda Alice<sup>9</sup>, que apresenta tais sintomas, comparece às sessões, rotineiramente, vestida de personagens variados de histórias em quadrinhos e filmes e porta adereços que representam essa fusão imaginária a objetos externos da ficção como suporte de seu espaço interno.

Já nos casos de contração das fronteiras do eu e confinamento do ego em um círculo mais reduzido e fechado, dada a apreensão do mundo como ameaçador, invasivo ou desinteressante, pensamos que as manifestações sintomáticas são o *tédio-*

---

<sup>9</sup> Nome fictício

*branco* e a *apatia-desligamento*, ora apreciados. Aqui o analisando está tão "ensimesmado" no seu círculo constricto que, na via do tédio, nada do mundo exterior será bom o suficiente para convocá-lo a fazer investimentos e, na via da apatia, nada do mundo interior apontará para o prazer ou o bem-estar de procurar o outro.

Como observamos nos casos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, marcados pela *contração* das fronteiras do eu, o indivíduo se afasta dos objetos, deixando o eu estático, paralisado, encolhido. A coesão do *self* estará ameaçada, e por isso a manutenção do desligamento e das baixas intensidades fará sentido, como se houvesse uma área menor a ser vigiada por um sentinela sem muitas forças.

Cabe, então, uma comparação com o que abordamos no capítulo anterior acerca do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* com base na obra *Eu-pele* de Didier Anzieu (1989). Se, na hipótese desses sintomas se relacionarem a um trauma, o que ocorre é a construção de uma espécie de "parede dupla", com aderência das superfícies interna e externa do Eu de forma defensiva, por outro lado, na díade do *tédio-branco/apatia-desligamento*, o que aparecem são fronteiras do eu bastante encolhidas, porém mal definidas e mal contornadas, às vezes "esburacadas" psiquicamente.

Adotando essa metáfora de "eu-pele encolhido, mas esburacado", entendemos que, nesses casos, a análise será um meio de o analisando ir colocando "bandagens" nesses "vazios", tal qual ocorre no antigo filme *O Paciente Inglês*<sup>10</sup>. Nele, o contorno do personagem queimado em um acidente aéreo vai sendo feito pela via da cicatrização lenta e paulatina dos buracos e lacunas em sua pele, com trocas temporárias de antigas ataduras por uma enfermeira devotada, que usa, além dos aparatos terapêuticos, morfina e altas doses de literatura (criando matéria viva no imaginário do paciente dilacerado), até que a pele dele possa vir a ser considerada algo mais uniforme e inteiro.

Na análise desses pacientes entediados e apáticos mais graves, que padecem por passivação dessa constrição e da falta de contornos estáveis do eu, talvez a morfina do *paciente inglês* represente a necessidade de cautela no analista, que há de respeitar as intensidades de afetos possíveis de serem assimilados por esses indivíduos, visto que certo vagar e anestesia serão convocados para que as questões mais profundas possam ser trabalhadas aos poucos na cena analítica. A literatura usada como "injeção de ânimo" no filme poderia ser equiparada à premência da construção de conteúdo imaginário nesses casos "em branco".

---

<sup>10</sup> Direção de Anthony Minghella, 1996.

Quanto aos melancólicos, como dito, trata-se de uma constelação de afetos bastante particular: um estado de ânimo penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, associada a uma autocrítica exacerbada, um auto envilecimento e um ataque ao próprio ego (FREUD, 1915). Aqui, os sintomas do tédio e da apatia se manifestam apenas de forma colateral, nos discursos e referidos à patologia de base, que envolve a perda de um ente querido ou de alguma abstração que ocupou o lugar dele (país, liberdade, ideal de alguém) - diferentemente dos casos *borderlines* nos quais, como dito, o problema se relaciona diretamente às fronteiras do eu.

O quadro fenomenológico, a rigor, assemelha-se profundamente ao desinteresse narrado pelos analisandos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, e, não raro, haverá certa mistura entre esses conceitos. Cabe ressaltar, uma vez mais, que *não são* marcantes nos quadros clínicos do tédio e da apatia a autorrecriminação e a autocensura decorrentes do rebaixamento da autoestima, ponto fundamental na definição dos quadros melancólicos que nos oferece significativa distinção entre eles.

Nos casos das depressões e estados depressivos mais prolongados também surgem os sintomas do tédio e da apatia associados à perda de interesse nas "coisas do mundo". Como descrito no tópico alusivo ao *tempo*, Fédida (1999) se debruçou sobre o estudo de quadros depressivos relacionados aos problemas de *simbolização da ausência*, referindo-se ao vazio decorrente da impossibilidade de acesso à "posição depressiva", sendo, nesses casos clínicos, muito marcantes os sintomas da apatia, do tédio, do desinteresse, da letargia e da anestesia.

Como esclarecido no Capítulo 1, nem todos os quadros de tédio e apatia implicarão em melancolias, mas muitos melancólicos manifestam esses dois sintomas como formas de desinvestimento do mundo externo. Igualmente em relação à depressão, que pode estar mais caracterizada pela impossibilidade de desvinculação do objeto amoroso ausente ou perdido (Fédida, 1999), não estará excluída a experimentação da apatia e do tédio como efeitos secundários do padecimento de base e como movimento pulsional de desligamento. Tratamos aqui, todavia, de diversas formas de manifestação do tédio e da apatia com contornos próprios, que figuram, segundo defendemos, como entes nosológicos autônomos.

Nessas situações, a própria circulação da libido fica comprometida, quer em termos narcísicos, quer em termos objetais, havendo uma incursão dos instintos de morte que traz uma vida sem colorido psíquico, erótico e pulsional, tracejando-se uma

organização psíquica de baixa vitalidade, desprovida de tensões e ritmos oscilantes.

Troca-se o conflito psíquico pelo desinvestimento psíquico, como se Tânatos fosse triunfando aos poucos na batalha contra Eros, o que traz à cena analítica a vontade de desligamento.

### 3.3.3. O DESLIGAMENTO

Depois de elencarmos as formas de manifestação sintomática e as diferenças entre ambas, além das vertentes do *tempo* e do *espaço do eu*, cumpre-nos trilhar um percurso de estudo sobre o *desligamento* e, por conseguinte, a *pulsão de morte* em Freud, os movimentos regressivos em Ferenczi, o *narcisismo de morte* de André Green, bem como a tese deste sobre a *mãe morta*, seguindo um percurso rumo a manejos clínicos fundados em uma Psicanálise que possa fazer face a tamanha desvitalização.

#### 3.3.3.1. Sigmund Freud e o conceito de pulsão de morte

Uma das marcas da metapsicologia freudiana dos primeiros textos se refere à noção de que o aparelho psíquico trabalharia constantemente para a busca de prazer e a eliminação da dor, provocadora de excitações desagradáveis. Com o passar dos anos, Freud (1920) passa a associar a ideia do *tempo* ao tema do prazer e do desprazer, destacando que nem sempre o aumento da tensão e da quantidade de excitação estarão diretamente associados ao desprazer. Ele insere, assim, o *princípio da realidade* como aquele que ensejaria modulações ao princípio do prazer, tais como, o "adiamento da satisfação, a renúncia a várias possibilidades desta e a temporária aceitação do desprazer num longo rodeio para chegar ao prazer" (FREUD, 1920, p. 165).

Freud (1920, p.18) invoca o princípio de Fechner da tendência à estabilidade, acolhendo a hipótese de que "o aparelho mental se empenha em conservar a quantidade de excitação nele existente o mais baixa possível, ou ao menos constante". Ele avalia se haveria a dominância, a hegemonia ou a "tendência no sentido do princípio do prazer" e termina por eleger como válida esta última hipótese. Destaca, porém, que tal tendência sofre algumas influências, apreendidas como desprazer: a incidência do *princípio da realidade* e o atendimento às *exigências dos instintos do ego*, que originarão

a repressão em caso de incompatibilidade do prazer com a instância egoica. Freud (idem) qualifica o desprazer como "perceptivo" e como fruto de pressões internas dos instintos não satisfeitos ou de pressões externas referentes ao perigo.

Nos casos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, constatamos que tais analisandos apresentam uma conjugação dessas duas fontes de *desprazer perceptivo*. De fato, carregam em si tanto a pressão interna pelos instintos insatisfeitos (já que as suas pulsões libidinais não encontram uma via para escoar) como a percepção externa do que é aflitivo, perigoso: o mundo em si acaba por trazer tal pressão.

Em relação à repetição, como uma ação rotineira dos neuróticos tratados por Freud, ele passa a se deparar com uma incongruência: como se justificaria que o aparelho psíquico agisse constantemente "em nome" do princípio do prazer e pudessem ser encontrados casos de neuroses traumáticas, neuroses de guerra, melancolia e sadismo? O mestre verificou clinicamente que tais pacientes, ao se confrontarem com a possibilidade de afastar do psiquismo as memórias dolorosas, acabavam por fazer um movimento de resistência à análise e apego ao sintoma, como se o próprio ego se submetesse a uma *escolha* pelo sofrimento, o que ele qualificou então como "reação terapêutica negativa" (FREUD, 1920;1924).

Assim, agrupou a *compulsão à repetição*, a *reação terapêutica negativa* e o *princípio da constância* como indicativos da existência de uma pulsão de morte operando constantemente nos processos mentais. Se o aparelho mental estaria em constante esforço para manter tão baixa quanto possível ou, ao menos, em nível constante, a quantidade de excitação, Freud (1920) define que essa tendência seria uma das mais fortes razões para se acreditar na existência das pulsões de morte.

Ao mencionar a pulsão de morte, Freud (1920) defende que ela estaria trabalhando de modo incessante para reduzir a zero a excitação psíquica, conduzindo o organismo a um estado inorgânico. Ele afirma que a existência da pulsão de morte é uma *especulação útil e adequada* para nominar os fatos clinicamente observados e reescreve, a partir disso, sua teoria pulsional. A repartição entre instintos do ego e instintos sexuais dá origem a um novo dualismo pulsional entre pulsões de vida e pulsões de morte. As pulsões sexuais, narcísicas ou não, trabalhariam contra a morte, contrapondo-as como *pulsões de vida*, em um duelo constante entre Eros e Tânatos.

Exposta a sua concepção de pulsão de morte, Freud acabou por inspirar vários dos seus interlocutores, tanto contemporâneos, quanto de uma época posterior à sua. Encontramos então grandes divergências entre a aceitação integral do conceito (como

na obra de Klein, que o amplia para nele incluir a destrutividade) ou a mudança da sua extensão e aplicabilidade, referenciada a um caráter benéfico (por Ferenczi, com o caráter regressivo e benéfico da *pulsão de repouso*), a sua conexão, não ao retorno ao estado inorgânico, mas ao desligamento do objeto (como defendido por André Green), até a sua completa negação, em Winnicott, por exemplo, que recusa a existência das pulsões de morte em sua construção metapsicológica.

Como quer que denominemos essa circulação mortífera ou estagnante que se contrapõe às pulsões de vida, o fato é que, nos casos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, há uma vontade de desconexão dos analisandos, uma corrente de desligamento dos objetos do mundo e, muitas vezes, dos investimentos no próprio ego, tanto em termos do físico como do psíquico.

Muitos analisandos no auge do quadro sintomático se apresentam esqueléticos, abúlicos, definhando no corpo e *na alma* a olhos vistos, o que nos coloca face a um grande desafio no trânsito entre os caminhos de Eros e Tânatos.

Para Ferenczi (1924), por outro lado, esse desligamento pode ter uma conotação benéfica, o que traz ao analista uma via alternativa para trilhar, ainda que nesse caminho um tanto eivado de sombras.

### 3.3.3.2. Sándor Ferenczi e a "Pulsão de Repouso"

*O sono é uma pequena porção de morte que pedimos emprestado antecipadamente e por meio da qual recuperamos e renovamos a vida exaurida durante o espaço de um dia. O sono é um empréstimo pedido à morte. O sono pede emprestado à morte para conservar a vida.*

Arthur Schopenhauer (1788-1860/2002, p.79)

Seguindo a trilha de Freud, Ferenczi (1924, p. 313) desenvolve em *Thalassa* (1924) a mesma noção sobre a concomitância das pulsões de vida e de morte no tema da genitalidade, ao asseverar que:

O acasalamento resume num único ato toda uma série de sequências impregnadas de prazer e angústia. Por uma parte o prazer de ficar livre das excitações pulsionais desagradáveis (princípio da constância), o prazer de voltar ao ventre materno (princípio do nirvana, da estimulação zero), o prazer de um feliz desenlace do nascimento; por outra parte, a angústia que sentiu no decorrer do nascimento e aquela que terá de ser revivida durante o retorno (em fantasia).

Com o passar do tempo, porém, Ferenczi (1932) revisa essa primeira postura teórica: rejeita a noção de pulsão de morte como determinante no sujeito e passa a adotar a tese de que o desejo constante de retorno a um estado de quietude não estaria relacionado apenas ao retorno ao inorgânico como inércia e morte psíquica.

Não haveria, para ele, a luta constante entre pulsões de vida e um estado regressivo qualificado como *morte* para alcançar a inércia, mas, sim, uma regressão com caráter *positivo* para fazer anteparo aos sofrimentos oriundos da necessidade adaptativa do cotidiano. Os sonhos, o sono, as fantasias e os encontros sexuais, para Ferenczi, estariam caracterizados como formas de regressão com caráter terapêutico, restauradores do caráter conflitivo da vida em estado de alerta. Ele diverge, nesse ponto, do seu mestre Sigmund Freud.

Se, em *Thalassa*, Ferenczi (1924) já aborda a ideia de tendência à regressão a formas primordiais de vida para fazer anteparo às dificuldades decorrentes da adaptação ao ambiente, essa ideia de *pulsão de repouso* aparece mais expressamente no Diário Clínico de 1932 (FERENCZI). Segundo noticia Figueiredo (2002), há um documento não publicado e descoberto em 1998 (DUPONT apud FIGUEIREDO, p. 914) no qual Ferenczi se pronuncia expressamente contra a ideia de pulsão de morte, declarando: "*Nothing but life-instincts. Death-instincts, a mistake*" ("nada além das pulsões de vida. Pulsões de morte, um engano, um erro").

Na matriz ferencziana há, pois, uma discordância quanto à ideia de hegemonia da pulsão de morte no psiquismo. E ainda que destituído de seu lugar de discípulo de Freud por tal posição, o psicanalista húngaro manteve o seu entendimento divergente.

Como Ferenczi (1924/2011) retoma a importância do fator traumático e das relações mais precoces com o ambiente, a regressão passa a ser vista por ele, em manejo analítico, como um meio de atingir o núcleo impeditivo de um desenvolvimento saudável, um mecanismo de retorno reparador e restaurador de um choque traumático vivenciado pelo indivíduo em interação com o seu ambiente.

Sua tese sobre a regressão de pacientes a esse lugar de repouso como uma tendência permanente à qual estariam os homens obstinadamente apegados, apesar de ensejar grande controvérsia e dissidência, acabou por possibilitar, com o passar das décadas, o estudo por Michael Balint e Donald Winnicott de alguns aspectos benéficos e terapêuticos dessa modalidade de *regressão*.

Ferenczi (1924/2011) aborda a importância de um meio ambiente apto a se adaptar às necessidades do bebê, ficando profusamente realçada em sua obra a relação

entre sujeito e objeto. Ele ressalta, todavia, que sempre permanece um resto, um resquício dessa capacidade adaptativa, que geraria a tendência a um estado de repouso regressivo para realizar esse desejo primitivo. Para acessar o sentido de realidade, o homem haveria de renunciar a essa regressão, encontrando o que Ferenczi chama de "substituto no mundo da realidade" (p.294).

Com base nesses movimentos regressivos teorizados por Ferenczi, Winnicott (1954/1978d) constrói sua teoria sobre a regressão à dependência como uma forma de se enfrentar traumatismos primitivos decorrentes do ambiente. Também Michael Balint (1968/1993) acaba por veicular importantes conceitos acerca da viabilização desse processo de regressão em análise. Ele defende que, em termos de técnica, apenas uma estrutura mais forte de ego tem a potencialidade de conter certas formas de tensão, o que não ocorreria nos casos de padecimentos referentes a estados pré-edípicos, pré-verbais ou pré-genitais, com raiz bem distante dos conflitos edípicos. Esses pacientes não suportariam a técnica clássica da interpretação nos moldes freudianos.

Não nos caberia, dada a circunscrição do objeto desta dissertação, aprofundar o estudo das regressões em análise propostas por ambos os autores - o que, por si só, seria um objeto próprio e autônomo de estudo - mas, apenas, "dar algumas pinceladas" em noções clínicas fundadas nesses movimentos regressivos que podem ser úteis, aplicáveis e, também, tranquilizadoras quando pensamos na escuta dos pacientes do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*.

Tomando como partida a teoria ferencziana quanto aos movimentos regressivos em análise, Balint (1968/1993) consegue adotar uma posição ainda mais otimista do que o psicanalista húngaro em relação a tais pacientes, cujo circuito pulsional trafega com uma força de desligamento, que ele denomina de pacientes do nível da *falha básica*.

Para Freud (1920), como vimos, esta força de desligamento é a *pulsão de morte*, que conduz o indivíduo ao ponto zero, da inércia e da morte psíquica; para Ferenczi (1924; 1932), ela está relacionada à *pulsão de repouso*, como uma fantasia de retorno ao útero materno com a função de servir de anteparo à adaptação do indivíduo e para a liquidação dos seus traumas precoces. Já para Balint (1968/1993), esse movimento regressivo seria um retorno ao tempo do *amor passivo primário* - não ao ponto zero do inorgânico, não ao útero da mãe, mas, metaforicamente, ao tempo do infantil para retomar um trauma e elaborá-lo em um estado de dependência e confiança, fazendo movimentos de cicatrização das feridas primordiais, o que, em análise, poderia vir a ser considerada uma via bastante promissora de revitalização.

Balint (1968/1993) relaciona os pacientes do *nível de falha básica* a eventos pertencentes a uma relação exclusivamente bipessoal, não incluindo uma terceira pessoa como nos conflitos edípicos. Há, pois, uma dinâmica preponderante diferente da força do conflito e que, por esse motivo, não pode ser descrita pela via da linguagem adulta, a qual seria inútil ou enganadora para descrever eventos desse nível. Seriam casos relacionados à *relação objetal primária* ou ao *amor primário*, havendo desajustes na adaptação dos objetos significativos às necessidades desses indivíduos, que acabaram marcados por sintomas profundamente intensos e por grande angústia. Segundo define, dito paciente alega sentir uma "falha dentro de si [...] que precisa ser corrigida" e diz que "há o sentimento de que essa falha foi provocada por alguém que falhou ou descuidou-se dele" (idem, p.19).

Se pensarmos nas demandas de Fernando e Branca, casos abordados neste capítulo, ao chegarem em análise, eles expressavam os sintomas do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* também nos aspectos não verbais, marcados pelo corpo arrastado, pela vontade de acessar um estado de invisibilidade, pela dificuldade de se sentirem integrados a um *tempo subjetivo*, a um *tempo compartilhado*, a um *tempo transicional* e, ainda, por não gozarem de um *sentimento de integridade do self*. Diante disso, não há dúvidas de que, tal qual Balint define em relação aos pacientes da falha básica, houve "uma considerável discrepância nas fases formativas precoces do indivíduo, entre suas necessidades biopsicológicas e cuidado material e psicológico e a afeição disponível nos momentos relevantes" (BALINT, 1968/1993, p.20).

Muito interessante quanto à regressão é a tese winnicottiana de que o processo de amadurecimento não é linear: "amadurecimento não é sinônimo de progresso: amadurecer inclui a possibilidade de regredir a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão ou para retomar pontos perdidos" (DIAS, 2017, p.82).

Nos casos de falha básica, o analista deve proporcionar uma possibilidade de regressão em análise para que o indivíduo atinja um estado primitivo marcado pela paz com o ambiente que o sustenta, como se fora um recuo no tempo para se entregar a experiências mais precoces e aplacar uma relação conflituosa ou traumática que tivera com o seu entorno em razão de um cuidado "insuficiente, deficiente, aleatório, excessivamente angustiado, superprotetor, severo, rígido, muito inconsistente, inoportuno, superestimulante ou apenas sem compreensão ou indiferente" (BALINT, 1968/1993, p.20). O processo de análise deverá ser apreendido como uma possibilidade de recomeço (*new beginning*) e o analista deve funcionar como uma espécie de objeto

primário, sendo presente, mas flexível, devendo ser indestrutível, para possibilitar "que o paciente viva, com ele, em uma espécie de *mistura interpenetrante harmoniosa*" (idem, p. 127, grifos nossos).

No tópico alusivo ao Pensamento Clínico, traduziremos em forma de vinheta como tal vivência regressiva e reparadora foi sendo delineada no caso clínico de Fernando. Por ora, cumpre destacar o pensamento de André Green quanto à força de desligamento tendente a zero, o narcisismo de morte.

### 3.3.3.3. André Green e o Neutro

André Green acata, como dito, a existência da pulsão de morte, mas a define, em diversas passagens de sua obra, como *força de desligamento*, relacionada às relações do indivíduo com os objetos. Ele oferece, portanto, uma visão que entrelaça as pulsões e os objetos, articulando as duas dimensões: a intrapsíquica e a intersubjetiva.

O trabalho do narcisismo, para Green (1988), não seria um trabalho de ligação, mas de *relição* das pulsões de vida ao próprio eu para que ele possa sobreviver à destrutividade. Isso se justifica porque haveria um impulso constante de retorno ao elemento líquido (como no mito de Narciso), à imagem na água, à fusão ao corpo da mãe, que poderia ser traduzido como tendência mortífera e inércia psíquica ou retorno ao estado de repouso na linha ferencziana.

Green (idem, p.41) convoca, assim, a complementação da série do Um e do Outro, inserindo entre eles a "categoria do Neutro - "*neuter*, nem o um, nem o outro" -, que seria um tipo de realidade indiferente à agitação das paixões humanas. O *narcisismo primário absoluto* seria uma expressão do princípio da inércia, posteriormente nominado por Freud de princípio do Nirvana, relacionando-se a uma desvinculação dos objetos e suas vicissitudes e a uma ilusão de autossuficiência do eu. O *narcisismo negativo* dirige-se ao vazio, ao branco, à anestesia, à inexistência.

O indivíduo do *narcisismo negativo* de Green teve respostas fracassadas dos seus objetos primordiais e como não encontrou vias de acesso ao prazer, não teve a possibilidade consistente de religar as pulsões de vida, entrando, por consequência, no circuito negativo e neutralizado, porém repetitivo, de desligar-se. Nesses casos, a pulsão de morte se volta também contra o próprio sujeito, além do desligamento dos objetos, mantendo-o em uma vida próxima da inércia e da desvitalização, da morte psíquica.

Os analisandos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, segundo pensamos, acabaram invadidos por uma agonia impensável em razão de uma vivência duradoura e penosa de abandono ou desamparo assimilados como superiores às suas capacidades, o que gerou uma descrença total sobre a possibilidade de serem socorridos daquele estado agônico. Nessas situações, há um desamparo tão prolongado que a criança deixa de ter esperança de que alguém possa vir a socorrê-la um dia.

Outra questão bastante intrigante quanto à vontade de desligamento narrada por analisandos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* diz respeito ao fato de que muitos deles não estiveram deprimidos de forma prolongada, nem viveram uma história longa de tristeza e/ou medicação, mas ficam muito desafiados a entender porque se sentem tão diferentes das outras pessoas, tão "esvaziados no peito".

No curso do tratamento, o analista vai se dando conta, na realidade, não de entristecimentos, perdas ou frustrações apreendidas como memória consciente, mas, sim, de verdadeiros *buracos psíquicos*, que nos remetem imediatamente à teoria da mãe morta de André Green.

#### 3.3.3.4. A "mãe morta" em André Green

*Não pode haver muito: muito amor, muito prazer, muito gozo, enquanto, do outro lado, a função parental está sobreinvestida.*

André Green (1988, p.256)

O analisando Fernando também apresentou em análise a queixa de que não conseguia terminar um relacionamento, que já se *arrastava* havia seis anos. Ele pensava estar assistindo, "impotente", a relação continuar sem quaisquer mudanças e não conseguia ver uma possibilidade de manutenção do vínculo, apesar de ter acreditado, um dia, que a pessoa seria o "amor de sua vida".

Fernando apresentava um comportamento não-verbal marcado pelo desânimo, andando arrastado, sem sorrir, sem entusiasmo ao cumprimentar a analista, sempre com uma sensação de mesmice. Quase todas as sessões começavam da mesma forma, em tom monocórdico, referindo-se ao tema inicial: a relação afetiva que parecia "morta", mas da qual ele não conseguia se despedir. Após um tempo, contou Fernando que um familiar, em uma conversa, acabou por lembrá-lo de um fato de sua infância: a

mãe dele sofrera uma perda grave quando ele era muito pequeno, deprimira e, enlutada, dizia repetidamente como era bom tê-lo como consolo para tanta tristeza.

O assunto foi tratado de forma desafetada, com a rubrica de "assuntos já enterrados no passado", que suscitavam sempre muita resistência quando abordados em análise. Ele ostentava defesas enrijecidas e vivia assoberbado por dúvidas constantes sobre o que seria melhor e mais adequado em sua relação amorosa. Manifestava uma impossibilidade de ver a pessoa partir e apresentava, desde o início, um núcleo branco, de difícil acesso. Ele dizia que tinha vontade de "viver uma vida", mas não entendia como (ou se) conseguiria.

Enquanto Freud fixa um centro na angústia de castração e no recalçamento, André Green (1988) propõe uma nova concepção sobre angústia, bipartida e diferenciada entre dois tipos: 1) *angústia "vermelha"*, ligada à ideia de angústia de castração (fundada no conceito prévio de Freud), evocada no contexto de uma ferida corporal associada a um ato sangrento e 2) *angústia branca*, ligada a perdas ou ameaças de abandono (perda do seio, perda do objeto e ameaças relativas à perda ou à proteção do Supereu). Embora contenha destrutividade, a *angústia branca*, segundo defende o autor, não tem relação com uma mutilação sangrenta, mas com estados de vazio, por isso denominada "branca".

A construção do complexo da mãe morta por André Green decorreu de uma revelação da transferência quando ele acompanhava diversos pacientes marcados por esse estado de vazio. *A posteriori*, compreendeu que os pacientes carregavam no inconsciente uma *mãe morta*; isto é, vivenciaram uma relação infantil com uma mãe depressiva, ausente psiquicamente, embora biologicamente viva.

Para ele, é como se existisse uma depressão da transferência, que seria a repetição de uma depressão infantil ocorrida na presença do objeto, a mãe, em razão de estar ela mesma absorta em um luto. Não se trata de depressão por perda real de um objeto, mas de uma tristeza materna que ensejou forte diminuição do seu interesse na criança e instalou uma distância incompreensível para o filho.

No texto ferenciano *A Criança mal acolhida e sua Pulsão de Morte* (1929), o autor ressalta que há uma diferença - apesar de aparentemente insignificante, mas que reputamos clinicamente relevante - entre os sintomas apresentados por crianças que foram maltratadas desde o seu nascimento, face ao não desejo dos pais, à recepção com impaciência ou irritabilidade pelo ambiente familiar, e por aquelas que receberam

certo investimento amoroso a princípio e, por algum motivo, viveram a supressão posterior dessa afetividade de forma brusca.

Nesses casos de desinvestimento inesperado ou abrupto por parte da mãe após um prévio período de ambiente favorável ao bebê, ele terá uma vivência patológica sobre a perda do objeto e ficará impedido de simbolizar a ausência da mãe, que poderia, em condições favoráveis, ser representada como uma mãe total, como um tipo de "perfume que emana do objeto, impregna o espaço e não desaparece quando ele se ausenta" (GREEN, 1988, p. 243). Isso equivale a dizer que a criança vive a *perda* do objeto-mãe como *ausência do objeto* que se traduz, por fim, em *perda narcísica*.

O desinvestimento materno inesperado na criança que havia sido previamente investida traz uma sensação de *perda de sentido e impotência* difíceis de suportar. Para se defender, a criança deixa de esperar o afeto da mãe, desinvestindo no objeto materno e, por consequência, formata a matriz de desinvestimento como forma de se relacionar com os demais objetos de sua vida amorosa. Isso se explica porque, devido à mudança súbita da qualidade do afeto, a criança tenta decodificar o que ocorreu: primeiro pensa ter sido ela a provocadora da decepção da mãe; depois identifica-se com o vazio e passa a portar os traços negativos da *mãe morta*, criando uma tendência do Eu a desfazer a sua unidade "para chegar a zero" (GREEN, 1988, p.267).

A criança levará consigo as marcas do objeto ausente, o que aniquilará a vivacidade de seus investimentos objetais posteriores, comprometendo tanto os investimentos libidinais quanto no seu narcisismo. O sujeito trará, assim, uma vulnerabilidade marcante em suas experiências amorosas - geralmente sendo essa a temática que suscita o seu ingresso em análise -, já que, segundo Green, "os objetos do sujeito ficam sempre no limite do Eu, nem completamente dentro nem totalmente fora. É isto porque o lugar está ocupado, no centro, pela mãe morta" (1988, p. 252).

Nos casos de psiquismos nos quais o analisando carrega uma "mãe morta", para Green (1988), ainda que a ligação escolhida seja feita com um mau objeto, este acaba por fazer a função de manter a vida, evitando uma desintração completa. Pode ser um mau objeto, mas funciona como objeto de ligação.

Em tais casos, portanto, além da presença constante do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, da fala desinvestida e sem vitalidade, muitas vezes, o analisando traz a queixa da relação amorosa, sendo que a companheira ou companheiro será rotineiramente apontado como insuficiente, deficitário, devedor de algo que nunca

conseguirá pagar. Tal desinvestimento afetivo é qualificado por Green como "um assassinato psíquico do objeto, realizado sem ódio" (idem, p.249).

Em quase todas as sessões do primeiro ano de análise de Fernando, de fato, a companheira dele era apontada como insuficiente, faltante, oscilante, como alguém que não trazia segurança à vida amorosa de ambos e que poderia sumir a qualquer tempo. A sensação de incompreensão sobre o porquê de continuar "tentando" a relação e "ficar preso" nesse enredo sem fim nos remetia, dia a dia, à existência de uma "mãe morta" alojada no psiquismo de Fernando. A informação de que a mãe de Fernando desinvestira maciçamente nele em razão de uma depressão representava um obstáculo para sua ligação amorosa, sempre apreendida como esvaziada, faltante ou ameaçadora.

A bem da verdade, nesses casos a transferência aponta para o buraco psíquico que os analisandos portam e para a presença da "mãe morta" alojada em seu centro, o que impede a simbolização da falta e a possibilidade de lidar com a "morte dentro". O trabalho, assim, sustentará a escuta da dúvida sobre tais parceiros e sobre a desvitalização do próprio analisando, requerendo um cuidado específico com aquilo que aparece menos como sofrimento e, mais, como mal-estar com a insuficiência do Outro.

Seja nos casos de narcisismo de morte fundados na vivência penosa e prolongada de abandono ou desamparo desde o nascimento do indivíduo, seja nos casos de buraco psíquico fundado em investimento prévio e posterior retirada abrupta deste, estaremos nos confrontando, enquanto analistas, com esse vazio, com essa inércia e proximidade à morte psíquica, com o *narcisismo do zero*.

Apreciadas até aqui as três vertentes propostas - *o tempo, o espaço do eu e o desligamento* - para melhor construirmos um arcabouço teórico a respeito dos sintomas do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* - cabe agora apreciarmos a quarta vertente proposta, de ordem bastante abstrata, subjetiva e somática, já que se trata do extravasamento no corpo, sob a forma de um frio ou um ar gélido, relatados pelos analisandos como uma *experiência física de uma vivência psíquica*.

### 3.3.4. O FRIO

*A realidade psíquica, ausente, precisa ser restaurada ou até inventada; mais do que ser reencontrada, precisa nascer.*

Jean-Bertrand Pontalis (2005, p. 250)

Nos casos clínicos de *tédio-branco* e *apatia-adaptativa*, outro ponto a ser destacado é o de que as sensações corpóreas são muito marcantes, constantemente relatadas em análise, sempre relacionadas ao frio - uma mão gelada apertando o peito, um nó frio na garganta, a vontade de viver "sob o peso das cobertas" - aliadas a uma impossibilidade de entregar-se a um sono restaurador.

Em *La Noia*, Moravia (apud SVENDSEN, 1970/2006, p.46) diz que o tédio é "como uma doença das próprias coisas, uma doença que faz toda a vitalidade murchar e morrer, desaparecendo quase de repente". Tanto ele quanto Heidegger (idem) associam esse estado a um nevoeiro, sendo que este último se refere ao tédio profundo como "um nevoeiro silencioso, que mistura todas as coisas e pessoas, inclusive a si mesmo, numa estranha indiferença" (idem). Para Garborg, trata-se de "um frio mental" (idem).

André Green também menciona que o núcleo frio que esses pacientes abrigam "queima e anestesia como gelo", trazendo como consequência o fato de que o amor não fica disponível. Ele ressalta que: "Não são somente metáforas. Estes analisando queixam-se de sentir frio em pleno calor. Têm frio sob a pele, nos ossos, sentem-se enregelados por um calafrio fúnebre, envoltos na sua mortalha" (GREEN, 1988, p. 255).

Assim que o analisando Fernando chegava ao consultório, essa sensação de frio constante era logo mencionada. Andava de forma arrastada, sem peso e densidade, com os braços cruzados, como em um abraço "de si em si mesmo", de modo a fazer o frio passar ou demonstrar ao mundo externo que havia um "fechamento do tempo" interno e que estranhos não eram bem-vindos. Suas pegadas pareciam não ficar registradas no chão. Pisava leve, levíssimo. Contou-me que vinha sofrendo de uma tristeza profunda desde os 16 anos de idade, desde que "se entendia por gente" e que não queria ser definido pelos remédios que tomava. Durante o início do tratamento, tentava fazer movimentos para "desmamar" a medicação e voltar a sentir. Depois de um período de redução drástica do remédio para dormir, percebeu que passara seis meses anestesiado: ao tirar a medicação, voltou no tempo, revivendo uma cena difícil na qual

estava se separando de alguém importante; viu mentalmente as cores vivas da cena triste e sentiu uma dor profunda, dor que ficara impedida de vir à tona desde o momento daquela despedida por causa do entorpecimento subsequente. Ele me pedia para ajudá-lo a sentir suas dores, seu sofrimento e aguentar esse peso sem desistir.

Era recorrente a vontade de se desligar; apesar disso, Fernando adentrava o consultório, algumas vezes, para falar "tudo que estava dentro do peito". Falava em tédio reiteradamente: o mundo social não fazia sentido; criticava os jovens da sua idade por se vestirem com as mesmas roupas; criticava o jeito de amar atualmente e dizia que só conseguiria amar "de forma inteira", querendo virar "um só" com pessoa amada. Ele sempre falava em apatia: na vontade de não falar nem de interagir com ninguém em casa ou na rua. Em algumas sessões, porém, conseguia construir novos planos.

Clinicamente, esses analisandos falam que não querem ser vistos como pessoas "frias", pois entendem que não o são, mas trazem à cena uma escassez de elaboração imaginária, muito poucas fantasias a respeito de si e dos outros, sendo importante que o analista possa se oferecer como alguém que freia o uso da interpretação, muitas vezes intolerável para quem está se confrontando com essa modalidade de vazio existencial.

Depois de alguns meses de análise, Fernando descobriu que tinha um talento especial para pintar e decidiu iniciar um curso. Porém, a cada prazo fixado para os alunos entregarem suas produções, em um aterrorizante desassossego, Fernando ficava imobilizado: fazia planos grandiosos, queria pintar quadros inesquecíveis. Normalmente, em um montante de quarenta telas, apenas uma poderia ser selecionada por ele. O ano foi passando e todos os sucessivos prazos foram sendo trabalhados, ainda que com imensa dor, com alguma efetividade, até que ele acabou conseguindo, nesse universo de autoexigências excessivas, fazer a entrega do trabalho final: uma produção que incluía trinta telas relacionadas a diversas técnicas distintas.

No ano seguinte, chegou à sua sessão com um álbum de fotografias dos seus quadros de profunda beleza, valor estético inquestionável e, igualmente, brutal tristeza, visto que, naquelas páginas, estava registrada a história da sua trajetória entre o tédio, a apatia e os estados depressivos que teve de enfrentar ao longo da vida - todos esses sintomas "narrados" por aquelas imagens. Trata-se de um daqueles analisandos de *coração murcho*, como dizem Daniel Stern e George Herbert (apud ALVAREZ, 1994).

Dentro da perspectiva de "empatizar" clinicamente, na acepção de "sentir com" o analisando, devo dizer que eu não consegui ficar indiferente ao impacto causado pelas fotos das telas pintadas e me vi tendo de segurar o transbordamento interno que

emergia em meus olhos face às imagens à minha frente - um retrato preciso do paradoxo entre o Belo e o Triste. Diante disso, Fernando me perguntou se estava tudo bem. Respondi que sim, e ele, vendo que poderia produzir no Outro algo reconhecível em valor, perguntou: "Você acha que, algum dia, eu vou conseguir fazer uma exposição?". Naquele momento, penso que ele acreditava genuinamente que sim.

A arte e a estética funcionaram, neste caso, como imaginário, emprestando ao mundo interno de Fernando novas possibilidades de se ver como sujeito: os períodos do curso e da produção correlata foram tempos nos quais a ameaça de desligamento ficou contida e em que outros focos de imagem puderam ser inseridos no "nevoeiro" experimentado por ele. Muitas vezes, ele mencionava que não estava mais sentindo tanto frio, o que era curioso por se tratar do inverno.

### 3.4. PENSAMENTO CLÍNICO

Percorremos um caminho até o presente ponto - passando pelas questões do *tempo*, do *espaço*, do *desligamento* e do *frio* - para fincarmos bons alicerces que nos ajudem a oferecer uma escuta clinicamente adequada ao sofrimento de tais analisandos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*. E talvez seja esta a questão mais espinhosa: *como manejar tais casos, construindo pontes e gerando novas possibilidades de trânsito entre o mortífero e o Eros?*

Em *A face estética do Self*, Safra (2015) indaga: como seria possível falar em Psicanálise clássica e uso da interpretação pelo analista (de significados reprimidos) quando o analisando se apresenta sem a "capacidade de significar e dar sentido", tal qual ocorre nos casos em que os sintomas se relacionam a estados depressivos essenciais ou crônicos? Responde ele que devem ser buscados "procedimentos que possibilitem ao paciente utilizar-se do campo transferencial para constituir os aspectos fundamentais de seu *self*, que até então ficaram sem realização" (p. 14), o que traria não apenas significação, mas também articulação simbólica.

Freud (1905a) sustenta a existência de uma antítese entre a técnica sugestiva e a técnica analítica, usando, para tanto, as fórmulas *per via di porre* e *per via di levare*, que Leonardo Da Vinci empregara em relação às artes. Ele destaca que a primeira dessas fórmulas se aplicaria ao método da pintura porque seriam depositadas sobre a tela "pequenos montes de cores onde não os havia" (p. 336), acrescentando-se algo

ao material originário. Na escultura, por outro lado, a fórmula aplicável seria *per via di levare*, já que o artesão retiraria da pedra "tudo o que cobre a superfície da estátua nela contida" (p.337). O mestre de Viena definiu, em síntese, que a técnica da *sugestão* fundava-se na fórmula da pintura (*per via di porre*), não se importando "com a origem, força e significado dos sintomas patológicos", depositando a sugestão como um elemento novo que se espera "seja forte o bastante para impedir que a ideia patogênica adquira expressão" (idem). Quanto à técnica **analítica**, ele lançou a máxima de que esta "não deseja acrescentar ou introduzir algo novo, mas sim retirar, extrair, para isso cuida da gênese dos sintomas doentes e do contexto psíquico da ideia patogênica, cuja remoção é seu objetivo" (idem).

Assim, relacionando o método analítico à fórmula "*di levare*", própria da escultura, Freud sustenta de início que o analista deve atuar tal qual um escultor face a um bloco de pedra maciço, sem acrescentar novos elementos à matéria-prima, sem adicionar sugestões, mas, sim, agir como alguém que retira resíduos para que seja revelada a forma escondida na pedra. O analista nada deveria acrescentar (assim como os escultores italianos renascentistas, cujo trabalho seria o de "desaprisionar" a escultura que ansiava por sair da pedra), mas apenas libertar o conteúdo "acorrentado" à rocha sólida - o que, na época, equivalia a acessar o material inconsciente recalcado.

A comparação feita entre o analista e o escultor, é bem verdade, atendeu a uma demanda daquele momento histórico, sobretudo porque Freud (1905a) acreditava que essas técnicas estavam sendo mal aplicadas e mal compreendidas pelos profissionais "médicos" daquela época, que acabavam por encaminhar para o mestre alguns pacientes a serem tratados pela via da hipnose, apesar de já ter sido esse método por ele superado para fins terapêuticos havia anos. Naquele momento, tentava Freud "aparar algumas arestas" e impedir que fossem nominados como processos *analíticos* algumas atuações terapêuticas que fugiam das diretrizes por ele preconizadas - e que, posteriormente, a partir de 1912, passaram a ter o seu estatuto expresso em diversos textos sobre Técnica Psicanalítica.<sup>11</sup>

Tais diretrizes já se esboçavam em diversos outros textos anteriores a 1912, mas passaram a ser descritas como recomendações e regras pertinentes à técnica analítica por ele preconizada, tais como a neutralidade do analista, a regra universal de

---

<sup>11</sup> Dentre eles "Recomendações ao Médico que Pratica a Psicanálise" (1912), "A Dinâmica da Transferência" (1912), "O Início do Tratamento" (1913), "Recordar, Repetir, Elaborar" (1914), "Observações sobre o Amor de Transferência" (1915).

falar o paciente tudo aquilo que viesse à sua mente e, sobretudo, a noção de transferência com a finalidade de fazer o paciente se *recordar* de experiências pretéritas ou desejos reprimidos no inconsciente, *repetir* na relação com o analista aquelas questões que ainda não podiam acessar o consciente e *elaborar* o material trazido à análise mediante a interpretação do analista sobre as resistências do analisando.

Apesar de não estar expressamente escrito por Freud o verbete “neutralidade”, esse conceito se espraia implicitamente ao longo de sua obra, com especial enfoque para o texto *Recomendações ao Médico que pratica a Psicanálise* (1912, p. 131), no qual ele sustenta que o analista “deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado”.

Essa forma de atuação do analista afigura-se, todavia, como um ponto que veio a ser remodelado pelo próprio Freud em 1937, no texto *Construções em Análise*. A rigor, se a meta original a orientar o analista era a da “eliminação da ideia patogênica” (1905a, p. 337), posteriormente, algo se acrescenta a tais orientações técnicas.

O que intentamos ressaltar veementemente é que nos casos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, se o analista optar pelo manejo asséptico e distante condizente com o método *di levare*, não haverá qualquer revitalização possível do quadro clínico de desvalimento observado nos analisandos. Sobretudo porque é como se analista e analisando se confrontassem, sessão a sessão, com uma cavidade oca, esvaziada de conteúdo, marcada por um discurso empobrecido e pela inacessibilidade ao desejo. Assim, por melhor “escultor” que fosse o analista, por mais habilidosa que fosse a sua arte de expurgar as superfícies da pedra, a dupla esbarraria na falta de material mais denso no seu interior, que faria, em última instância, com que essa casca sem núcleo se fragmentasse em pedaços.

Nesta direção, pensamos que nesses casos clínicos há de ser afastada uma psicanálise fundada na fórmula “per via di levare”, o que não quer dizer que estejamos defendendo, de forma alguma, o uso da técnica sugestiva. A construção, entendemos, deve ser “per via di pore”, mas, para tanto, o analista deverá ter a disposição de aguardar a lenta construção do imaginário e dos significantes do próprio analisando<sup>12</sup>.

Não se trata de deixar transbordar, na cena analítica, a subjetividade ou o desejo do analista. Muito menos de permitir que o *setting* seja invadido pela sugestão aberta ou

---

<sup>12</sup> Assim também pensa Maria Rita Kehl (2009, p.19), para quem o fim de análise de pacientes depressivos deve se dar “per via di porre”.

por atos diretivos a serem adotados pelo analisando, tomados de empréstimo do imaginário do analista, vez que isso traria certa artificialidade à cena, erro de técnica ou uma escolha nada salutar pela via adaptativa. Desse modo, o analisando "entregaria" em atos concretos na sua vida um atendimento ao esperado pelo Outro, no caso, o analista, posicionado em um lugar equivocado de *ideal do eu* ou de *saber*, em vez da posição cabível de *suposto saber*.

A via que propomos deverá ser, ao contrário, a de possibilitar na transferência que esse imaginário adormecido do analisando possa ir despertando aos poucos. E, ainda, que seu engajamento em projetos e sonhos de estar mais ativamente no mundo exterior derive de seus próprios significantes internos, construídos com bastante parcimônia, vagorosamente, na companhia e com o testemunho do analista, até que possam se transfigurar em apostas de viver de um outro modo. Para tanto, o analista deverá ter uma disposição de mente tal que possibilite, no curso da análise, o encaminhamento de novos enlaces, de novas operações de ligação para contornar os desligamentos libidinais acentuados em suas vidas.

Louvar-se-á o analista no "amor de transferência" como combustível propulsor desta tentativa de construção, devendo compreender que qualquer manejo a ser feito deverá ser suave, longo e duradouro, além de profundamente cuidadoso, dada a fragilidade da pedra de base.

#### 3.4.1. Freud e as *construções em análise*

*Conquistei, palmo a pequeno palmo, o terreno interior que nascera meu.  
Reclamei, espaço a pequeno espaço, o pântano em que me quedara nulo.  
Pari meu ser infinito, mas tirei-me a ferros de mim mesmo.*

Fernando Pessoa (2011, p.52)

Em 1937, Freud se dedicou ao tema das *Construções em Análise*, sob a premissa de que a relação transferencial estaria vocacionada a favorecer o "retorno de conexões emocionais perdidas pelo analisando" (p.276) e que, para tanto, seria necessário proceder a uma reunião, a um agrupamento "dessa matéria prima" apresentada no tratamento analítico.

É bem verdade que, naquele momento histórico, Freud estava combatendo a crítica mordaz segundo a qual os analistas atuavam sob a premissa do "*Heads I win, tails you lose*", ou seja, que saiam ganhando de qualquer jeito, pois, ao interpretarem o discurso dos seus pacientes, em caso de confirmação da interpretação fornecida, estaria correta sua análise, mas em caso de apresentação de um "não" à interpretação formulada, haveria apenas sinal de resistência do paciente. Ele assevera, então, nesse texto e em contraposição a tal crítica, que mesmo um "sim" formulado em análise não deve ser tomado por seu valor nominal e há de ser recebido dentro de uma *construção da história do sujeito* e, sobretudo, a partir dos efeitos observados após tal interpretação ou tais construções formuladas em análise.

Ele convoca, pois, a observação do leitor sobre qual seria a tarefa do analista, deixando cristalino que há *atividade de construção*. E, ao falar dessa atividade, equipara o trabalho do analista ao do arqueólogo, invocando a diferença de que, no caso de uma análise, há material vivo, diferentemente dos escombros e do material soterrado com que o arqueólogo tem de lidar. Há construções e reconstruções em análise como se fossem, metaforicamente, as paredes do prédio, as decorações e as pinturas a partir dos alicerces encontrados na escavação do arqueólogo. Freud acrescenta que há de se considerar, além das lembranças e associações, também o comportamento do sujeito em análise, no tempo presente.

Acerca do uso da atividade de criação em sentido amplo, como um novo material vivo agregado à matéria-prima originária colocada à vista, Freud (1937/2016, p.277) usa dois termos: "suplementação" e "combinação dos restos que sobreviveram". Em 1937, portanto, ele supõe a riqueza do encontro analítico para além da descoberta do material reprimido, ressaltando que, "para o analista, a construção constitui apenas um trabalho preliminar". Declara, ainda, que "construção" seria um termo mais apropriado do que "interpretação e seus efeitos".

Neste texto, Freud (1937/2016, p.284) deixa um fecundo campo em aberto, ao dizer que ainda restava como resíduo um problema "de saber como é possível que aquilo que parece ser um substituto incompleto [a própria construção, durante o processo de análise, sem a lembrança correlata] produza, todavia, um resultado completo [o resultado terapêutico efetivo que ele verificava nos pacientes face a "uma convicção segura da verdade da construção"]". Segue dizendo que se trata de "assunto para uma investigação posterior", dando margem ao florescimento de novas teorias atinentes às "construções em análise".

Elegemos nesta dissertação os ensinamentos de Christopher Bollas (1992) para o preenchimento de tal fértil lacuna que acabou por inspirar vários psicanalistas contemporâneos. Isso se justifica porque estamos postulando, nesses casos, uma transferência mais flexibilizada na qual a tarefa do analista defendida por Freud no citado texto de 37 - o *retorno de conexões emocionais perdidas* pelo analisando - possa vir a ter expressão como uma construção durante o processo de análise.

### 3.4.2. O conceito de *psychic genera* de Christopher Bollas

*Do mesmo modo que um navio é construído para que os marinheiros naveguem nos mares, ou instrumentos são forjados para fazer música, paciente e analista constroem objetos internos para processar a análise.*

Christopher Bollas (1992, p.71)

Em sua obra *Sendo um Personagem*, Christopher Bollas (1992, p. 52) propõe o interessante conceito de "*Psychic Genera*" (traduzido como "*gênese psíquica*" ou "*generatividade psíquica*"), ao qual ele atribui uma nota relevante de *opositor ao conceito de trauma*. Nessa oposição, enquanto o trauma seria gerador de dor psíquica, produzindo impacto significativo no *self*, a *genera*, por seu turno, seria produtora do que ele denomina de uma elaboração sucessiva do "idioma pessoal", gerando novas concepções de realidade.

É marcante em sua teoria, pois, o conteúdo contributivo e procriativo das *genera*, no sentido de embasar processos internos e buscar novas organizações para viabilizar o crescimento pessoal do sujeito, vinculando-se aos instintos de vida, ao passo que o trauma teria uma ligação mais estreita com a compulsão à repetição e ao mortífero. As *genera* seriam "elaborações psíquicas desejadas que refletem as escolhas introjetivas do sujeito, à medida que este se sente livre para seguir as articulações inconscientes de seu idioma pessoal e são parte do erótico da forma" (BOLLAS, 1992, p. 52).

A originalidade da ideia formulada por Bollas reside no que ele chama de *teoria da recepção*: haveria uma gravitação psíquica, como uma espécie de ímã, que atrairia blocos de ideias organizadas para o inconsciente, ideias estas em manifesta oposição ao que se conhece como ideias reprimidas, já que elas estariam trabalhando para elaborar a fantasia, favorecer o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e teriam

como função possibilitar "o desenvolvimento inconsciente sem o efeito intrusivo da consciência" (idem, p.55). As *genera* estariam, por isso, profundamente relacionadas à vivência da criatividade. Se, por um lado, o recalque, fundado na *teoria da repressão*, estaria trabalhando para banir o conflito entre as instâncias psíquicas, reprimindo os conteúdos não compatíveis com a estruturação da subjetividade consciente, por outro lado, a *teoria da recepção* se funda na construção de um espaço mental para o desenvolvimento.

Para Bollas (1992), as ideias, palavras, afetos e experiências desses blocos organizados em polos de atração fariam um trabalho de "esquadrinhar o mundo da experiência em busca de fenômenos relacionados a este trabalho interno" e, por serem produtos de gênese, voltariam à consciência transformados em "ações de enriquecimento do *self*" (p. 56), diferente do que ocorre com o reprimido.

Um dos seus intentos é apreciar como psicanalistas e analisandos colaboram de forma inconsciente para construir novas narrativas sobre a história pessoal destes, em uma proposta de trabalho não imersa em modelos exclusivamente patológicos. No seu entender, as *genera* seriam produtoras de novas *genera* e muitas vezes se relacionam a trabalhos científicos e artísticos, sendo produzidas após um longo percurso, como uma espécie de consequência de ideias sequenciadas e desenvolvidas anteriormente.

Esse conhecimento, ligado à atividade do analista, representaria a capacidade de sustentar longas horas de não conhecimento, visando acessar uma descoberta psíquica. E, em relação ao analisando, redundaria em uma possibilidade de reorganizar sua forma de catalogar as experiências vividas com uma nova estruturação simbólica em virtude das aquisições paulatinas e anteriores das *genera*. Elas passariam a se integrar ao psiquismo como "um novo modo de entender as coisas" (idem, p. 59). Em uma análise, portanto, as *genera* serão produzidas pela dupla analista e analisando, em uma espécie de jogo que abarca a criatividade sobre o sentido da existência, englobando um esforço criativo do pensamento, para convocar novos arranjos psíquicos.

Emerge da obra de Bollas (1992), assim, a ideia do *inconsciente receptivo* a partir das contribuições ofertadas pelo analista ao analisando, que poderão trazer novas riquezas simbólicas para serem semeadas no inconsciente receptivo desse paciente. Além da questão de construção, há, também, oferta e recepção. Bollas considera que esse inconsciente *receptivo* trabalha ao lado do inconsciente *reprimido*, sendo o primeiro um "tipo materno de trabalho inconsciente que colabora com a ação paterna" (p.55).

Em relação ao inconsciente *receptivo*, Bollas usa as seguintes metáforas: "conceber, impregnar, incubar, dar à luz", destacando que a generatividade psíquica resulta em "certo tipo de criatividade inconsciente diferente da metáfora paterna, que reforça a repressão, a dominação e a representação disfarçada" (BOLLAS, 1992, p.55). Segundo defende o autor, a incubação dessa generatividade é um trabalho que pode ser equiparado à criação do conteúdo dos sonhos e ao trabalho de brincar, pois os núcleos de ideias oníricas formam um bloco de ideias que fazem um trabalho simbólico de ligação para a formação de uma estrutura com novos significados.

Cabe postular, nos casos de patologias do vazio, a posição de um analista que tenha maleabilidade para se afastar do modelo estrito da psicanálise clássica. Que favoreça as ideias de produzir *genera*, produzir sentido, "sentir com" o analisando, com ele empatizar, ter *tato*, engendrar novas pontes e construções simbólicas sobre a sua história pessoal. A transferência terá formas certamente não tão lineares.

Defendemos, como base nesse construto, que uma análise pode ser um processo criativo entre duas pessoas trabalhando na produção de *generatividade psíquica*, de novas formas de pensar sobre o sofrimento. Daí poderá decorrer o prazer de se experimentar uma modalidade inédita de relação objetal, que passa a fazer parte da estrutura mental do paciente, revitalizando-o. São feitas construções e reconstruções no tempo presente, agregando ao espaço analítico material novo produzido pela dupla e dessa colaboração decorrem novas cadeias de simbolização e representação.

Como vimos, Fernando narrou no início da análise que sentia "habitar uma tela em branco", desprovido de qualquer ânimo ou inspiração para "pintar" a sua própria vida. Com a passagem do tempo, ao narrar seus "brancos" em análise, *foi concebendo, impregnando, incubando e dando à luz* às várias telas concretas pintadas por ele como produção do seu imaginário, com dificuldade, mas também com gestação e autoria. Tratou-se, pois, de um tipo de *generatividade psíquica* que, ao mesmo tempo em que se convertia em obra de arte com valor estético, também funcionava como elemento de ligação, simbolização primária e revitalização psíquica, como em um tipo de transicionalidade entre objetos internos e externos da sua vida.

Assim como aconteceu com a personagem Ofélia de Clarice Lispector (1978, p.105), pedimos licença para usar as palavras da autora para falar do que fora acontecendo com Fernando, trocando, para tanto, os pronomes, artigos e adjetivos para o masculino:

Alguma coisa acontecia que eu não conseguia entender a olho nu. [...] Ali, diante de meu silêncio, ele (sic) estava se dando ao processo [...] se agarrava em si, não querendo. Mas eu esperava [...]. Diante de meus olhos fascinados, ali diante de mim, como um ectoplasma, ele estava se transformando em criança [...] Não sem dor. Em silêncio eu via a dor de sua alegria difícil. A lenta cólica de um caracol [...]. (Me ajuda, disse seu corpo na bipartição penosa. Estou ajudando, respondeu minha imobilidade.) A agonia lenta. Ele estava engrossando todo, a deformar-se com lentidão [...]. Quase sorria então, como se estendido numa mesa de operação dissesse que não estava doendo tanto. Ele não me perdia de vista [...]. Mais e mais se deformava, quase idêntico a si mesmo. Arrisco? Deixo eu sentir? Perguntava-se nele. Sim, respondeu-se por mim [...]. A agonia de seu nascimento [...]. A coragem de ser o outro que se é, a de nascer do próprio parto, e de largar no chão o corpo antigo. E sem lhe terem respondido se valia a pena. "Eu", tentava dizer seu corpo molhado pelas águas. Suas núpcias consigo mesmo.

Como ressalvamos na Introdução, Pontalis (1995) parte da impotência motora sentida pelo analista em algumas formas de contratransferência para falar de casos clínicos nos quais "nos sentimos *mortalmente* tocados" (*grifos nossos*). Neles, a experiência contratransferencial indicaria estarmos diante do que chama de "morte da realidade psíquica do analisando" (p.245), em virtude de uma falha de origem experimentada muito precocemente.

No caso clínico de Fernando, assim como de outros pacientes do tédio e da apatia referidos neste capítulo, aparece muito fortemente na cena analítica o que Pontalis (1995, p. 246) batiza de um *desejo de fazer o outro nascer para si mesmo*. A cena narrada acima, pela via da personagem Ofélia, foi a forma que elegemos para simbolizar o que se deu em termos de construção de imaginário, reconhecimento de ausência e falhas básicas; e, pela via do processo analítico, como se delineou uma forma embrionária de fazê-lo nascer para si mesmo.

### 3.4.3. A narrativa no processo de análise

*E Ademar soube ouvir a sua paciente. Não espremia mais as espinhas da testa, ficava em silêncio e, ao final das sessões, dava à Condessa um guarda-chuva colorido, promessa de bons sonhos [...].*

*Foi assim que o tratamento engrenou. Eles brincavam de trocar palavras sobre o amanhã. Nessas brincadeiras, foram inventando uma língua própria, uma linguagem que só os dois compreenderiam. Brincavam de adormecer. Frequentemente, Condessinha falava e o Curandeiro dormia [...]. Quando Ademar acordava, dizia simplesmente: "prossiga". Ou, então, apenas: "ahãhã".*

*Às vezes, ele falava, mas então eram apenas migalhas. E a dieta fez bem à paciente.*

*Ambos foram construindo intimidade. Brincavam de fazer muitos roncos. Às vezes até babavam. Depois, tentaram um sonho.*

*Curandeiro notou, no princípio, que as palavras que a menina trazia eram sempre muito secas. Depois, começaram a chegar meio úmidas.*

*Um dia, uma fumacinha, ainda tímida, mas colorida, começou a sair da orelha de Tártara. Em seguida, as palavras aparecerem bastante molhadas, mesmo. Ademar desconfiou que ela desejava um oceano de coisas. Foi assim que ele pôde ajudá-la a dormir e a sonhar um futuro melhor e menos fedido. Foi assim que a Condessinha começou a sonhar.*

Sergio Zlotnic (2014, pp. 55-6)

A narrativa, inequivocamente, é algo que nos interessa profundamente nos cuidados da clínica da *apatia-desligamento* e do *tédio-branco*. Isso porque, sob a forma de simbolizar, narrar e ressignificar a sua história, o processo analítico pode trazer grande impacto e alguma contribuição transformadora, de revitalização, no escopo de afastar a vivência de uma existência "sem futuro".

Na obra *Reinventar a Vida*, o conceito freudiano de *Nachträglichkeit* é apreciado por Daniele John (2015. p.37) a partir da seguinte ideia: Freud escuta em análise o Homem dos Lobos, que tem, então, mais de 25 anos, mas ele conta a sua história infantil, marcando esse enredo com as palavras do adulto que se tornou, e não com as suas palavras de criança. Sustenta a autora que esse fenômeno do *Nachtraglichkeit* (algo em português como compreensão *a posteriori*) deve ser pensado "de forma mais abrangente", visto que "ele não precisa estar necessariamente vinculado a episódios pontuais, traumáticos, mas pode ser compreendido como um mecanismo que envolve novos entendimentos da história de vida do sujeito como um todo".

Tal expressão, conhecida pelos ingleses como *deffered action* (*ação diferida no tempo*), traria a ideia implícita de que alguns acontecimentos vivenciados em certo período apenas *a posteriori* podem vir a encontrar significação, seja ela traumática ou

não. Seria um ato com efeito retardado. Nesse sentido, adverte Freud (apud ZEFERINO, 2010, p.160): "não é o acontecimento em si, mas a sua lembrança que só depois (*nachtraglichkeit*) torna-se patogênica ou adquire sua eficácia psíquica". Importa, nesses casos, muito menos o registro fiel da realidade externa, e muito mais o "remanejamento temporal da *nachtraglichkeit*" (idem) quanto à ordem simbólica dos traços mnésicos e das representações; ou seja, as associações feitas face à apreensão do evento.

Deste raciocínio resulta a riqueza da possibilidade de reconstrução do passado dos analisandos a partir do remanejamento de representações no tempo presente em uma ressignificação, releitura ou reescrita da própria história pretérita.

A necessidade de o sujeito recompor o que ele pode (e pôde) ser na vida face à sua constituição egoica, seus traumas, seus processos inconscientes e aquilo que os imperativos do Super-eu impuseram depende de simbolização, nomeação, marcação de enredo, contação da história, repetidamente, com o fim de uma ressignificação. A lacuna, o vazio, uma mão que esmaga o peito, os processos de insônia constante, nos quais os analisandos apenas conseguem intuir que há algo de errado, mas não têm palavras para expressá-lo, tudo isso fica sobrestado, a depender de alguma simbolização e narrativa - e a análise será o espaço oferecido para tanto.

Em se tratando, sobretudo, de manejo e trabalho ativo com o conteúdo do núcleo frio, o analista tem por diretriz a ação de *construir* novas temporalidades e novos espaços potenciais com o analisando, para inaugurar algo em termos pulsionais, criando repercussão na ordem do desejo desse sujeito na vivência de um tédio marcante, pesado e imobilizador, conectado com certa apatia, que se apresenta corporificada, exteriorizada em uma vida sem tantos estímulos, em estado neutro.

O conceito de saúde mental há de ser pensado mais amplamente, como uma capacidade inerente ao ser humano da experimentação psíquica de certa tensão de prazer e desprazer, frustração e gratificação, perdas e ganhos, júbilos e capacidade de se enlutar, momentos esquizo/cindidos e momentos de integração.

A necessidade de se refazer essa malha da narrativa, restituir essa tela em branco como vazio criativo, leva Fédida (apud DELOUYA, 1999, p.12) a dizer que "é preciso fazer uma cama, um lugar de repouso, para a depressão".

Entendemos que essa ideia de fazer *um lugar de repouso* deve nortear a disposição de mente e de ânimo do analista, para que possa viabilizar ao paciente que atinja estados regressivos, se for o caso, em um ambiente confiável, a fim de rever - e reviver - de outro modo os momentos disruptivos de sua vida primitiva como criança,

narrando-os a partir de outra posição subjetiva. Nesse lugar de repouso, haverá espaço para que se possa viver também "aquilo que não teve lugar", psiquicamente falando.

Nesse caminho de construção, reconstrução e remoldagens do conteúdo imaginário, muito do vazio interior experimentado pelo analisando escapará no *setting* analítico, às vezes na forma de silêncio, outras sob a forma de desinteresse em continuar a percorrer esse caminho exploratório, investigatório ou teorizador das próprias formações psíquicas. As sessões apresentam-se, não raro, muito lacunosas, arrastadas ou sem força vital. O analista, então, deverá apegar-se ao significante da paciência; e quando esta for minguando, buscar ainda mais paciência até que algo "com mais batimentos cardíacos" possa ir aparecendo. Serão tempos "em branco" que requerem disposição de ânimo íntegra.

Sobre o silêncio do analisando como mero sintoma de resistência, ressalta Balint (1968/1993, p. 23) que a interpretação pode ser a de que ele está fugindo de alguma coisa, mas também a de que ele pode estar correndo para alguma coisa, em um estado relativamente seguro, em uma espécie de criação, podendo fazer algo a respeito do problema que o está atormentando ou preocupando, e que nós, enquanto analistas:

[...] podemos não estar com ele **durante** o trabalho de criação, mas o podemos momentos **antes ou depois** e, além disso, podemos observá-lo de fora, durante o seu trabalho.

Com base na concepção winnicottiana, o espaço analítico vem sendo qualificado como espaço transicional (SAFRA, 2015), equiparado ao espaço existente entre o corpo da mãe e do bebê, dada a sua potencialidade de agrupar objetos internos e externos, além de transformar aquilo que é o não-familiar em familiar - e, por consequência, permitir a integração de partes fragmentadas do psiquismo.

No livro *Apática*, que retrata a história de uma cidade sem qualquer movimento, em que as horas e os dias passam e são vivenciados com total indiferença pelos seus habitantes, Marcelo Xavier (2015) narra a chegada de um forasteiro que carrega uma mala repleta de potes de tintas, cada um de uma cor, instalando-se no hotel local. Certo dia, um a um, os moradores decidem abrir, às escondidas, um dos potes e passar a tinta nos seus rostos, sendo que cada uma delas, metaforicamente, representa um afeto de alta intensidade - alegria, medo, vitalidade, tristeza, paixão, desejo, infância, ternura, amor, ódio, revolta - instaurando uma vivência inaugural, constituinte e sem retorno na

vida daqueles que as aplicam em suas faces. Mas a decisão de usar as tintas no rosto não é do forasteiro; cada habitante dali deve adotá-la em nome próprio.

Pensamos que, tal qual esse forasteiro, nos casos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, o analista não deve oferecer uma presença invasiva em termos de construção do imaginário ou na meta da articulação simbólica naquelas hipóteses em que o analisando vai se mostrando impossibilitado de experimentar determinadas intensidades; mas, sim, tentar acompanhar o processo dessa construção, sempre no ritmo possível para o sujeito que vai emergindo.

Para o enfrentamento dessa "tela em branco" que aparece no processo analítico dos casos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, há de existir continência do analista, convite ao imaginário, tempo para decantação, a fim de que "as camadas de gelo" possam ir derretendo aos poucos, à medida que o analisando suportar as novas temperaturas. A pulsão de desligamento, porém, eventualmente aparecerá na cena analítica com sua força gélida e a força da transferência deverá ser, então, um combustível que deixe Eros, aos poucos, ir aquecendo a vida psíquica do analisando.

## CAPÍTULO 4: DO TÉDIO-PROTESTO E DA APATIA-ESCUDO

*LXXX - Spleen*

*Eu sou tal qual um rei de algum país chuvoso,  
Rico, mas impotente e moço, embora idoso.  
Que do vassalo dispensando medidas rituais,  
Se enfada com os cães e os outros animais.*

*Nada o alegra enfim, nem caça, nem falcão,  
Nem o povo a morrer diante do balcão.  
A grosseira canção do jogral mais fiel  
A fronte não distrai deste doente cruel;*

*Muda-se em tumba o seu florido leito  
E as damas para quem todo príncipe é perfeito  
Certo nunca irão por vestidos que comovem  
Por seu sensual decote este esqueleto jovem.*

*O sábio que lhe faz ouro é impotente  
De vez que não lhe extirpa o que há nele de doente;  
E estes banhos de sangue que o romano ensina  
E que ocorrem aos reis quando a idade declina,  
Jamais aquecerão o morto que aflige  
Em que flui em lugar do sangue a água do Estige.*

Charles Baudelaire (2001, p. 88)

Para falarmos acerca da sintomatologia que caracteriza os quadros de tédio-protesto e da apatia-escudo, cabe abrir este capítulo com o relato de um sonho do analisando aqui chamado Peter<sup>13</sup>:

Ele está vestindo uma roupa pesada, verde escura e de metal prateado envelhecido, provavelmente de um guerreiro ou de um soldado, como se fosse o personagem principal de uma peça teatral que iria representar. Ele vê um cortejo enorme passando em uma larga avenida. Existe uma multidão nesse cortejo, mas ele tem a certeza de que será escolhido para entrar no grupo como destaque, ainda que esteja posicionado como um dos espectadores do cortejo, ocupando um lugar muito atrás da primeira fila dos que assistem à sua passagem, separados por uma corda azul. Ele sabe que as pessoas do cortejo irão encontrá-lo no meio da multidão e fica na expectativa de que o 'diretor do espetáculo', um homem que caminha à frente do cortejo, irá levantar a corda azul e pegá-lo pela mão, convocando-o. Acorda sobressaltado, angustiado, sem que o desfecho se dê.

Na ocasião, Peter me contou em análise que estava vivendo assim: sempre esperando. Fora da cena.

<sup>13</sup> Nome fictício, associado ao personagem Peter Pan.

É justamente essa sensação narrada por Peter que nos oferece linhas diretivas para seguirmos apreciando a sintomatologia aqui proposta: muito do que se abordará neste capítulo refere-se à ideia de "estar fora da cena".

Assim, já apreciadas as modalidades de tédio e apatia relacionadas ao significativo "trauma" (*tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*), bem como as modalidades referentes ao significativo "morte" (*tédio-branco* e *apatia-desligamento*), cabe-nos agora, como proposto na Introdução, seguir o estudo de um terceiro bloco sintomático, fundado na expressão "recuo".

Estas duas outras modalidades de tédio e apatia - o *tédio-protesto* e a *apatia-escudo* - apresentam-se na superfície exterior como algo muito parecido com as demais manifestações (dadas as narrativas sobre o cansaço, a preguiça em viver e projetar o futuro, o desinvestimento das relações objetais e no amor); porém, entendemos que há outros elementos fundadores e propulsores dessa sintomatologia, que a fazem distinta, peculiar e autônoma das demais, como aqui buscamos defender.

Com efeito, ainda que o discurso dos analisandos e suas manifestações não-verbais nesses tipos de tédio e apatia também apontem para o *escoamento da vontade de viver* e o *desinvestimento do aspecto prazeroso da vida* (o que relacionamos ao conceito greeniano de *anorexia de viver* (GREEN, 1988)), entendemos que há uma distinção marcante entre a configuração sintomática e a etiologia que justifica esses quadros defensivos, os quais se apresentam mais relacionados ao entorpecimento.

A princípio, como estratégia necessária à apreensão dessa classificação, e seguindo a forma adotada nos capítulos anteriores, passamos a abordar descritivamente, em tópicos próprios, a sintomatologia do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, no sentido de ressaltar como os analisandos que portam esses sintomas ingressam em análise e o que apresentam como demanda. Em seguida, no item dedicado aos fundamentos teóricos referentes a essas modalidades sintomáticas, apontamos as causas prováveis de ambos os quadros, fundadas em recentes estudos de psicanalistas que se debruçaram sobre o tema - causas que pensamos fazerem parte de um tronco comum, por isso vamos abordá-las em conjunto.

Basicamente, no percurso inicial, trazemos os ensinamentos de Freud quanto aos primeiros estágios de interação mãe-bebê e a instalação da *ausência materna* como um fato que traz efeitos psíquicos para o desenvolvimento do *infans*.

Levando em conta que o foco da metapsicologia freudiana quanto a esse tema particular se centra na pulsionalidade, passaremos a trilhar também outra via teórica,

com vistas a inserir um aporte alusivo à importância do ambiente empático e não intrusivo. Para tanto, vamos nos dedicar às teses winnicottianas acerca da *mãe suficientemente boa* e das *primitivas necessidades egoicas* para a distinção entre *eu* e *não eu*. Na mesma trilha quanto ao estudo da etiologia do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, passamos a apreciar as ideias de agressividade no bebê e oposição do ambiente como via de acesso a uma vida criativa e ao despertar da curiosidade sobre o mundo. Em seguida, abordamos o desvio ou a obstrução dessas rotas da criatividade, da impossibilidade de simbolização da ausência pela criança e da *superoferta materna* como um elemento patologizante em determinados quadros clínicos.

Mencionamos também a atual teorização acerca das chamadas *patologias do desvalimento*, nas quais compromete-se o fluxo desejante por defesas à intrusão, e o indivíduo, em desesperança, recorre a mecanismos autocalmantes apenas para modular operativamente a sua angústia, sem maiores investimentos nos objetos exteriores. A teoria da *depleção simbólica* virá completar esse estudo sobre a pobreza de simbolização que se instala nesses casos clínicos.

Levando ainda em consideração o fato de que a noção de sujeito em Psicanálise não pode ser apreciada sem a inclusão do ambiente físico no qual esse indivíduo se encontra imerso, destinamos um espaço para apreciação de possíveis impactos do contexto social na experimentação de tais sintomas.

Já no tópico destinado ao Pensamento Clínico, buscamos formular questões sobre o manejo em análise do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, que há de ser adaptado a uma situação bastante singular como a de tais sintomas.

Por fim, após efetivado um percurso explanatório e analítico em relação às modalidades de *tédio* e *apatia* nos Capítulos 2 e 3, assim como neste capítulo, proporemos uma pequena síntese descritiva e mais sintética de suas diferenças mais relevantes, abordadas detalhadamente nos espaços pertinentes a cada díade, movidos pelo intuito de fundamentar a justificativa para tal tripartição.

#### 4.1. O TÉDIO-PROTESTO

*Sabe esses dias em que horas dizem nada  
E você nem troca o pijama preferia estar na cama  
Um dia, a monotonia tomou conta de mim  
É o tédio cortando os meus programas  
esperando o meu fim  
Sentado no meu quarto o tempo voa  
Lá fora a vida passa e eu aqui à toa  
Eu já tentei de tudo mas não tenho remédio  
Pra livrar-me desse tédio  
Vejo um programa que não me satisfaz  
Leio o jornal que é de ontem pois pra mim tanto faz  
Já tive esse problema  
Sei que o tédio é sempre assim  
Se tudo piorar não sei do que sou capaz<sup>14</sup>*

A classificação dessa modalidade de sintoma e a escolha da nomenclatura *tédio-protesto* se relacionam à constatação clínica de que alguns indivíduos portam, atualmente, uma maciça resistência ao ingresso na vida adulta, formulando um discurso cujo subtexto é um constante protesto quanto à passagem do tempo.

Não raramente, a chegada desses indivíduos em análise se efetiva após longos períodos em que estiveram imersos em um torpor circular - seja mediante o engajamento duradouro assistindo a seriados, filmes repetidos, envolvidos em disputas de *games* de caráter semanal ou mensal, festas de longa duração (*raves*), uso abusivo de drogas com efeitos "mais anestésicos" ou ingestão descontrolada de alimentos e álcool. Todos eles apontam para um mesmo fim: apaciar uma relação conflituosa com o tempo, assimilado como opressor. Há uma vivência de transgressão quanto a desobedecer aos ditames do tempo e o desejo de dominá-lo, submetê-lo.

É comum que esses analisandos passem anos envolvidos em planos e projetos que reforçam a sensação do vazio - concursos públicos para os quais ainda não estão preparados, sonhos de ingressar no mundo das artes plásticas, do teatro e da televisão, sem prévia formação, expectativa de promoções pouco prováveis. A consequência desse (des)engajamento acaba por acirrar ainda mais a sensação de inadequação ao "mundo adulto" e o correlato desejo de entorpecer, neutralizar qualquer possibilidade de desejo e atividade. A vontade de nada fazer é constantemente narrada, ao longo de quase todas as sessões de análise.

---

<sup>14</sup> Letra da música "Tédio", composta pela Banda de Rock *Biquini Cavado* no ano de 1985.

Fenomenologicamente, tal *tédio-protesto* apresenta-se como sintoma, atitude ou comportamento marcantes não só na clínica psicanalítica, mas também, muitas vezes, como um aspecto da própria construção da subjetividade, sendo bastante elucidativa a seguinte descrição (CESAR, 2015, p.10) dos seus aspectos verbais e não-verbais:

Refiro-me aos jovens, em sua adolescência arrastada, adultos adiados, com o cotidiano vazio ou atemorizado; mas aqui, o cotidiano sem sentido deixa cair para fora do mundo estes seres desamparados. Adolescência congelada, fixada em horas paradas, os anos passando e o adiamento de entrar na vida. O gelo conserva, mas aqui deixa imobilizados os recursos internos que colocariam em movimento os processos de maturação, o colocar a existência em devir. Constatamos ainda a procrastinação compulsiva, a incomunicabilidade, a inércia psicossomática, o sentimento de marginalidade, o uso de drogas como recurso e como prótese de um aparelho psíquico que não consegue "imaginar" sua vida ou projetar um futuro. Apresentam dificuldade de ingresso na vida, temerosos e impotentes para lidar com o mundo do trabalho e com a aquisição da identidade adulta.

Vamos então usar algumas expressões do trecho acima citado - "adultos adiados", "cotidiano atemorizado", "adolescência congelada", "procrastinação compulsiva", "adiamento de entrar na vida" e "sentimento de marginalidade" – a fim de tecer algumas considerações acerca da escuta analítica nos casos de *tédio-protesto*.

A rigor, esses pacientes "protestam" na sua mudez e "escolhem" viver uma vida entorpecida, fazendo pouco caso do "mundo adulto" e buscando, então, como vimos, um tipo de escape no qual convocam atuações maciças para fazer face ao vazio. Parecem, pois, bastante frutífera a ideia acima exposta de pensar nessas rotas de fuga como um tipo de *prótese de um aparelho psíquico que não consegue imaginar sua vida e projetar um futuro*. Nesses casos, as questões formuladas em análise acabam por se ater a uma dificuldade em acessar o próprio desejo e alguma construção sobre o devir, aliada a uma afirmação de que não haverá rendição ao que a sociedade deles espera.

Taylor (1994, apud GIOVANETTI, 2010 p.248) usa a expressão "despotismo suave" para falar do fenômeno em que pessoas se furtam a participar ativamente da vida política e "preferem permanecer em casa, para curtir as satisfações da vida privada". Nos casos aqui apreciados, como se houvesse um "despotismo suave", esses indivíduos se recusam a ingressar no âmbito social e adulto, escolhendo ser "reis" em seu reduzido território psíquico e vivenciando certa impotência desdenhosa em ingressar no mundo do trabalho. Como no sonho de Peter, acima transcrito, eles esperam ser escolhidos, mas algo os impede de se apresentarem na *linha de frente, levantando a corda que os separa do mundo dos que se arriscam*, ficando imobilizados com certo ar *blasé* de quem não queria *entrar no cortejo*.

Cabe invocar como exemplo desse sintoma alguns fragmentos do caso clínico de Randy (KILEY, 1983, p. 144):

Estivera em três faculdades durante quatro anos, e ainda devia créditos que somavam mais de um ano. Eterno desconhecedor do seu saldo bancário ou do que significava uma refeição balanceada, incapaz de manter-se em um emprego por mais de duas semanas, vivia numa kitchenette miserável com cinco rapazes medíocres e malsucedidos, sempre fugindo do senhorio, furioso pelo atraso nos pagamentos do aluguel. Randy vivia tão entediado junto àquele grupo de rapazes que nem mesmo fumar maconha lhe dava prazer. Abandonara o fumo e retornara à velha muleta, o álcool. O mais grave era o seu hábito de procrastinar. Não era daqueles que costumavam adiar as coisas para o dia seguinte; procrastinava indefinidamente e afirmava: 'Que se dane o amanhã; vou adiar e ponto final'. Uma espessa camada de desesperança enevoava suas manhãs de Randy.

O discurso do analisando cujo sintoma é o *tédio-protesto* tem como notas costumeiras o cansaço, a preguiça e a crítica, sempre contrapostas a uma fala idealizada sobre projetos futuros eivados de expectativas grandiosas. Há a construção de uma meta quase sempre inatingível ou com baixa possibilidade de concretização, mas o esforço é objeto de desdém, como se não houvesse necessidade de estudo, dedicação e preparação para que os projetos grandiosos viessem a se efetivar.

A respeito dessa dicotomia entre a expectativa de tudo o que se idealiza ter e o que se atinge na "vida real", Carvalho (2014, p.155) ressalta:

O tédio, sentimento que aparece ao longo da história, em diferentes configurações, corresponde, antes de tudo, ao cansaço decorrente da busca pelo ideal inatingido; de modo que - a cada uma das formulações remetentes ao ideal, seja o de uma harmonia na vida em sociedade, seja o de um mundo regido "pelo bem", ou organizado de acordo com o conhecimento científico, ou, ainda, qualquer outra totalização idealizada - **um cansaço, um sóbrio esgotamento se faz acompanhar** (grifos nossos).

Muitas vezes, como analistas, acabamos por testemunhar o desabamento de toda essa estrutura quando, na vida real, esses analisandos tomam ciência de resultados de avaliações, testes, concursos, vestibulares e constatam que não conseguiram ser aprovados, escolhidos ou selecionados dentre outros. São momentos críticos em que as escolhas de entorpecimento e baixo esforço para percorrer os caminhos árduos de quem opta por viver produtivamente são questionadas, aparecendo, talvez nessas aberturas temporais, uma possibilidade de vivenciar certo sofrimento com as próprias escolhas.

Relacionada diretamente ao tédio-protesto, outra manifestação sintomática que apresenta as mesmas raízes é a *apatia-escudo*.

## 4.2. A APATIA-ESCUDO

- *Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui?*
- *Isso depende muito de para onde queres ir - respondeu o gato.*
- *Preocupa-me pouco aonde ir - disse Alice.*
- *Nesse caso, pouco importa o caminho que sigas - replicou o gato*

Lewis Carrol (1865)

A *apatia-escudo* liga-se diretamente ao *tédio-protesto*, face às mesmas questões alusivas à "batalha" contra o ingresso na vida adulta, o que ocorre, porém, sem qualquer ruído ou crítica. Recebe essa classificação, sendo aqui caracterizada com esse substantivo composto, por se relacionar aos afetos do alheamento e do desinteresse, que, na sociedade contemporânea, são muito bem representados, de modo concreto e palpável, pelos fones de ouvido.

Analisandos que carregam esse sintoma da *apatia-escudo*, igualmente, passam intermináveis horas siderados por *games* ou seriados, alheios às tarefas rotineiras da casa, dos amigos e colegas de escola ou do trabalho. De modo curioso, muitos trazem no corpo um tipo de inscrição sobre esse desinvestimento pulsional, quer em forma de tatuagens, quer nas roupas que escolhem vestir, muitas vezes marcadas pela expressão *I don't care* (não me importo, "não estou nem aí"). De fato, em seus discursos, parecem não se importar e nem querer agradar ou conquistar outras pessoas com as quais convivem; na verdade, sequer admitem precisar delas.

Alguns desses analisandos assumem identidades de personagens fictícios em situações sociais e em suas redes sociais - ou com eles se identificam (a exemplo de personagens como Peter Pan, Alice no País das Maravilhas, referenciados à passagem do tempo, a um retorno à "Terra do Nunca" e à busca tortuosa de um caminho). Cultuam os quadrinhos e dizem "não" ao mundo adulto, muitas vezes portando esses "escudos" no próprio corpo, sob a forma de fantasias, indumentárias, roupas com temas mais infantis ou, como dito, tatuagens temáticas dessa insatisfação. Seus vínculos são de baixa intensidade e profundamente desvitalizados. São pacientes que se defendem do mundo e criam uma "pele psíquica" que os protege de fortes intensidades emotivas.

Declarou um desses indivíduos, também ora ficticiamente denominado Peter:

-Depois de passar 16 horas seguidas jogando *games*, sem comer direito e sem dormir, comecei a assistir seriados até o final de semana acabar e me dei conta de que tinha passado todo o fim de semana sem trocar o pijama. Deve haver algo de errado comigo, por isso estou procurando análise.

A palavra "escudo" emergiu justamente no discurso desse analisando, que ingressou no *setting* analítico me avisando que teria vindo ao consultório protegido por um escudo - apontando os seus fones de ouvido - e que, por isso, "ficara livre das pessoas ao longo do caminho".

A pressão externa é evitada, de modo eficaz, pelo escudo imaginário que barra a entrada da alteridade ameaçadora, mas, normalmente, os inimigos que se apresentam nessa arrumação estratégica costumam ser oriundos da pressão interna. São pacientes que chegam à análise, muitas vezes, conduzidos pelos pais ou "aconselhados" pelos outros dada a preocupação com esse protesto ou escudo protetivo. Também chegam após um colapso afetivo ou profissional, dado o impacto da realidade quando precisam escolher algo a fazer, seja em termos de trabalho ou estudo, ou alguém para amar.

De que se defendem? Qual o motivo de portarem o escudo? Buscamos aqui formular algumas respostas e apreciar, ainda, como encontrar uma fresta simbólica nesse escudo imaginário para pensar em um menor enrijecimento defensivo.

Jacques Lacan usa a terminologia "demissão subjetiva" para falar sobre a posição do sujeito que se deprime (apud KEHL, 2009); porém, não podemos deixar de pensar nessa mesma posição em se tratando de indivíduos que adotam a escolha do *protesto mudo*, figura contraditória na qual esses sujeitos deixam de acessar o desejo próprio, única via que lhes faria encontrar algum sentido próprio de vida e o fazem, lamentavelmente, escolhendo a *apatia-escudo* ou o *tédio-protesto*, como se estivessem a *contestar* os sentidos do seu tempo. Eles se veem em desacordo com a cultura vigente, mas nada fazem a não ser recuar e se entregar a um lugar desvitalizado e sem voz ativa. Por esse motivo, elegemos o significante *recuo* para ilustrar a ação (ou inação) adotada pelos indivíduos portadores desses dois sintomas.

Segundo sustenta Maria Rita Kehl (2009), o depressivo se instala em uma condição de castrado "por covardia - para esquivar-se da rivalidade fálica com o pai e, conseqüentemente, com os substitutos dele, ao longo da vida. Permanece, portanto, na versão imaginária da castração infantil: aquele que nada pode" (p. 201). Ele "se retira da festa para a qual é insistentemente convidado" (p.103).

As situações clínicas ora tratadas, a bem da verdade, não estão diretamente relacionadas à castração na maior parte dos casos, muito menos à rivalidade fálica com o pai ou a questões edípicas alusivas a uma relação envolvendo três indivíduos; nesse ponto, não se referem precisamente a esse conceito de *recuo* tal qual ocorre em quadros de neuroses. Pensamos que a questão em pauta é muito mais primitiva, no âmbito da vivência da constituição egoica, como sustentamos adiante. A similaridade está, pois, na expressão sintomática dessa posição subjetiva: estar no mundo como alguém que "se retira da festa", como "aquele que nada pode".

Os indivíduos marcados pelos sintomas que ora denominamos *tédio-protesto* e *apatia-escudo*, igualmente, reproduzem esse mesmo tipo de esquiva da rivalidade fálica, retirando-se do "jogo da vida adulta" e vivendo em constante protesto desdenhoso e crítico ao enfado que tal jogo proporcionaria. Ao mesmo tempo, há uma sensação muito subliminar de que se afastaram de uma posição autoral em suas próprias vidas e de que seus grandes talentos estão escondidos e um dia serão descobertos.

Em análise, perguntam repetidamente: "qual o sentido de tudo isso?".

#### 4.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: *TÉDIO-PROTESTO* E *APATIA-ESCUDO*

Cumpramos pensar na doutrina freudiana para situarmos a questão pulsional relacionada a esses quadros sintomáticos.

Freud (1895) nos ensina que um recém-nascido, de forma inexorável, terá as suas necessidades submetidas a algum tipo de demora, ou a uma razoável espera, tendo de se relacionar com as urgências internas quanto à sua própria satisfação - fato este que ocorre em tempos bastante precoces, com a marca de um psiquismo ainda em formação. Esse espaço de angústia da espera da satisfação será uma oportunidade para este pequeno ser acessar as vias da representação do objeto ansiosamente aguardado, quer seja, a princípio, através de uma substituição alucinatória do próprio objeto (seio, mãe, alimento), quer seja, posteriormente, com a possibilidade de o bebê representar o desprazer, o desagrado da espera e estabelecer, psiquicamente, uma nova dimensão do tempo, marcada pelo adiamento.

O *infans*, então, pode representar o seio, a mãe ou o alimento como aquilo que é uma ausência naquele momento, mas que virá a ser, posteriormente, uma presença. Substitui-se a coisa pelo seu representante psíquico. E com a possibilidade dessa

vivência subjetiva referente a um tempo de espera da satisfação, podemos falar então no surgimento da noção de psiquismo do sujeito.

Em *A Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900) propõe uma diferença entre *necessidade* e *desejo*. Ali, resta marcadamente acentuada a ligação entre corpo biológico e as aquisições psíquicas do indivíduo, sendo o conceito de *necessidade* relacionado às pulsões de autoconservação e a funções de manutenção do organismo (fisiológicas, pois), ligadas a objetos de satisfação existentes do mundo real. Não há uma ênfase no ambiente, mas, sim, no aspecto pulsional dessas necessidades, tais como fome e sede, saciadas por alimentos concretos que aplacam essas vivências.

Em relação ao *desejo*, haveria para Freud (1900) um movimento psíquico de reinvestimento em uma imagem mnésica de um objeto real que atendeu a uma necessidade do indivíduo, no momento em que esta se repete. Surgindo posteriormente a necessidade - pensemos na fome, por exemplo -, ocorreria um tipo de alucinação quanto à primeira experiência de satisfação. O desejo se realiza, assim, pela via de um objeto da fantasia. As pulsões sexuais, apesar de estarem apoiadas no campo da necessidade, constituem o campo do desejo. Nesta perspectiva, as *necessidades* são pulsionais e decorrem das demandas fisiológicas e orgânicas, diferenciando-se das pulsões sexuais por funcionarem aquelas mais no registro do princípio da realidade (por se satisfazerem com objetos reais), ao passo que os *desejos* se encontram mais atrelados à fantasia e ao princípio do prazer.

Já para Winnicott (1990a;1968/2011d), há grande relevância no estudo das *necessidades do ego* no campo da constituição subjetiva e da continuidade do ser, sendo então menos relevantes as questões atinentes às vicissitudes instintivas ou pulsionais como entes isolados.

Diferentemente da doutrina freudiana, fundada na força do pulsional e da libido transitando em diferentes fases e fixações, para Winnicott há uma jornada rumo ao amadurecimento pessoal, pensada em quatro períodos (DIAS, 2017): 1) *dependência absoluta* (aí incluídos a solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada teórica); 2) *dependência relativa* (com o começo do processo de desilusão e início dos processos mentais, o estágio da transicionalidade, o do uso do objeto, o do "EU SOU" e o estágio do concernimento); 3) *período rumo à dependência* (nele inseridos o estágio edípico, da latência e da adolescência) e 4) *independência relativa* (adolescência, início da idade adulta, adultez, velhice e morte). Na concepção winnicottiana, portanto, a instintualidade está profundamente imantada à ideia de

amadurecimento pessoal e o autor não reduz as *necessidades do eu* ao campo das necessidades fisiológicas, nem as reduz a tensões pulsionais referidas às pulsões sexuais de cada indivíduo. Compreende-as de forma mais ampliada, como necessidades emocionais, que não podem ser restringidas apenas ao fisiológico e que devem ser atendidas sob estas três vertentes: da integração do eu, da personalização e do contato com a realidade externa.

Em um caminho mais amplo do que a via eleita por Sigmund Freud, portanto, Winnicott postula a importância fundamental do ambiente, atribuindo-lhe uma influência decisiva no amadurecimento egoico e, sobretudo, na diferenciação entre quadros de saúde e de doenças mentais graves, decorrentes de defesas enrijecidas frente a falhas ambientais no início da vida. Os distúrbios à saúde mental são pensados em relação ao momento da "origem na linha do amadurecimento; isto é, com a natureza da tarefa com a qual o bebê, ou a criança estava envolvida por ocasião do fracasso ambiental" (DIAS, 2017, p.84). Para ele, as falhas na construção do eu em casos de psicose, casos-limite e esquizoidias decorre de uma falha de atendimento às *necessidades do eu*, principalmente no momento mais primitivo da dependência absoluta.

Na obra winnicottiana, o que se verifica é que há uma relevância da concepção de saúde psíquica diversa da concepção de Freud: para Winnicott (2011b, p.3), a "maturidade individual implica movimento de estágio de dependência absoluta em direção à independência", mas não uma ideia totalizante de *independência* concebida como isolamento ou invulnerabilidade. O autor descarta a ideia de independência total e circunscreve a saúde nesse campo de caminhada, de trânsito, de movimento rumo à *independência relativa*. A sua noção de saúde liga-se a uma maturidade *relativa à idade cronológica do indivíduo* (idem).

Donald Winnicott partiu do seu trabalho diuturno com psicóticos e bebês e passou a postular que a capacidade de contato com a realidade não é algo já formatado em um ego primitivo; há uma aquisição gradual muito mais relacionada ao "sentir-se vivo, sentir-se real, portando o sentimento de ser, de existir em um mundo real com o sentimento de si-mesmo" (DIAS, 2017, p. 78), do que uma aquisição vinculada a questões isoladas, sejam biológicas, mentais ou sexuais. O pediatra e psicanalista não trabalha, pois, com o conceito heurístico de aparelho psíquico, e o ego não é definido como uma instância desse aparelho psíquico, mas como nomeação de uma tendência à organização e integração dos vários aspectos psicossomáticos que estão não-integrados no início e se reúnem gradualmente em um eu.

No escrito sobre o *indivíduo saudável* (2011b), Winnicott menciona o desenvolvimento dos primeiros estágios, sob a ótica de três tópicos bastante relevantes: 1) *integração*, 2) *parceria psicossomática* e 3) *estabelecimento das relações objetais*.

A ideia de *integração* do bebê se relaciona diretamente à aquisição de uma categoria unitária, de uma noção de Um, tornando possível o "EU SOU". Para Winnicott (1960/2011f, p. 25), portanto, não há, inicialmente, um eu já constituído, mas, sim, um ser em *estado de não-integração* que irá se encaminhando para unidade, o que define como uma conquista, já que essa possibilidade de integração não é automática e depende de um ambiente facilitador:

Este tanto de teoria é necessário se se quiser compreender esta estranha realidade em que vivem as crianças: realidade esta em que nada ainda distinguiu-se como não-eu, de modo que ainda não existe um EU. [...]. Não significa que a criança se identifica com a mãe, mas que não há conhecimento da mãe ou de qualquer objeto externo ao *self*; e mesmo essa afirmação não pode ser considerada correta, pois não existe ainda um *self*. Poder-se-ia dizer que, neste estágio, o *self* da criança é apenas potencial.

O estado inicial de não-integração resulta em uma sensação difusa de *continuar a ser*, até que, partindo desse estado, possam vir a ser vivenciadas experiências de integração mais consistentes. Tal qual desenvolvido no Capítulo 3 desta dissertação, essa aquisição do "eu sou" assegura a construção dos conceitos de tempo e espaço - e se refere à possibilidade de o bebê transitar entre *estados tranquilos e excitados* com sua mãe. Nos *estados tranquilos*, a relação se dá com uma *mãe-ambiente*, podendo o bebê desfrutar de uma sensação de estar relaxado e não-integrado, mas sustentado pelo entorno; e nos *estados excitados*, a relação é com a *mãe-objeto*, como lugar de descarga de seus impulsos de motilidade. Com a segurança do *holding* materno, vai sendo acessada a integração no tempo e no espaço desses fluxos e ritmos.

Apreciando um trabalho do Dr. C.F. Rycroft sobre *vertigem*, Winnicott (1952/1978c, p. 205) sustenta que tal sensação não pode ser desprezada nos bebês, apesar de ser mais associada à manutenção da postura ereta nos adultos. Defende que os bebês experimentam ameaças quanto ao equilíbrio desde a origem, usando a estratégia de agarrar-se ou segurar na tentativa de serem sustentados pela mãe. Para ele, a relação mãe-bebê "não deriva da experiência pulsional, nem da relação objetal que surge a partir da experiência pulsional", e a vida do bebê *não começa* com a experiência pulsional oral; é anterior a isso. A mais antiga ansiedade se relaciona "a um

modo inseguro de segurar o bebê". Como causa da ansiedade do bebê, haveria o fracasso da técnica do cuidado materno em fornecer um apoio vivo e contínuo.

O outro tópico relevante nesse processo de desenvolvimento é batizado de "abrigo psicossomático" e se refere à ideia de uma conexão entre aquilo que é apreendido sensorialmente no corpo do bebê como experiência fragmentada ou parcial - ser banhado, tocado, carregado, alimentado -, que passa a ser psicologicamente integrada, por uma elaboração imaginativa em uma via de obtenção de um *psique-soma*. Não há, ainda, nessa conexão entre o corpo e o psiquismo uma construção de sentido que possa ser chamada de simbólica, nem há representação propriamente dita, mas um tipo de *personalização* das funções sensoriais experimentadas no corpo.

A noção de *estabelecimento de relações objetais* se interliga aos processos de *integração* e de *abrigo psicossomático*, já que a maturação no sentido da vivência do "eu sou" e o alojamento no corpo próprio trarão a possibilidade de que o bebê se impulse em direção aos objetos. Se a mãe for "suficientemente boa", adaptando-se às necessidades de seu filho, ele vai se retirando da zona de controle mágico, superando a ilusão de que o seio foi por ele "criado" e percebendo que o objeto de satisfação (seio, no caso), em verdade, não é parte dele mesmo, mas sim algo externo a ele, o que lhe possibilita, com o passar do tempo, a formular as ideias de eu e não-eu.

Winnicott (2011b) contrapõe essas formulações acerca da saúde - sobre *integração*, *abrigo psicossomático* e *estabelecimento de relações objetais do bebê* - aos casos em que ocorre a doença, qualificados nesse texto como "esquizoides": quanto à *integração*, ressalta que o medo da *desintegração* é uma característica de tais adoecimentos, sendo a insanidade um arranjo sofisticado de defesas para preveni-la; quanto à questão *psicossomática*, fala da esquizofrenia como defesa quanto a uma "conexão frouxa" entre a psique e o corpo e suas funções; por fim, quanto às *relações objetais*, ressalta que, na doença esquizoide, o paciente se relaciona apenas com um mundo subjetivo, restando comprometidas as relações fora do perímetro do eu. Em contrapartida, na jornada de amadurecimento, se o ambiente for suficientemente bom, o bebê passa a conceber as noções de dentro/fora, interno/externo, e "eu"/"não-eu".

Para pensarmos no manejo analítico de tais casos de *tédio-protesto* e *apatia-escudo*, optamos por adotar doravante o conceito de "saúde" oriundo dos ensinamentos de Winnicott, visto que ele empresta um sentido muito mais amplo a essa noção, que pode nos auxiliar na compreensão desses casos de *tédio-protesto* e *apatia-escudo*, marcados pelo entorpecimento.

#### 4.3.1. O espaço do eu e suas fronteiras

*WENDY: - Onde você mora agora?*

*PETER: - Com os Meninos Perdidos.*

*WENDY: - Quem são eles?*

*PETER: - São crianças que caem de carrinhos de bebê quando a babá não está olhando. Se ninguém reclama por elas em sete dias, são enviados para a Terra do Nunca. Eu sou o capitão.*

*WENDY: - Deve ser muito divertido.*

*PETER: - É, mas a gente é um pouco só.*

*TOOTLES [um dos Meninos Perdidos]: - Já que não posso ser nada de importante, algum de vocês gostaria de me fazer uma mágica?*

Dan Kiley (1983, p.92)

Relembrando o que descrevemos no capítulo anterior, um dos modos de expressão desses analisados em suas roupas e adereços, nesse aprisionamento em uma *adolescência congelada* e no *adiamento de entrar na vida*, refere-se a uma problemática quanto à construção, aos contornos e aos investimentos nas fronteiras externas e internas do eu. Em razão disso, entendemos que muitos deles usam o mecanismo da expansão dessas fronteiras como uma via para combater problemas especulares na constituição de um eu coeso e integrado.

Nos casos de pacientes *do tédio-branco* e *da apatia-desligamento*, defendemos no Capítulo 3 que há o confinamento do ego em seu círculo mais reduzido e fechado, dada a apreensão do mundo como ameaçador ou desinteressante "como se houvesse uma área menor a ser vigiada por um sentinela sem muitas forças" (p.108). Já nos casos ora apreciados, *do tédio-protesto* e *da apatia-escudo*, ao contrário, ocorre o fenômeno oposto: o alargamento das fronteiras do eu, como uma "saída" mais estridente e ruidosa.

Uma das justificativas para tal alargamento das fronteiras do eu seria uma vivência inicial aflitiva e angustiante no momento em que surge a necessidade de construção imaginativa da noção de um eu com fronteiras exclusivas, diferenciadas do objeto materno. Nessa separação entre eu e não-eu, esses indivíduos são marcados por angústias extremadas - a angústia de separação do objeto e a angústia de ser invadido e aniquilado pelo objeto - o que os leva a fazer um tipo de adesão imaginária a objetos externos, como em uma confusão de identidade entre o sujeito e os personagens que os capturam de forma quase fusional.

Essa ampliação do perímetro do eu como defesa contra vivências precoces de invasão e aniquilamento, justifica, como mencionamos, nos casos de *tédio-protesto* e da

*apatia-escudo*, a gravitação circular desses analisados em torno de seriados, filmes repetitivos e *games* de longa duração, assim como certa confusão identitária.

Como dito, um dos exemplos desse quadro sintomático se expressa no caso da analisanda Alice, que se veste regularmente como personagens de histórias em quadrinhos e filmes e traz como conteúdo de seu discurso, além dos "poderes" desses seres da ficção que deseja ter como próprios, uma vontade de viver "mergulhada" nos universos particulares deles. Ou do analisando Peter, que prefere passar todos os finais de semana, durante horas a fio, entretendo-se com o *game* FIFA a fazer qualquer outro programa, com qualquer outra pessoa.

As fronteiras do eu seriam, assim, muito fluidas, ampliadas, etéreas e "adesivantes", no sentido de terem como faculdade a colagem fusional a objetos externos que produzam alguma prótese identitária, algum sentido.

Em termos comparativos, tomando por base a tese de Didier Anzieu (1989) acerca do *eu-pele*, teríamos no *tédio-defesa* e na *apatia-adaptativa*, em razão de experiências traumáticas precoces, a construção de um Eu-Pele em forma de *parede dupla*, com adesão rígida das superfícies interna e externa do Eu. No *tédio-branco/apatia-desligamento*, as fronteiras do eu são bastante constrictas, com perímetro reduzido, que são mal definidas, mal contornadas, às vezes *esburacadas*. Já na díade em foco (*tédio-protesto* e *apatia-escudo*), o *eu-pele* seria fluido demais, etéreo, indefinido a ponto de integrar ou acoplar partes dos objetos externos, ampliando-se.

Pensando em termos de *saúde* e examinando comparativamente a questão, concluímos que os sintomas do *tédio-defesa* e à *apatia-adaptativa*, decorrentes de impacto traumático prévio, inviabilizarão relações espontâneas e trarão à cena um profundo mal-estar devido ao sentimento de *inautenticidade*, ao passo que, nesses casos de *tédio-protesto* e *apatia-escudo* o indivíduo não terá essa sensação de ser uma montagem ou uma fraude; as relações objetais ficam inviabilizadas por outro motivo: pelos obstáculos vivenciados no processo de maturação quanto à aquisição da integração que os permitiria terem a vivência integrada do "eu sou".

Grande contribuição winnicottiana também se conecta ao seu conceito de liberdade, profundamente imantado às noções de criatividade e de saúde, vinculadas à ideia de integração do "eu sou". Nos casos de *tédio-protesto* e à *apatia-escudo*, estamos sustentando que a sintomatologia indica certo estado de entorpecimento impeditivo do florescimento dessa criatividade e, por consequência, da liberdade.

Winnicott (2011e) defende que o ambiente pode influenciar a criatividade a ponto de poder torná-la inútil. Usa o exemplo de uma ditadura e diz que a ausência de liberdade e a crueldade envolvida na restrição física de um indivíduo e na aniquilação da sua existência pessoal através da dominação levam à desesperança, destacando que "tal dominação *pode ser encontrada em casa*, e não apenas no cenário político" (idem, p.237, grifos nossos).

Fiquemos com esta sentença: "tal dominação pode ser encontrada em casa".

#### 4.3.2. A superoferta materna

*Dizem: quando nasce um bebê, nasce uma mãe também. E um polvo. [...] Quando nasce um bebê, nasce uma empreiteira. Capaz de cavar a estrada quando não há caminho, só para poder indicar: "É por ali, filho, naquela direção".*

Cris Guerra (2014)

A tese que ora nos propomos a estender aos casos de *tédio-protesto* e *apatia-escudo* foi levantada por Maria Rita Kehl (2009) em relação aos estados depressivos. Nessas hipóteses, não estamos falando em ausência do ente materno, mas, sim, de excesso, de superoferta, de uma mãe solícita demais, que, ao atender tão apressadamente às demandas do recém-nascido – pelo fato de sempre considerá-las urgentes ou, em outra hipótese, de precisar confirmar a sua própria "eficiência" como mãe - teria impedido a elaboração satisfatória do processo psíquico de representação da presença/ausência, a ponto de dar uma cobertura, uma borda à angústia decorrente da vivência da ausência em si.

A figura, nesses casos, não é a da mãe ausente ou absorta em suas questões, abandonando o infante à sua própria sorte, mas, sim, a da mãe "ansiosa, insegura, hiperativa, amorosa demais - uma que atropela, com sua pressa e solicitude, ou seja, com sua própria demanda, a delicada constituição do tempo psíquico de seu bebê" (KEHL, 2009, p.241). Não apenas a mãe "suficientemente boa", mas "excessivamente boa" que impõe ao bebê uma demanda que ele não tem recursos para satisfazer.

Em Freud, o mecanismo correlato a esse tipo de angústia é a inibição, que se produz justamente como efeito do não enfrentamento de um conflito.

Nesta perspectiva, pensamos que os pacientes marcados pelo *tédio-protesto* e pela *apatia-escudo*, estariam, na verdade, assim como os depressivos, tentando se proteger do excesso. Nessa mesma linha, Piera Aulagnier é citada por Marion Minerbo como uma voz que aponta para os riscos desse transbordamento, ao destacar que uma mãe pode, sim, abusar da função maternante, em razão de um desejo particular de ser a “única porta-voz da verdade”, o que teria o nefasto efeito de impedir o filho de formular um pensamento autônomo, dela discordante (MINERBO, 2000, p. 93).

No decorrer de sua obra, questiona Winnicott (1990c, p.55): “há um ego desde o início? O ego é forte ou fraco?” A essas perguntas ele responde dizendo que, no estágio da dependência absoluta, a mãe funciona como ego auxiliar do bebê, o qual, com esse suporte, passa a se relacionar com objetos subjetivos, assimilando, aos poucos, o princípio da realidade. Assim, o infante vai fazendo uma mescla lenta entre *áreas de objetos subjetivos* e outras áreas em que se relaciona com alguns *objetos percebidos objetivamente*, por ele nomeados de *objetos não-eu*.

No mesmo texto, afirma que, nesse momento inicial de necessidade de apoio ao funcionamento do ego, o bebê não pode ser considerado apenas “uma pessoa que sente fome”, mas deve ser tido como “um ser imaturo que está continuamente *a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável*” (idem, p.56, grifos nossos).

Quando não acontece um bom suporte do ambiente, em decorrência do que Winnicott (1990c) denomina “ineficiência materna”, ocorrem: 1) *distorções* da organização do ego que formatam as bases das características esquizoides; ou 2) o desenvolvimento de um *self* que cuida de si próprio.

A noção winnicottiana de adoecimento se relaciona ao enrijecimento de mecanismos de defesa. Se, na neurose, a organização defensiva decorre da repressão face à ameaça de castração, a psicose e os quadros esquizoides seriam a resposta defensiva de indivíduos que nem sequer puderam atingir a noção de unidade integrada de si, em virtude de defesas acirradas da cisão contra *agonias primitivas e impensáveis*: agonias de 1) desintegração; 2) cair para sempre; 3) não ter conexão alguma com o corpo; 4) carecer de orientação (WINNICOTT, 1990c).

A ideia de *continuidade do ser* denota-se sobremaneira importante neste particular, sendo referida à necessidade de proteção do ego ainda incipiente pelo ego-auxiliar materno, de modo a dar uma cobertura na construção da personalidade do bebê.

Segundo o autor, todas as reações contra a ansiedade inimaginável cortam a continuidade existencial, instaurando-se um padrão de fragmentação do ser.

A *desintegração*, portanto, é bastante diferente dos estados salúares de não-integração atinentes aos períodos não-excitados, tranquilos, nos quais o bebê se relaciona com a *mãe-ambiente*. A *desintegração* é defesa, uma defesa contra a falta de auxílio do ego por parte da mãe, uma defesa contra a ansiedade vivida pela falta de suporte no estágio da dependência absoluta.

Pensando em Winnicott e no seu conceito de continuidade do ser, há de se convocar a importância dos períodos de "vazio criativo", nos quais é dada à criança a chance de brincar sozinha, tempos nos quais ela poderia, em tese, experimentar a vivência do tédio no sentido positivo, como semente germinal para um ato criativo ou um tempo para assegurar o ritmo interno sereno, também necessário.

Sob o mesmo prisma, Adam Phillips (1996) defende o caráter de conquista para uma criança ao poder sustentar períodos de vazio, aprendendo a usar criativamente esse tempo sem estímulos diretos. Para ele, trata-se de uma exigência opressiva dos adultos "a de que a criança deve ser interessada, em vez de seguir sem pressa a fim de descobrir o que a interessa", destacando que "o tédio é parte integrante do processo de não ter pressa" e que "a capacidade de se entediar pode ser uma conquista no processo de desenvolvimento" (idem, p.99).

Há, portanto, uma conotação positiva do tédio nos casos particulares em que o ambiente se afigura invasivo e sufocante para o desenvolvimento da criatividade. O tédio seria um núcleo germinativo para que florescesse na criança a capacidade de ficar só, uma possibilidade de vazio criativo que lhe é usurpada por excesso de "amor" materno.

Na obra winnicottiana (1960/2011f,) afirma-se a existência de uma tendência inata ao crescimento no processo evolutivo no desenvolvimento emocional, tendência esta que, a depender do ambiente, pode ser alcançada ou frustrada. Em sendo esse ambiente favorável, emerge também a tendência ao *impulso criativo inato*.

Cabe ressaltar que não há aqui uma contraposição aos ensinamentos de Freud, mas uma ampliação quanto à compreensão do ego em termos de organização e desenvolvimento relacionado ao ambiente, não alicerçado apenas no funcionamento do corpo, mas também em outra dimensão da experiência humana para além da vida pulsional. De fato, em Winnicott, a criatividade não decorre de uma sublimação da pulsionalidade sexual, mas dessa *tendência inata ao impulso criativo*, desde que presentes as condições ambientais de previsibilidade e confiabilidade.

Sobre essa noção de espaço de constituição do eu, faz-se importante percorrer um caminho quanto às noções de agressividade, motilidade e oposição na

metapsicologia winnicottiana. A figura da *oposição* servirá para averiguarmos, na configuração dos quadros sintomáticos ora em análise, a influência de um ambiente que não oferece limites consistentes.

#### 4.3.3. Winnicott e o conceito de agressividade

Winnicott (1939/2016) defende que a agressividade surge, originalmente, ligada à satisfação do apetite do bebê ou a alguma outra forma de amor instintivo, o que ocorre antes da fase da integração do eu e que, apenas posteriormente, passa a ser algo que pode ser mobilizado a serviço do ódio. Ele fala, a rigor, de uma agressividade instintiva relacionada à voracidade, mas destituída da intenção correlata do bebê de ferir, atacar ou destruir a mãe (diferenciando-se da doutrina kleiniana nesse particular, que sustenta uma intencionalidade precoce). Destaca, ainda, quanto ao apetite e ao amor instintivo precoce, que "talvez a palavra *voracidade* expresse melhor do que qualquer outra a ideia de fusão original entre amor e agressão, embora o amor neste caso esteja confinado ao amor-boca" (1939/2016, p.97).

O bebê experimenta uma vivência inicial de não-integração e, a depender de um ambiente que atenda a suas necessidades, acessará uma integração do eu, seguindo por uma via marcada pela motilidade e pelo erotismo como elementos propulsores. Há uma tentativa de aproximação, decodificação e descoberta do ambiente decorrentes de uma "força vital", de um tipo de erotismo muscular, que faz o bebê movimentar-se em direção aos objetos movido por um impulso "para fora", no sentido de sair da quietude e mover-se em direção ao mundo externo.

Neste período inicial, a agressividade estaria próxima de duas noções - atividade e motilidade. Nas palavras de Winnicott (1950, p.356):

Antes da integração da personalidade, já lá está a agressividade. O bebê dá pontapés dentro do útero: não se pode dizer que ele esteja abrindo caminho para fora a pontapés. Um bebê de poucas semanas agita os braços, não se pode dizer que ele esteja querendo golpear; o bebê mastiga os mamilos com sua gengiva: não se pode dizer que esteja querendo destruir ou machucar. Em suas origens, a agressividade é quase sinônimo de atividade: trata-se de uma função parcial.

No colo da mãe, um bebê vivencia, pois, impulsos primários de movimento, uma força de vida buscando expansão, atividade e motilidade, tratando-se essa

agressividade inicial de uma função parcial bastante diferente da agressividade intencional, em etapa posterior, decorrente de frustrações e da fusão entre os instintos de motilidade com o potencial erótico. Aquilo que virá a se converter em comportamento agressivo não tem, no início, essa conotação. Trata-se de passos de uma exploração, e nesse primeiro momento, a agressão estará vinculada à tentativa de uma distinção entre o que é e o que não é o eu (WINNICOTT, 1939/2016a).

O padrão de saúde depende de uma mãe suficientemente boa a ponto de sustentar a fusão de motilidade e instintos eróticos. Não havendo tal fusão, surgem os casos "fora do padrão de saúde", em que haverá uma erotização dos elementos agressivos (PORTELA, 2008, p.64).

Segundo Plastino (2017, p. 205), nas hipóteses de um ambiente *intrusivo*, por exemplo, há um comprometimento da fusão dos componentes erótico e de motilidade, que "não se realiza no grau necessário, enfraquecendo a força do erotismo e transformando a motilidade não fusionada em agressividade e autoagressão".

Como descrito pela jornalista Cris Guerra (2014), cuja frase abre o tópico da *Superoferta Materna*: "quando nasce um bebê, nasce uma mãe também." Nesse ponto, ela segue à risca os ensinamentos winnicottianos sobre a inexistência de um bebê concebido sozinho, sem a sua mãe-ambiente. Ao acrescentar, porém, que, além da mãe, nasce "um polvo", nos alerta acerca do impulso materno de tudo conceder a esse filho, de forma abrangente, avassaladora, ou pior, oceânica, impulso este que, muitas vezes, permanece indomado - ou indomável - por questões psíquicas inerentes à própria mãe. A escritora fala, ainda, que o nascimento do bebê faz nascer nas mães "também o medo da morte" e, por consequência, algumas "montam guarda ao lado de suas crias, capazes de matar tudo o que zumbir perto delas: pernilongos, lagartas, leões, *gente*".

Neste sentido, convocamos a apreciação do que ocorre em virtude do exercício desmedido desse amor, fundado na dimensão tentacular da *mãe-polvo*, que tudo oferece e tudo concede, com urgência e por antecipação, ao bebê ainda não integrado, que fica privado de elaborar imaginariamente os espaços vazios e a ausência materna. Essa mãe inunda, comparece eficazmente antes da demanda do bebê sequer se esboçar de forma própria e consistente, impedindo a sua experiência de onipotência quanto à criação de objetos externos e comprometendo, por conseguinte, os seus impulsos eróticos de descoberta em relação ao mundo.

Se a ausência do Outro autoriza a criança a acessar a sua capacidade de fantasiar, formulando elaborações possíveis sobre essa experiência, analisando que

são marcados pelo *tédio-protesto* e pela *apatia-escudo* nos fazem pensar que foram protegidos demais dessas vivências de perda e experimentação da ausência, ficando debilitados no sentido de se defender das demandas mais urgentes do Outro, já que, como bem ressalta Kehl (2009, p.233) a "incapacidade de fantasiar lança o sujeito em um atitude fatalista". A autora ainda sustenta:

Para defender-se da voracidade urgente do Outro, ele não dispõe de nada além das formas de resistência passiva exercida numa tal lentidão que instala o sujeito em um tempo que parece estagnado. O tempo não passa quando a perspectiva do devir é vazia, não se apoia em moções do desejo nem em fantasias a respeito do futuro (grifos nossos).

Para Safra (2015), como vimos no Capítulo 3, esse espaço de ausência é um dos grandes propulsores da capacidade imaginativa da criança, sem o qual compromete-se a sua sensação subjetiva de segurança na descoberta do mundo. Trata-se de um espaço que funciona como fenômeno transicional e favorece a autonomia da criança. Isso porque "é um espaço suficientemente seguro, já que, do ponto de vista imaginativo, é considerado familiar, pois a presença protetora da mãe se estende sobre" (p.84).

Além de comprometido o acesso ao desejo de tais indivíduos, o excesso materno ou a apreensão do ambiente, subjetivamente, como invasivo, pode comprometer a separação da díade mãe-bebê, o desenvolvimento da autonomia desse indivíduo e, em última instância, o seu prazer da descoberta do mundo.

Parece-nos bastante útil para a apreciação da sintomatologia do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo* a tripartição feita por Winnicott (1950/1978, apud MENDES, 2008, p.63) quanto à organização da personalidade com base em três padrões relacionados à motilidade: 1) motilidade como expansão; 2) motilidade como reação à intrusão; 3) motilidade expandida de forma exagerada.

O *primeiro padrão* relaciona-se à *saúde*, à motilidade como uma expansão do indivíduo, partindo do seu centro; o ambiente, nessa situação, é descoberto como uma experiência positiva e autoral do indivíduo e tem-se uma vivência de narcisismo primário. No *segundo padrão*, o bebê tem a sua motilidade fundada em uma *reação à intrusão*, portanto não se lança no mundo espontaneamente e busca uma quietude como forma de experimentar a existência individual. Já no *terceiro*, aí contempladas as defesas *falso self*, a motilidade desenvolve-se não a partir do cerne, mas a partir da casca e não resta lugar para o estado de narcisismo primário produzir um indivíduo; o núcleo fica oculto e o indivíduo "existe por não ser encontrado" (WINNICOTT, 1950/1978b, p.365).

Nos casos da díade do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo* estamos diante de indivíduos em manifesta *reação à intrusão*, encolhidos em suposto *recuo* para se proteger de um ambiente que não foi apto a decodificar as necessidades que permitiriam que eles acessassem uma condição de *pessoas inteiras*.

Winnicott (1949/1978a) usa a analogia oferecida por uma paciente sua: o feto é como uma bolha; se a pressão exterior da bolha for igual à pressão interior, a bolha pode continuar existindo. Se a pressão exterior for maior ou menor do que a do interior, há uma *reação à intrusão (impingement)*. Ocorre, por isso, uma quebra da continuidade do ser, já que não houve impulso próprio do bebê para a busca e a sucessiva criação do objeto, mas, sim, uma interrupção do ser em razão da reação à intrusão.

A ideia de retração, recuo e fuga do mundo, nos casos de casos *tédio-protesto* e *apatia-escudo*, pode ser explicada com base nessa noção winnicotiana de *reação à intrusão*, uma vez que o ajuste do ambiente às necessidade mais precoces do indivíduo terá influência direta na aquisição da esperança e da ideia de que a vida vale a pena ser vivida, ao passo que, em caso de falha ambiental, a consequência será a de que ele se retraia, recue e fuja das pessoas à sua volta e da sua consequente inserção no mundo.

Assim, esses indivíduos se submetem a situações de recolhimento ou de mero acesso a calmantes, objetos pacificadores (*pacifiers*, como chupetas tranquilizadoras do bebê) - e vivem "dormentes" como uma forma de defesa.

#### 4.3.4. A noção de "oposição à motilidade"

Expostas as raízes da motilidade, cumpre destacar como passo consequente que tal exercício de atividade instintiva não pode ser feito de forma indefinida, ilimitada, sem oposição do ambiente, sob pena de deixar o bebê impossibilitado de "tomar consciência de sua força muscular, de seu potencial agressivo e da existência de um mundo externo real" (LEJARRAGA, 2015a, p.112).

Como defende Winnicott (2016a e 1950/1978b), há uma motilidade que se funde à sexualidade e encontra satisfação pela gratificação instintiva, mas resta uma motilidade não fundida que precisa encontrar oposição, já que os impulsos agressivos não proporcionam nenhuma experiência satisfatória, a não ser que encontrem tal barreira da oposição, que lhes possibilite identificar sensorial e vagarosamente a própria existência do externo, os seus contornos, permitindo o contato com a realidade.

Essa destrutividade deverá ser experimentada com um caráter potencial e sua concepção está associada à teoria winnicottiana do uso do objeto. Em síntese, a noção de *exterioridade* surge do gesto espontâneo acolhido pelo ambiente, mas também depende da resposta do objeto à destrutividade do sujeito, sob a forma da *sobrevivência*, que se dará de três modos: a ausência de retirada, a ausência de retaliação por parte do objeto e a possibilidade de manter-se vivo e criativo apesar da agressividade atuada. Para que seja facultado o uso do objeto, um pressuposto é a aceitação de sua existência independente; ou seja, que ele possa ser apreendido como algo externo e não como uma entidade projetiva (WINNICOTT, 1975b). Disso decorre uma forma de abandono do controle onipotente do bebê sobre a mãe, bem como a instituição de um valor positivo da destrutividade, que cria o objeto e a externalidade.

Na relação com o ambiente, o bebê vai percebendo que a mãe que ele atacou instintivamente, *amada e devorada* (LEJARRAGA, 2015a), é a mesma que cuida dele em estados calmos, o que irá permitir que una as duas ideias de *mãe-objeto* e *mãe-ambiente*, acessando de modo saudável a ambivalência. A autora acrescenta que nos casos de um ambiente invasivo, tal processo falha, pois o bebê acaba por postergar ou abandonar seu impulso espontâneo e passa a juntar suas forças como forma de *reação à intrusão*. Perde, assim, a experiência da autenticidade enriquecedora. Como consequência de todo esse movimento reativo e defensivo, "as experiências eróticas se debilitam, não permitindo ao bebê sentir-se real" (idem, p.115), afetando todas as relações de objeto futuras desse indivíduo, assim como a sua criatividade.

Para Winnicott (1947/2016, p. 63), portanto, o reconhecimento do outro e da diferença depende do exercício da agressividade:

Sem uma pessoa a quem possa amar e odiar, a criança não pode chegar a saber amar e odiar a mesma pessoa, e assim, não pode descobrir seu sentimento de culpa nem o seu desejo de restaurar e recuperar. Sem um ambiente humano e físico **limitado** que ele possa conhecer, a criança não pode descobrir até que ponto suas ideias agressivas não conseguem realmente destruir e, por conseguinte, não pode discernir fantasia de fato. Se um pai ou uma mãe que estejam juntos e assumem a responsabilidade por ela, a criança não pode encontrar e expressar seu impulso para separá-los nem sentir alívio por não conseguir fazê-lo. O desenvolvimento emocional dos primeiros anos é complexo e não pode ser omitido, e toda criança necessita absolutamente de um certo grau de ambiente favorável se quiser transpor os primeiros e essenciais estágios desse desenvolvimento (grifos nossos).

#### 4.3.5. Os objetos transicionais e os *objetos "duros"*

*Once upon a time there was a person  
Almost a person  
Somehow he could not quite see  
Somehow he could not quite hear  
He could not quite think  
Somehow his body, for instance,  
Was intermitent*

Ted Hugues<sup>15</sup>

No primeiro ano de vida, segundo observações de Winnicott (1975c), são constituídos os objetos transicionais, relacionados a experiências de suavidade e maciez, como elementos calmantes que fazem remissão à presença da mãe e, por isso, facilitam o adormecer (cobertor, ursinho, fralda). Esses objetos já se encontram fora do controle mágico do bebê, tem existência externa e fazem uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo, situando-se entre esses dois espaços do bebê, em uma *área transicional*, que favorece o surgimento da simbolização.

O uso de objetos transicionais revela, portanto, uma caminhada evolutiva dentro do processo de maturação do ego, já que eles passam a representar uma semente da simbolização. Caracterizado o objeto transicional, a princípio, como objeto "mesclado", que combina partes do bebê e partes da mãe, ele passa a ser, com o tempo, um elo de transição entre a ideia de uma mãe fusionada ao bebê e uma mãe existindo como um outro ser, que pode vir a ser percebida como realidade externa diversa do bebê. Trata-se, pois, de um "caminho do meio" precursor do início da separação.

O objeto transicional é um recurso construído face a uma perda, quebrando a ilusão de onipotência infantil quando a mãe, de alguma forma, causa uma desilusão na criança. Esse objeto revela que a perda do objeto primordial de gozo dá lugar a objetos substitutos com os quais o sujeito consegue certa satisfação (MALEVAL, 2009). São criados para que minimizar o impacto da descoberta e da consciência do não-eu; ou seja, para que sejam artefatos macios que amortizam a vivência dolorosa da separação.

Relacionados aos estudos de objetos transicionais, Frances Tustin dedicou parte de sua obra ao estudo de *objetos autistas* (ou *autísticos*), não macios, mas duros, firmes

---

<sup>15</sup> Ted Hugues, "A *Bedtime Story*": "Era uma vez uma pessoa/quase uma pessoa/De certa forma ela mal podia ver/De certa forma ela mal podia ouvir/Mal podia pensar/De certa forma seu corpo/Era intermitente" (extraído de TUSTIN, 1990, p.85)

e não flexíveis, os quais representam, de certo modo, um aspecto mais voltado ao patológico, ou melhor, à dificuldade ou inviabilidade da separação entre mãe e bebê e, por isso, são objetos também ligados à ideia de fusão e duplo.

Quando fala da natureza dos objetos autistas, Tustin (1990) diz que não se pode afirmar que eles sejam usados para a finalidade da fantasia, pois são manipulados de forma estereotípica e ritualizada - um carrinho, por exemplo, não para andar em pistas, mas para ficar "grudado" à mão da criança; chaves não para abrir portas, mas apenas para se segurar firme. Eles não são escolhidos como únicos ou especiais para a criança por suas características próprias, podendo ser substituídos quando perdidos, ou descartados. São usados como uma espécie de parte do corpo e como proteção contra o mundo externo. Para Tustin (1990, p. 89), esses objetos são importantes porque:

Trazem satisfação quase instantânea e evitam a demora entre a expectativa e a percepção de que, desde que o suspense possa ser tolerado, leva a atividades simbólicas como fantasias, memórias e pensamentos.

Por este motivo, pensamos em estender tal teoria aos casos clínicos ora estudados, com a ressalva de que não estamos aqui falando em uma simetria perfeita entre os pacientes do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo* e os pacientes autistas, nem estendendo a eles todas as hipóteses de Tustin sobre pacientes neuróticos com núcleos autistas. O que nos importa nessa leitura que a autora faz dos objetos autistas ou autísticos é que eles são *impeditivos do acesso à transicionalidade*, trazem a satisfação quase instantânea e evitam a expectativa da espera que ela chama de *suspense* - ou seja, obturam a simbolização do tempo de ausência.

Deste modo, no nosso entender, esses objetos se associam, pelo seu uso e pela sua função, aos filmes repetitivos, aos seriados de longa duração assistidos e reassistidos, às drogas e aos objetos de adição usados pelos analisandos do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, para não fazer contato com a ausência, com o vazio e com a separação que permitiria que se constituíssem em termos de ego unitário.

Ainda segundo Frances Tustin (1990, p.89), "A dureza ajuda a criança delicada e vulnerável a sentir-se segura em um mundo que parece repleto de perigos inexprimíveis, e com relação aos quais ela sente um terror indizível".

Por trás do desdém, da crítica e do desinteresse manifestos pelos analisandos em apreço, é este o afeto que aparece: um terror indizível de ingressar "na vida".

Contando parte da história de Sylvia Plath, Tustin (1990, p. 165) aventa a possibilidade de que ela estivera provavelmente fundida com a sua mãe quando bebê e criança pequena, tendo que enfrentar a separação física quando ainda despreparada para sustentar sentimentos de identidade e separação. Sobre a descoberta do novo bebê que sua mãe teria, quando tinha apenas dois anos de idade, Plath escreveu:

Eu odeio bebês. Eu, que por dois anos e meio fui o centro de um universo afetuoso, senti o arrancar do eixo e o calafrio polar imobilizarem meus ossos [...]. Abraçando meu rancor, vil e espinhoso, e triste ouriço-do-mar, eu me arrastei pela minha própria vontade, em direção à ameaçadora prisão. De uma estrela eu vi, fria e sensatamente, a separação de tudo. *Eu sentia a parede da minha pele; eu sou eu.* Aquela pedra é uma pedra. ***Minha maravilhosa fusão com as coisas do mundo acabara*** (idem, grifos nossos).

Eis um exemplo bastante claro do uso da própria mãe como se fosse um tipo de objeto autístico ou um pedaço do corpo da filha, com o resultado desastroso de uma separação que deixou como vestígios emoções intensas e difíceis de lidar.

Tustin (1990) fala de pacientes neuróticos que têm em comum com crianças autistas a sensação de serem irrealis e de que "a vida é apenas um sonho", entendendo que, nesses casos, existem todas as potencialidades para o desenvolvimento do *self*, mas, de alguma forma, "auto-representações autênticas e seguras nunca foram satisfatoriamente alcançadas" (idem, p.175). Um desses pacientes chama esse estado de "frigorificação emocional", e quanto ao estado de Sylvia Plath, a autora fala que a escritora experimentara "aquela frieza e solidão glaciais" (idem, p. 154) que os pacientes com uma "cápsula" de autismo descrevem (idem).

Quando cuidamos dos pacientes do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, ouvimos inúmeras vezes essa fala sobre uma sensação de irrealidade da vida, sobre uma solidão profunda e a vontade de voltar ao tempo da infância, um tempo "protegido".

A paciente Alice, por exemplo, com quase 30 anos de idade, passava longos períodos de suas sessões de análise falando com voz infantil, segurando a sua pulseira cheia de penduricalhos referidos a personagens infantis. Prendia-se ao objeto como se fosse um amuleto que poderia auxiliá-la a falar de sua dificuldade de ingressar na vida produtiva e no mundo adulto. Sentia-se só e, às vezes, "em um sonho".

Alguns estudiosos vêm denominando tais analisandos de *pacientes com traços autistas*, relacionando essa forma de estar no mundo a uma forma de *desvalimento* decorrente das respostas ambientais; o que ressaltam como mais marcante nesses casos é um empobrecimento incisivo do simbólico - o que ora passamos a abordar.

#### 4.3.6. O desvalimento

Muito se tem pesquisado sobre essa mudança significativa da clínica psicanalítica atual, no que tange a esse empobrecimento da vida simbólica de alguns analisandos, em casos nos quais há um comprometimento da resposta do ambiente. Como dito, há pesquisadores que sustentam uma nova modalidade de clínica - *do desvalimento* - na qual estariam incluídos "pacientes com traços autistas, as neuroses tóxicas e traumáticas, as doenças psicossomáticas, as traumatofilias, as adições, os transtornos alimentares, as perturbações do dormir, a violência vincular, a promiscuidade e outras patologias que, do ponto de vista teórico, técnico e clínico, diferem das neuroses, psicoses e perversões" (COSTA, 2008, p. 89).

Tendo como base os estudos de Maldavsky sobre a "clínica do desvalimento", Gley Costa (2008) defende que se trata de pacientes cujos corpos seriam "simbolicamente desabitados de emoções", com muitas dificuldades para lidar e "modular operativamente a angústia, recorrendo a meios auxiliares, como as drogas, as compulsões sexuais e o *acting out*, através dos quais tentam atenuar a vivência de vazio, terror ou confusão de que o ego se sente invadido" (p.91). Segundo define o autor, esses pacientes não antecipam, em seus sistemas pré-conscientes, as ações do mundo externo, dado o seu estado apático e desvitalizado, não havendo como resposta a angústia-sinal presente nos casos clínicos de neurose, mas, sim, um tipo de *angústia automática*, nos termos freudianos, Costa (2008, p. 91), afirma:

Em sua vida pulsional predomina uma tendência a deixar-se morrer, identificada como **apatia**, e sua defesa mais consistente é a desestimação do afeto, a qual **compromete os fundamentos da subjetividade, ou seja, a captação das qualidades psíquicas dos vínculos.**

No que diz respeito à estratificação tópica – inconsciente, pré-consciente e consciência–, também observamos uma diferença: enquanto nas neuroses o desinvestimento se relaciona com as marcas mnêmicas pré-conscientes e nas psicoses com as marcas mnêmicas inconscientes, nas patologias do desvalimento a instância desinvestida é a consciência, mais precisamente a consciência originária, **anterior às marcas mnêmicas e às representações** (grifos nossos).

Para Maldavsky (apud COSTA, 2008, p. 90), há uma grande diferença no aspecto da frustração experimentada nesses quadros clínicos de desvalimento, em que, diferentemente do que ocorre nos casos de perdas de um objeto amoroso, são apenas usadas algumas formas precárias de estimulações sensoriais e motoras, não com vistas a alcançar um estado de satisfação, mas, sim, para atingir uma vivência de calma.

Seriam acessadas excitações "relativamente monótonas, equivalentes aos procedimentos autocalmantes, através das quais o indivíduo procura neutralizar um excesso de excitação ou sua drenagem desmesurada, ambos traumáticos". Haveria, pois, a predominância do princípio de inércia e a meta o estancamento da vida pulsional.

No trecho acima, menciona o autor que, nessas situações de desvalimento, cuja defesa acaba por ser a "desestimação do afeto", estaria ocorrendo um desinvestimento significativo não das marcas mnêmicas pré-conscientes ou inconscientes, mas, sim, um desinvestimento em uma *consciência primária*, "anterior às marcas mnêmicas e às representações". Seria, precisamente, o que Winnicott (1949/1978a) destaca acerca do padrão primitivo e não saudável de *reação à intrusão*, quando o ego ainda não está integrado, personalizado, nem apto a ter relações objetais intersubjetivas. Como não poderia simbolizar ou representar a falta e/ou ausência nessas condições, resta a agonia impensável, fazendo com que sejam usados todos os seus esforços como reativos.

No pensamento winnicottiano, como vimos, a noção de ser saudável estaria mais voltada a um processo de amadurecimento no qual não haja perda significativa da espontaneidade. Para tanto, a importância do ambiente se mostra mais relevante sob os aspectos de uma construção da noção de tempo do bebê de modo paulatino, afastando-se as duas vias mais difíceis de lidar: por um lado, a ausência prolongada da mãe, que desespera o bebê e rouba a esperança de atendimento às suas necessidades; por outro, a presença maciça, invasiva ou engolidora da mãe - ponto tratado neste capítulo como ensejador dos sintomas do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo* -, daquela que tudo antecipa, não deixando espaço necessário para que o bebê possa fazer as suas próprias elaborações rumo à autenticidade.

Winnicott (1960/2011g) traduz a noção de *preocupação materna primária* como um modo de ser-estar da mãe relacionado a um processo de troca e comunicação, que inclui a decodificação daquilo que, singularmente, seu bebê necessita em um espaço de tempo razoável: que afaste a desesperança ou a decepção e que não seja demasiado ou excessivo, ultrapassando seus limites de espera.

Um bebê em estado de quietude, em paz com seu entorno, sinaliza que *não está lá para ser encontrado* e a imposição de necessidades de fora para dentro interrompe a continuidade do seu ser naquele momento. As amostras do mundo que a mãe apresenta de forma intrusiva não têm sentido para ele (DIAS, 2017). A vivência de satisfação de necessidades deve ser experimentada como se adviesse dele mesmo.

Deste processo de comunicação, trocas e atendimento a necessidades particulares daquele bebê, decorre uma articulação dos "acontecimentos corporais com determinados sentidos e registros existenciais [...] que dão a ilusão (para o bebê) de que ele está criando aquilo que satisfaz as suas necessidades, redundando na própria experiência de criar" (FULGÊNCIO, 2016, p. 35).

Nos casos em que isso não se viabiliza, o que ocorre é o aparecimento desse enrijecimento defensivo, que vem a significar que o indivíduo assume certo entorpecimento perante as escolhas da própria vida, adotando essas medidas paliativas para acessar uma pseudo vivência de calma, quer chamemos esse estado de "eu sem coesão", "casos *borderlines*", "patologias do desvalimento", quer o batizemos de "traços autistas". O que passa a vigorar, a rigor, é uma interrupção dos seus processos de saúde, limitando a sua capacidade de estar vivo e de experimentar prazer em estabelecer relações objetais significativas.

#### 4.3.7. A função mensageira da pulsão

Falamos antes de um caminho histórico e comparativo entre a metapsicologia freudiana e a forma winnicottiana de teorizar sobre a Psicanálise. Nesse percurso teórico, apesar de incontestemente a filiação de Winnicott ao seu mestre, algumas diferenças muito significativas passaram a ser sustentadas pelo discípulo quanto à relevância do ambiente no processo de constituição do ego, o que lhe assegurou um espaço de autonomia, inovação e ampliação teórica.

Winnicott abordou mais detidamente questões atinentes ao amadurecimento pessoal dos primeiros anos e em relação ao período pré-edípico - campo que não fora diretamente abordado por Sigmund Freud, que se dedicou profundamente a questões alusivas à repressão via recalque e ao medo da castração em vários dos seus textos.

Face a tais diferenças, alguns psicanalistas e teóricos passaram a definir Donald Winnicott como um estudioso das relações ambientais, ao passo que Freud seria um estudioso das questões intrapsíquicas fundadas na pulsionalidade. Uma dicotomia superficial, um pouco pueril, que não enriquece o debate ao suscitar cisões inexistentes.

Seria possível, ainda hoje, sustentar alguma forma de escuta psicanalítica que não considerasse absolutamente imantados os campos do intrapsíquico e do intersubjetivo? Estariam Freud e Winnicott separados, em algum momento de sua prática, por um abismo teórico incomunicável? Pensamos que não.

Como tentativa de fazer uma "ponte" entre essas duas formas de teorizar, que, conforme entendemos, jamais foram díspares, mas, sim, suplementares, pensamos em abordar em poucas linhas um ponto essencial que pode funcionar como liga, como *objeto transicional* (nem uma coisa, nem outra, mas as duas ao mesmo tempo).

Para agregar esse espaço entre as duas teorizações - freudiana e winnicottiana - entendemos que se encaixa perfeitamente a ideia de função mensageira da pulsão desenvolvida por René Roussillon (2011). A rigor, aproximando-se dos pensadores da Psicanálise que relacionam sujeito e objeto como imbricados na construção da subjetividade, o autor defende a ideia de que essa função deva ser inserida no elo da comunicação humana e das trocas intersubjetivas. Para ele, portanto, na própria configuração da pulsão devem ser considerados tanto o objeto, quanto a resposta do objeto e, assim, não há como ser pensada a pulsão sem a sua dimensão intersubjetiva. Nas palavras de Roussillon (2011, p. 164):

Se a abordagem intersubjetiva em psicanálise supõe uma concepção 'mensageira' da pulsão, ela supõe, também, que as três formas de representação pulsional concebidas por Freud - a representação-afeto, a representação-palavra e a representação-coisa - sejam concebidas não somente em sua versão intrapsíquica, mas também em seu valor intersubjetivo.

O vínculo primário, como sustentamos no decorrer de todo este capítulo, pode portar falhas em sua constituição que acabam por repercutir na vida psíquica do indivíduo de forma mais ou menos duradoura.

Face à sua relação com as respostas do objeto, como vimos, pode haver alguma forma de *dessubjetivação*, *desintegração*, *despersonalização* ou *comprometimento das relações objetais*, o que René Roussillon (2012) define como clivagem da subjetividade.

Dada a sua construção teórica quanto à função "mensageira" da pulsão, fica possível delinear a noção de *função simbolizante do objeto*: emitida a mensagem da pulsão, a interferência do objeto, como receptor, seja ela de forma benéfica e maleável ou de forma negativa, invasiva e enrijecida terá influência fundamental na constituição do próprio "emissor" enquanto sujeito. Isso equivale a dizer que, além de integrar as questões do trabalho interno para a simbolização (campo intrapsíquico), devem ser agregadas a tal compreensão a atuação dos objetos significativos do bebê como agentes que possuem função simbolizante ou potencialmente simbolizante para o sujeito (campo intersubjetivo).

Muito importante para o analista será este ponto - a ideia de *função simbolizante do objeto* - e, por isso, chamamos especial atenção para essa ideia particular que nos instrumentaliza para refletirmos acerca da posição que ocupamos nessas transferências, já que o trabalho seguirá por uma via simbolizante, muitas vezes sendo requerido um trabalho de simbolização primária.

#### 4.3.8. A "depleção" simbólica

Estudando o tema da fragilidade narcísica contemporânea, Marion Minerbo (2009) utiliza uma metáfora oriunda do campo da Medicina, tomando de empréstimo o termo *depleção* (redução de alguma substância no meio celular, com prejuízo de seu funcionamento) para falar de questões alusivas à perda de referenciais simbólicos na forma de funcionamento psíquico no mundo contemporâneo. Segundo entende, o enfrentamento da *depleção simbólica*, equiparável a uma *anemia psíquica*, aproxima o indivíduo de estados de vazio existencial, marcado pelos sintomas do tédio e da apatia.

Usando tal conceito sob a ótica da clínica psicanalítica, sua tese veicula uma diferenciação entre esse estado e o vivenciado nos quadros depressivos, relacionados à perda fenomenológica de um objeto, diversamente do que ocorre nessa manifestação sintomática na qual o indivíduo "luta" contra a perda de referenciais que simbolizem seus afetos no mundo. Minerbo propõe que, em se tratando de clínica da depleção simbólica, o que se configura é uma pseudo-depressão, cujas rotas de fuga adotadas seriam as seguintes: tentativa pela via do transbordamento pulsional (atuações), do desinvestimento pulsional (as pseudo-depressões) e por meio de comportamentos compulsivos, aí incluídas situação de adições referentes a drogas em geral e, ainda, substâncias psicoativas naturais (adrenalina e endorfina), ou, ainda, novas formas de construção de identidade, referidas às diversas formas de "cuidados de si". Bastante similar, portanto, ao descrito como manifestações decorrentes das patologias do desvalimento (tópico 4.3.5, acima).

Ao nosso estudo interessa propriamente o *desinvestimento pulsional*, característica marcante dos quadros sintomáticos da apatia e do tédio.

Já vimos, nos tópicos anteriores, em relação ao *tédio-protesto* e à *apatia-escudo*, questões alusivas à: simbolização da ausência para o bebê; influência do ambiente quanto ao amadurecimento do ego; impossibilidade de exercício saudável da agressividade e suas consequências nocivas ou desagregadoras; superoferta materna e

uso de objetos de forma fusional ou protética - fatores mais *pessoais* em relação aos sintomas manifestados nesses quadros.

Uma curiosidade sobre o discurso desses analisandos, por outro lado, aponta para o contexto social, para "o que todos da sociedade esperam de alguém com X anos", sobre "como se apresentar em um reencontro do grupo de escola sem que possam contar terem feito algo concreto até o presente", "o que os outros vão achar de alguém que passa os finais de semana trancado, vendo seriados", e outras indagações nessa mesma linha, a exemplo da pergunta constante de Peter: "por que os outros têm sucesso e eu não?", o que indica certa invasão do imaginário, como se a sociedade fosse uma "entidade personalizada" que oprime e, portanto, convoca em defesa o *recuo*.

Em sua obra *Estratégias de Investigação em Psicanálise: desconstrução e reconstrução de conhecimento*, Minerbo (2000, p.67) menciona outros estudos atinentes à possibilidade de o ambiente no qual está imerso o sujeito funcionar como "fator patogênico em si mesmo", mencionando autores oriundos do campo da Sociologia e da Antropologia que trouxeram a lume esse impacto do narcisismo contemporâneo em relação ao psiquismo e ao mundo interno.

Segundo Lash, o narcisismo patológico está institucionalizado. O autor se apoia em Kernberg para afirmar que o caráter patológico do narcisismo contemporâneo envolve a idealização do objeto, a constituição de um self grandioso e o predomínio da pulsão de morte na desestruturação do mundo interno (MINERBO, 2000, p.72).

Segundo Frosh [...] a pós-modernidade caracteriza-se por uma nova maneira de ver, sentir e pensar em que a fragmentação do self e do mundo nos parece desejável e natural; o self já não busca um sentido para sua existência, contentando-se em fruir, a cada momento, as fortes experiências propiciadas pela tecnologia; o que de fato importa é a superfície das coisas, espetacular e ruidosa (idem, p.74).

No campo da Psicanálise, Jurandir Freire Costa (1986, apud MINERBO, 2000) discorda do caráter patogênico da cultura, mas afirma que ela pode ser "fonte constante de violência patológica, cujos efeitos (o narcisismo regenerador) se fazem sentir num sofrimento de natureza moral e existencial, e não de natureza médico/psicopatológica." (p.78). Ele propõe que o pensamento psicanalítico possa ser construído, tomando-se por base a noção de um sujeito historicamente determinado, cujas influências não estarão circunscritas apenas à sua família edipiana, mas, sim, também estendidas a um tipo de "família sociológica e suas variações históricas", postulando que "[...] não se trata mais de uma ontologia do inconsciente, mas da "vida psicológica de sujeitos históricos" (p.67).

Neste trabalho, portanto, havemos de fazer uma ligação dos sintomas ora descritos como *tédio-protesto* e *apatia-escudo* também ao tempo hipermoderno. Pensamos que tais sintomas, além do que abordamos até o momento em termos de uma constituição de ego deficitária e precária, indicam, igualmente, uma forma de vivência psíquica que se manifesta como sinal, como *grito*, como alerta contra o que se estabelece como a chamada normatividade social, contra o esperado nesses novos tempos, apontando as falhas e contradições da chamada hipermodernidade.

Não entendemos, de modo algum, que esse conteúdo social represente a causa originária dessa sintomatologia - o que se depreende do quanto desenvolvido até este ponto - mas pensamos que, dada a imersão nesse contexto, esses indivíduos tendem a um isolamento ainda maior, a um agravamento do recuo, por se sentirem oprimidos pelos cânones do desempenho e por esse imaginário de *self grandioso*.

A bem da verdade, alguns autores como Baudrillard (2000); Giovanetti (2010) ressaltam que os tempos atuais traduzem uma forma de radicalização do individualismo. Trata-se de um tempo marcado pelo excesso, tendo na atividade de consumir uma forma de subjetivação (sociedade de consumo), e na imagem e no espetáculo um forte apelo (sociedade de espetáculo); além de afrouxamento nos laços intersubjetivos diante de novas formas de comunicação, o que tem sido chamado de "cultura do simulacro, em que o hiper-real tem mais valor do que o real" (GIOVANETTI, 2010, p. 236).

Para Han (2010), se o século passado podia ser descrito como uma época disciplinar e imunológica, "na qual se estabeleceu uma divisão nítida entre dentro e fora, amigo e inimigo ou entre próprio e estranho" (p. 8), e a eliminação do estranho se dava em virtude de sua própria alteridade, não podem haver dúvidas de que a sociedade atual é regida por uma incisiva mudança de paradigma, sendo amplamente sustentado que, "em épocas de superabundância, o problema volta-se mais para a rejeição e expulsão" (p. 15). E para o esvaziamento de sentido, portanto.

Fala-se em sujeito hipermoderno, que abandona aquele paradigma da disciplina e é jogado em um campo aberto de liberdade de escolhas individuais e não tem conseguido sustentar esse lugar sem penar para atender aos ditames do desempenho, da eficiência e da excelência. Isso representa um empuxo para a sensação de insuficiência, visto que não conseguir ser eficaz, excelente e ter um alto desempenho significa, nesse universo, não ser nada, "ser um ninguém".

Diante de tamanhas exigências, abre-se um campo imenso de possibilidades de vivência de desamparo e uma sensação de impotência face à necessidade de se

individualizar e de fazer face aos novos desafios da ordem do desempenho. Tristemente, vai se constatando que "Narciso está menos enamorado de si mesmo que aterrorizado pelo cotidiano, pelo próprio corpo e por um ambiente social que ele considera agressivo" (SEBASTIAN, 2004, p.39). Isso equivale a dizer que há um preço a se pagar por essa nova configuração, e isso vem se materializando sob a forma de novos padecimentos psíquicos, sobretudo referentes ao esvaziamento, como se ocorresse "um tempo de miséria simbólica" (CÉSAR, 2015, p. 13).

Maria Rita Kehl (2009, p.23) denomina *sintoma social* o que ela entende como sintoma ou estrutura clínica que se encontra em desacordo com a normatividade social, sendo esse sintoma social uma espécie de sinal apto a denunciar "as contradições do discurso do Mestre" - o discurso vigente.

Dado que a euforia se coloca como um dos imperativos do gozo desta época, os vazios e evitações quanto aos mergulhos eufóricos acabam por ser profundamente díspares do quanto esperado, motivo pelo qual Pascal Bruckner (2002, p. 77) afirma que "nós constituímos provavelmente as primeiras sociedades da história a tornar as pessoas infelizes por não serem felizes".

Na verificação dessa distância abissal entre o que se deseja e o que, de fato, se pode ter, a vida vivida é assimilada pelos analisandos do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo* como cansaço, como impossibilidade de percorrer essa longa distância, do que decorre a vontade de recuar protetivamente. Nesse preciso espaço não simbolizável, por conseguinte, situamos essas duas modalidades sintomáticas como frutos que brotam desse excesso de imaginário e dessa ausência de sentido experimentada por muitos, não atribuindo, porém, à conjuntura social uma culpabilização pueril como o elemento causador da sintomatologia estudada, mas, sim, como um agravante externo de uma vivência interna de dessubjetivação, impotência e fragilidade egoica.

O tédio e a apatia surgem, também, como respostas sintomáticas a essa verificação, *in concreto*, de não se atingir a meta idealizada no social. Assim, em muitos casos, há uma rota de fuga, como se houvesse uma forma de segurar nas mãos a "areia que vai escoando na ampulheta".

Neste contexto de esvaziamento de sentido, aparecem rotineiramente na clínica psicanalítica indivíduos que portam sintomas relacionados a essa vivência subjetiva; e não há dúvidas, pois, de que o analista e o analisando hão de ser acompanhados em suas trajetórias durante o tratamento analítico por algum tipo de consideração quanto à subjetividade do tempo em que vivem.

#### 4.4. PENSAMENTO CLÍNICO

*Pode ser que numa determinada época os psicanalistas tendessem a pensar na saúde como ausência de distúrbios psiconeuróticos, mas isso não é verdade hoje em dia. Precisamos de critérios mais sutis.*

*Donald Winnicott, (2011b, p.9)*

Em *Psicanálise e Ciência: amigas ou parentes?* Winnicott (2011e) afirma que a Psicanálise é um termo que abarca tanto um *método*, quanto um *corpo teórico* que se refere ao *desenvolvimento emocional do indivíduo humano*, tratando-se de um campo que amplia o território científico para nele incluir os *fenômenos da personalidade, do sentimento e do conflito humano*.

Neste particular, cabe-nos convocar o seu conceito de psicopatologia como uma *organização das defesas do indivíduo em razão de um colapso ambiental*. No caso ilustrativo desse curto artigo, um homem inicia a análise porque *não consegue se casar*, percorrendo uma longa trilha de descobertas sobre si e elaborações em análise que apontam para seu *inconsciente, sua vida profunda e oculta com raízes na vida real e imaginária da infância mais precoce*. Sobre esse processo, conclui Winnicott (2011) que uma análise não está restrita tão-somente ao objetivo de cura de um sintoma, abrangendo uma noção muito mais abrangente de construção de "uma personalidade de base mais larga, mais rica em sentimentos, mais tolerante em relação aos outros, pois mais segura de si mesma" (p. XVIII).

É esse o conceito que abraçamos como *Pensamento Clínico*, o qual, segundo entendemos, há de vigorar como disposição de ânimo do analista quando escuta tais pacientes: o foco não será a cura de sintomas, mas, sim, a *cura enquanto cuidado* (WINNICOTT, 2011c).

Nas palavras de Thomas Ogden (2013, p.198):

[...] a tarefa analítica de ajudar o analisando a se tornar mais plenamente humano implica facilitar as tentativas (ainda que ambivalentes) do paciente de experimentar uma gama mais ampla (e o desempenhar) de pensamentos, sentimentos e sensações sentidos como próprios, e que ele sente terem sido gerados no contexto de suas próprias relações presentes e passadas com outros seres humanos (inclusive o analista).

Para lidar com a sintomatologia ora estudada - do *tédio-protesto e da apatia-escudo* - propomos abrir um campo de reflexão com algumas questões: 1) em se tratando de analisando marcados por questões mais primitivas quanto à constituição e integração egoica, como melhor escutar e atender a suas necessidades no laço transferencial?; 2) qual deve ser a posição do analista quanto ao núcleo enrijecido desses sintomas, marcado pelo *protesto* reiterado ou pelo *escudo* impeditivo do ingresso do Outro?; 3) que manejos clínicos poderiam auxiliar a escuta desses casos?

Em sua tese de doutorado, dedicada ao estudo da transferência na obra de Donald Winnicott, Ricardo Telles de Deus (2014) invoca de forma minuciosa alguns aspectos fundamentais do tema, deixando claro que há uma situação bastante diferente em se tratando de um indivíduo que já pode ser considerado uma “pessoa inteira” (*whole person*) e, que, por isso, estará lidando com questões alusivas aos seus impulsos instintivos envolvendo relacionamentos interpessoais já referidos ao Édipo; e, em outra via, as escutas analíticas referentes a casos de indivíduos que ainda não efetivaram essa travessia e, que, portanto, não puderam acessar o estágio do *concern*, estando ainda destituídos da noção de separação entre eu e não-eu.

O autor diferencia, de forma bastante didática, as variedades de transferência em “casos *borderline* ou mesmo nos momentos ou fases psicóticas que têm lugar na análise de pacientes neuróticos ou de pessoas ‘normais’” (TELLES DE DEUS, 2014, p. 89) daquelas outras hipóteses de análise clássica de neuróticos em que é viável o aparecimento de uma *neurose de transferência*. Ressalva que, na primeira hipótese, em que não se pode falar de um “ego intacto” capaz de estabelecer relações de objeto propriamente ditas, a transferência circulará sobre “necessidades egoicas” do analisando, dada a sua fragilizada estrutura básica da personalidade em virtude de organização defensiva contra agonias primitivas e impensáveis. Acentua, ainda, como característica importante desse tipo de laço transferencial o fato de que haverá uma particularidade sobre o *tempo* na transferência e o paciente *experimentará* na análise, muitas vezes pela *primeira vez*, aspectos relativos aos estágios mais primitivos do amadurecimento (o presente passa a ser o passado). Por isso, deverá ser concebida uma análise modificada, com mais ênfase no manejo do que na interpretação.

Nos casos de *tédio-protesto e apatia-escudo*, pois, entendemos que, na escuta analítica, devemos estar atentos às necessidades do ego ainda não desenvolvido, de forma bastante distinta dos casos de neurose, em que já há ego integrado, nos quais o paciente *rememora* experiências do seu passado no curso da análise, e o analista se

posiciona transferencialmente como uma das figuras parentais do analisando. Sobre o sujeito com aparelho psíquico "avariado", há trabalho prévio até que se possa falar em experiência de perda, desejo, falta, castração. Nesse sentido, Bartucci (2006, p. 75):

Assim, se é precisamente o aparelho psíquico que registra as representações e seus valores significantes para o sujeito que se encontra "avariado", insistir na experiência da perda, da falta, da castração simbólica como condição de desejo e prazer, implica - na verdade - um trabalho anterior: **constituir limites entre interioridade e exterioridade, entre sujeito e objeto, entre o sujeito e o outro**. Este sim, condição indispensável para que a liberdade psíquica do sujeito ocorra.

Respondendo à primeira pergunta - *como melhor escutar e atender as necessidades dos analisandos do tédio-protesto e da apatia-escudo no laço transferencial?* -, pensamos que o analista deve estar apto a abandonar os cânones de uma psicanálise clássica, adaptando-se a uma análise modificada; frear o uso da interpretação para evitar a vivência de intrusão por parte do analisando e o correlato movimento reativo; assegurar no *setting* a possibilidade de acolher os movimentos regressivos que acaso se apresentem como necessidade do paciente e se permitir experimentar a relação de *uso de objeto* pelo paciente, sobrevivendo a seus ataques, caso apareçam do curso do processo, já que eles representarão indícios de evolução rumo à integração e individuação.

Cabe-nos pensar, então, na segunda pergunta: *qual deve ser a posição do analista quanto ao núcleo enrijecido desses sintomas, marcado pelo protesto reiterado ou pelo escudo impeditivo do ingresso do Outro?*

Naturalmente, como esses analisandos apresentam, na superfície, a marca do *protesto*, seja "grafitada" nos próprios corpos, seja encravada nos seus discursos, o analista - embora sabendo que há um vazio de sentido como núcleo desses sintomas - deverá, primeiramente, escutar as defesas ativas (protestos e contestações ao discurso vigente) com vistas a desativá-las, assim como desarticular as resistências fundadas em suposto ódio à realidade, que fazem com que o sujeito se afaste de uma vida de ligações. Nesse contexto, podemos nos louvar da *clínica do confronto*, nos termos definidos por Figueiredo (2014), pois não se trata de exercitar interpretação compreensiva, destinada a dar continência, capaz de articular fantasias e simbolizar angústias, mas de interpretações interpelantes.

Nesse momento inicial em que se expressam manifestações de desdém, crítica e protesto ao discurso do *mundo adulto*, deveremos oferecer uma escuta implicada e viva,

continente para sustentar o laço transferencial, mas que possa abarcar a ação de *desalojar certezas* do analisando - buscando encontrar inconsistências no discurso fechado e/ou empobrecido, que inviabiliza ou compromete a sua inserção na vida real.

Essas chamadas "certezas" cristalizadas, sobretudo atinentes à esquivas ao ingresso no mundo adulto, derivam, segundo Figueiredo (2014, p.136), da fantasia infantil de onipotência e, por tabela, referem-se ao "mundo pulsional indomado e aos excessos das injunções superegoicas mais primitivas", razão pela qual pensamos que requerem esse prévio trabalho de confrontação. Seriam defesas ativas a encobrir o estado de passivação subjacente. Posteriormente, sim, depois de feita alguma erosão na "casca" reativa e de ter podido aparecer um núcleo fragmentado, dessubjetivado ou apassivado, haverá a possibilidade de adentrarmos em outro momento analítico, vinculado ao cuidado das necessidades egoicas mais primitivas.

É muito importante, por consequência, pensar clinicamente a questão dessa sintomatologia sobre outra ótica, haja vista que, diante de tais demandas, o analista não estará diante de um trabalho voltado a escutar questões atinentes ao recalque ou ao conflito de instâncias psíquicas, envolvendo relações de objeto e frustrações relativas ao aspecto vincular, mas, sim, terá de se posicionar em uma escuta que possa fazer face a esse vazio, a essa vivência da falta de sentido, dando continência aos seus derivados como o entorpecimento perante às demandas da vida.

Se os sofrimentos atuais vão apontando para um excesso percebido como invasivo, do qual é necessário se defender pela via do isolamento e da evitação, o trabalho analítico deverá possibilitar algum acesso à simbolização, agrupamento de afetos dispersivos a algumas palavras que os traduzam, fazendo ligação, postulando vitalização, tendo por via possível a busca da construção de sentido.

Por fim, apreciando a nossa terceira indagação - *que manejos clínicos podem auxiliar a escuta nesses casos?* - pensamos que a atenção do analista deve estar voltada às necessidades mais primitivas do amadurecimento egoico, e isso, por si só, será um bom termômetro para a adaptação, caso a caso, do que é apresentado em cada analisando como *sua* necessidade egoica e a que se refere *a sua* vivência do entorpecimento e do vazio.

Para tratar desse vazio, algumas premissas da psicanálise clássica, tais como as noções da associação livre + abstinência/neutralidade do analista + interpretação, aplicadas em um trinômio, deverão ser trocadas por um novo agrupamento deste trinômio entre associação livre + regressão + jogo, incluindo um cuidado analítico que

possa apostar em outras vias, tais como a qualidade do encontro afetivo que se estabelece na transferência, apostando na construção winnicottiana de que é o analista que deve estar suficientemente adaptado aos modos de subjetivação do analisando (KUPPERMAN, 2008), criando um *setting* analítico que inclua o ritmo deste - e, nesse caso específico, o seu tempo.

Um dos aspectos bastante importantes no que tange à escuta desses casos refere-se ao cuidado cirúrgico que há de permear as manifestações do analista, já que, dada a configuração da etiologia do sintoma com base em uma *reação ao ambiente intrusivo*, qualquer intervenção ou interpretação que possa parecer invasiva será recebida como quebra de um bem-estar e de uma continuidade no laço transferencial. Teremos de experimentar o zelo e o cuidado sutil de quem lida com um ser com contornos fragilizados, estruturalmente requerendo toques macios, suaves e delicados como aqueles proporcionados pelos objetos transicionais.

Em *O Medo do Colapso*, afirma Winnicott (1994) que um dos sentimentos vividos pelo analisando, ao ser interpretado, pode ser comparado à mesma vivência que ele sente quando ocorre uma invasão ou intrusão ambiental; ou seja, uma interrupção da continuidade do ser, o que justifica, portanto, cuidado redobrado no manejo de tais casos. Para o autor, nessa forma peculiar de transferência analítica, ocorre uma espécie de  *fusão* entre paciente e analista - este será um "objeto subjetivamente concebido" pelo paciente, mas também sentido como um "objeto subjetivo", como uma parte do próprio paciente, o que se dá de forma manifestamente diferente do que ocorre na análise de neuróticos, em que o analisando constituído como pessoa inteira tem a possibilidade de simbolizar e usar o analista como se ele fosse uma das figuras parentais. Nos casos de neurose, não haverá fusão entre analisando e analista, mas uma posição do analista como *objeto objetivamente percebido* (Winnicott, 1990d, p.167). E nos casos em apreço, o analista deve oferecer a sua escuta em posição modificada, flexível, algumas vezes permitindo o ir e vir fusional com o paciente.

Ao falar de pacientes que necessitam experimentar uma regressão em análise, Winnicott (1990a) nos ensina que eles nos trazem como uma de suas necessidades o vivenciar de uma fase de dependência infantil e, por isso, o analista terá de se posicionar, no manejo, de uma forma singular que o faça continuar bastante atento à realidade externa, mas que, de alguma forma, também permita que se identifique com o paciente e, eventualmente, até mesmo possa com ele se fundir temporariamente. Deve acreditar que a parte sadia da personalidade do paciente será uma aliada, que colabora

inconscientemente com esse amadurecimento egoico, trazendo alguns sinais à cena analítica de como o analista deverá se comportar.

Não se trata, portanto, de uma transferência nos moldes clássicos, mas poderá ser experimentada pelo analisando e pelo analista como um tempo de caminhada e trânsito rumo a uma *potencial independência* de um indivíduo recolhido, "dormente", entorpecido, que pode vir a acessar novas formas de integração de si mesmo, de personalização, podendo até vir a experimentar algum prazer nas relações objetais com as pessoas que o circundam.

Se ele precisar "dar dois passos para trás" ou "muitos passos para trás" em um movimento regressivo para retomar a sua caminhada do ponto em que ela estancou em termos de saúde, o analista estará por perto, oferecendo um *setting* adaptado e favorável a que esse estágio de dependência absoluta possa aparecer e ser *cuidado*.

Este tópico nos faz refletir, sobretudo, quanto à posição do analista, que há de ser concebida em termos de maleabilidade, como presença que contém, metaboliza, confronta e desaloja quando necessário, interpreta muito cautelosamente e também sustenta regressões para que o analisando possa simbolizar afetos não representados, trilhar um percurso na sua história de vida, e recontá-la, acessando outras possibilidades de significado sobre o que viveu e o que vive.

No pequeno diálogo que abre o tópico 4.3.1 deste capítulo, extraído da história de Peter Pan, ele descreve os *Meninos Perdidos* como crianças que "caem" do carrinho de bebê e ninguém reclama por elas em sete dias. Como vimos, apesar de supostamente cuidados por suas mães vigilantes e atentas, as quais certamente não deixariam esses filhos caírem literalmente dos seus carrinhos, esses *meninos* experimentam, sim, essa *sensação de cair*, por não serem atendidos em suas necessidades como sujeitos. A continuação do diálogo fala de uma fuga para a Terra do Nunca, de um recuo como a defesa escolhida para enfrentar a falta desse olhar singular. Diz Peter Pan: "mas a gente é um pouco só". Em seguida, já fugindo dessa solidão mediante a construção de uma realidade inventada, acrescenta: "já que não posso ser nada de importante, algum de vocês gostaria de me fazer uma magia?" (KILEY, 1983, p.92). Um triste recuo, seguido da distração de "fazer uma magia", tão conhecidos dos pacientes do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*.

Exatamente nesse ponto de recuo e fuga devemos de trabalhar, dentro da ética psicanalítica da *cura enquanto cuidado*.

#### 4.5. Aproximações e diferenças entre as modalidades de tédio e apatia

Já relatamos neste capítulo os delineamentos mais específicos quanto ao *tédio-protesto* e a *apatia-escudo*. Pensamos então ser importante realçar alguns pontos em comum entre as modalidades de tédio e apatia, para, em contraste, após toda a exposição feita, revelarmos as diferenciações significativas que fazem com que tais formas sintomáticas, apesar de derivadas de um tronco comum, possam receber de nós, analistas, o tratamento e a escuta especial e singularizada que merecem – isso desde que identificadas e circunscritas em campo próprio.

No que atine às aproximações e semelhanças, explicitamos ao longo deste trabalho que em todas as modalidades de tédio e apatia descritas há: interrupção dos processos de saúde, escoamento da vontade de viver e desinvestimento no aspecto prazeroso da vida ("anorexia de viver"), além de empobrecimento do ego.

Todas elas, igualmente, podem ser qualificadas como adoecimentos psíquicos por passivação, como interrupções de processos de saúde que ocorrem de forma ainda mais incisiva e radical em casos clínicos nos quais algumas áreas do psiquismo, como forma de defesa, "morrem, ou melhor, deixam-se morrer" (FIGUEIREDO e COELHO JR., 2018, p.15). Nesses adoecimentos, como esclarecemos no Capítulo 1, as angústias não chegam a se formar e alguma sobrevivência acaba sendo obtida pela via de estados de semimorte psíquica, pela via da agonia, o que aparece de forma costumeira na escuta dos analisandos do tédio e da apatia.

São, porém, as suas diferenças que nos fizeram pensar mais profundamente, a partir de uma lacuna no campo teórico-clínico, em acessar novas formas de escuta do silêncio, do inaudível, do material em clandestinidade, ponto que há de ser cada vez mais discutido, analisado, debatido e metabolizado por profissionais que atendem tais casos clínicos, para trazer algum substrato a partir de tais diferenciações.

Cabe também deixar bastante claro que tais diferenciações têm caráter instrumental e não devem ser consideradas totalizantes ou extremadas no sentido de fazer corresponder a cada caso clínico apenas uma das modalidades de tédio e de apatia, ou só uma das díades discriminadas.

Logicamente, pautando-se a escuta psicanalítica na singularidade de cada indivíduo, há de vigorar a ideia de que tais manifestações podem ser suplementares, sucessivas ou exclusivas. Equivale a dizer que um analisando que apresenta, a princípio, as evidências da sintomatologia do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*,

pode apresentar, posteriormente, indícios de um trauma precoce em sentido estrito que tragam à cena analítica manifestações do *tédio-defesa* e da *apatia-desligamento* e requeiram um manejo próprio do trabalho de escuta do traumático. Da mesma forma, um adolescente que se recusa a ingressar na vida adulta, como se estivesse posicionado em *reação à intrusão* e que nos faria supor os sintomas do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, pode apresentar um núcleo mortífero mais vertical e profundo que nos remeta à sintomatologia do *tédio-branco* e das questões existenciais sobre o continuar a viver.

Com efeito, a predominância de determinada manifestação sintomática em certo período não indica que essas classificações sejam limitantes ou exclusivistas, mas, ao contrário, postulamos que essas diferenciações possam trazer uma compreensão mais ampla do que aparece na clínica psicanalítica ao longo do tempo, para que tais sintomas sejam cuidados acaso apareçam de forma isolada, em conjunto ou em sucessão.

Após o nosso percurso até este ponto, podemos apontar tais diferenças, mencionando, de forma esquemática: 1) as motivações da formação sintomática; 2) os mecanismos de defesa; 3) o narcisismo e a questão da pulsão de morte; 4) o empobrecimento do ego e 5) a intensidade da passivação/ativação e a adaptação ao ambiente. As distinções alusivas ao *Eu-pele*, segundo Didier Anzieu, já foram detidamente descritas acima em tópicos comparativos próprios.

Quanto às *motivações da formação sintomática*, vimos que a dupla do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* funda-se na ideia de *trauma* em sentido mais estrito; já a do *tédio-branco/apatia-desligamento*, na noção de *abandono* ou *desamparo* face à vivência prolongada de ausências dos entes cuidadores; por fim, com origem também diversa, a díade *tédio-protesto/apatia-escudo* decorre do excesso de oferta maternante que traz à cena inicial, em tempos precoces, um bebê em reação à intrusão e sem capacidades elaborativas para lidar criativamente com o vazio.

Se no *tédio-defesa/apatia-adaptativa* há uma ideia de *trauma como susto*, seguida de uma passivação por uma via neutralizante, adaptativa e evitativa quanto à formação de relações objetais potentes e genuínas, no *tédio-branco* e na *apatia-desligamento*, por sua vez, o ponto originário da constelação sintomática diz respeito a uma vivência mais estendida no tempo, caracterizada como uma experimentação de abandono ou desamparo superior à capacidade do bebê. Não se trata apenas de um evento doloroso e impactante que pega o bebê desprevenido e incapaz de assimilá-lo, mas, sim, de uma vivência prolongada e penosa, que conecta diversos eventos ligados entre si e que se afigura além de suas capacidades psíquicas de representação e

elaboração; experiência vertida para a ordem do indizível, daquilo que é impregnado no seu corpo e no seu psiquismo de forma silenciosa.

Já no *tédio-protesto* e na *apatia-escudo*, o bebê teve a vivência da intrusão, por ter sido tratado como um objeto a confirmar a eficiência da mãe em termos de sua prontidão e agilidade. Não há um bebê "cuidado" como um sujeito único, em sua singularidade. Esse abandono, porém, é escamoteado pela suposta devoção da mãe narcísica e eficaz. Ele é envolto pela *mãe-polvo*, experimenta esse excesso como invasão e se sente desconectado de si. Como não pode alcançar o que Winnicott (2011d) chama de aquisição do "eu sou" e experimentar os espaços vazios como espaços potenciais de criatividade, ele recua, esconde-se, encolhe, mas o faz de forma entorpecida, usando mecanismos tranquilizadores. A motivação sintomática, portanto, deriva do excesso materno ou dos entes cuidadores, que não lhe permitem lançar-se ao mundo de modo autônomo e esperançoso, restando-lhe a via da passivação.

No que tange aos *mecanismos de defesa*, segundo ponto de diferença entre as modalidades, como visto, no *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa* as defesas mais marcantes são a *cisão psíquica*, a *adaptação* e as chamadas *defesas paradoxais*. No *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, a defesa se faz pela crítica, pela letargia, pela inércia e pelo desinvestimento maciço nas coisas do mundo. No *tédio-protesto* e na *apatia-escudo*, os indivíduos recorrem a soluções autocalmantes e ao entorpecimento, usando formas precárias de estimulações sensoriais e motoras para atingir uma vivência de calma (COSTA, 2008). Como tentativas de defesa quase desesperadas contra uma sensação de intrusão do próprio ego, estariam justificadas as adesões aos filmes, seriados e personagens, além das drogas, da promiscuidade, dos objetos de adição e das atuações estridentes, para o fim de sentirem algo como próprio.

Pensando como terceiro ponto distintivo a questão do *narcisismo* e da *pulsão de morte*, e partindo das diferenciações feitas por André Green (1988) quanto ao narcisismo do UM (narcisismo de vida) e o narcisismo do ZERO (narcisismo de morte), podemos destacar que, no *tédio-defesa* e na *apatia-adaptativa*, estamos falando em narcisismo do Um e o sujeito tenderá a reduzir todas as suas tensões a si mesmo, atuando sua agressividade ou indiferença contra os objetos externos e empreendendo uma luta contínua contra a alteridade. A sua pulsão de destruição estará lançada para fora, e as relações objetais perdem potência, ficam desinvestidas e, quando obrigatoriamente vivenciadas (face a vínculos de trabalho ou laços familiares), trazem a impressão de serem inverossímeis ou sem colorido vital. Em termos winnicottianos, a motilidade não

se desenvolve a partir do centro, *mas a partir do corpo*; por isso, o núcleo fica oculto e não resta lugar para o aparecimento do verdadeiro *self*. Surge o falso *self* como medida defensiva, impedindo a espontaneidade.

No *tédio-branco/apatia-desligamento*, por sua vez, a hipótese é de narcisismo do ZERO. O desligamento dos objetos é a força predominante, mas as pulsões destrutivas se voltam também contra o ego do sujeito, que se aproxima da inércia e da desvitalização psíquica. Há casos em que fica bastante difícil localizar algum fio de vida face a essa tanatização do narcisismo de morte que vai se alastrando por esses psiquismos, sendo desafiante, e muitas vezes, desanimador tentar vitalizar a cena analítica nessas situações extremadas.

Nos casos de *tédio-protesto e apatia-escudo*, há igualmente um certo tipo de fechamento narcísico desses pacientes, mas é como se a luta fosse empreendida para acessar os contornos do próprio *self*, havendo ainda uma jornada prévia para que possam vir a experimentar a condição de serem UM. Há certo desconhecimento de si mesmos como indivíduos singulares e desejantes, pois sempre se sentiram "misturados" ao meio ou em estado confusional ou fusional com aqueles que deles cuidaram. Como há *motilidade como reação à intrusão*, o indivíduo não se lança no mundo espontaneamente e busca a quietude como forma de experimentar a existência individual. Não tendo a oportunidade de experimentar a motilidade como uma força de expansão do seu interior e de sua curiosidade em relação ao mundo, em razão de um ambiente que veda as possibilidades de gesto espontâneo, esse indivíduo dará passos para trás em maior ou menor grau. Nesses casos, portanto, desinveste nas coisas do mundo por defesa quanto à intrusão, buscando uma vivência de entorpecimento e recuo. Aproxima-se da pulsão de morte pela via do desligamento entorpecido e do alheamento.

Em relação ao *empobrecimento do ego*, quarto ponto distintivo, no *tédio-defesa/apatia-adaptativa*, ele deriva do choque que gera a cisão psíquica entre o evento que causou o trauma e o resto do psiquismo. Como tal cisão se encontra submetida à compulsão à repetição, o ego que se constitui em um falso *self* adaptado às exigências do meio acaba por empobrecer em suas qualidades de espontaneidade e criatividade, dada a constante luta que trava quanto ao retorno do clivado. Os processos de neutralização psíquica para evitar a reexperimentação do trauma deixam como rastro um ego enfraquecido em potência quanto às suas relações objetais e aos seus processos de saúde. O sujeito deixa de sentir o estado traumático, mas amputa partes de si, descentra-se de si mesmo.

No *tédio-branco/apatia-desligamento*, há empobrecimento do ego de formas distintas a depender das patologias a que se referem: nos casos de melancolias e depressões mais profundas e crônicas, dá-se a identificação com o objeto perdido, que, por isso, acaba por suscitar um enfraquecimento do ego do indivíduo. Nos casos do tipo *borderline*, há uma constrição do eu a um campo tão restrito e entrincheirado que restam comprometidos os investimentos mais elementares nas "coisas do mundo", sendo marcantes a inatividade e a existência de um ego impotente e acuado.

No *tédio-protesto e na apatia-escudo*, o empobrecimento ocorre pela via do recuo, da retirada das relações afetivas, das relações de trabalho e até mesmo de lazer, trocadas por medidas autocalmantes, apenas aplacadoras da superfície.

Quanto à intensidade da passivação, não há dúvidas de que no *tédio-branco* e na *apatia-desligamento* ela é mais profunda e mais impeditiva do movimento e do investimento pelo indivíduo no mundo e nas pessoas. Há um desligamento dos objetos em um caráter mais próximo da morte psíquica; estamos diante, pois, de indivíduos pouco adaptados ao mundo e aos relacionamentos intersubjetivos, que montam uma série de defesas da ordem do isolamento e da separação das suas vidas do mundo circundante, evitando experimentar algum tipo de dependência.

No *tédio-defesa* e na *apatia-adaptativa* há uma menor profundidade do desligamento, porquanto a adaptação via mimetismo faz com que o indivíduo faça conexões objetais, ainda que de modo não espontâneo e não potente, mas, de alguma forma, encontra-se menos entregue à inércia psíquica do que nos quadros de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*. Aqui, há uma adaptação digna de nota ao esperado pelo ambiente, trazendo à cena a noção de falso *self* e personalidades *as if*. Nesses casos, há ainda, além da passivação, algumas defesas ativas, tais como a neutralização e as defesas paradoxais, para impedir o retorno do material clivado. Há uma montagem defensiva que age ativamente contra tal retorno para evitar a retraumatização.

Em relação ao *tédio-protesto* e à *apatia-escudo*, ao lado da passivação pela via do recuo e do recolhimento desses indivíduos quanto à rivalidade fálica e quanto ao ingresso na vida adulta, há a ativação de defesas em virtude da noção de reação à intrusão. Estamos lidando, nessas situações, com indivíduos que traduzem certa contestação à ideia de adaptação, trazendo como subtexto do seu sintoma algo como "não vou me adaptar" – trata-se de um protesto que poderia ter a face de rebeldia, mas que se expressa esvaziado, dormente e entorpecido.

Pensar nessas diferenças nos auxilia nessa escuta tão peculiar e complexa.

## CAPÍTULO 5: PARTES SILENTES DO PSIQUISMO

*Eu quero fazer silêncio  
Um silêncio tão doente  
Do vizinho reclamar  
E chamar polícia e médico  
E o síndico do meu tédio  
Pedindo para eu cantar*

Chico Buarque<sup>16</sup>

Nos capítulos anteriores, convidamos o leitor a apreciar a questão do tédio e da apatia em seus mais variados ângulos, percorrendo uma trilha iniciada com a exposição histórica do pensamento humano acerca de tais vivências.

Propusemos que o tédio e a apatia têm contornos próprios e que se diferenciam do conceito freudiano de melancolia, apesar de algumas aproximações de suas exteriorizações em certos casos clínicos. Defendemos que ambos são *sintomas*, pois geram limitações ou interrupções dos processos de saúde, comprometendo ou reduzindo a capacidade do indivíduo de "vivenciar o estar vivo enquanto ser humano" (OGDEN, 2013, p.34), no âmbito do sentir, do formular um senso de si, do relacionar-se afetivamente com outras pessoas, de unir afetos às palavras e, por conseguinte, de manter relações objetais genuínas. Essa limitação da capacidade de estar vivo compromete as vias oníricas, os processos de *rêverie*, a capacidade de brincar, imaginar e usar símbolos verbais e não verbais para criar e representar a própria experiência.

Além de apontarmos um elemento diferenciador entre tédio e apatia, passamos a incluir uma visão sobre a figura do analista, em seus aspectos contratransferenciais, na escuta desses casos clínicos. Questionamos, então: o que esses analisandos suscitam ao projetarem no analista seus afetos de desvitalização, anestesia, "anorexia de viver", enfado, crítica ao discurso vigente, desmotivação, tédio, apatia e estagnação?

Trouxemos à luz o impacto dessa sintomatologia no analista, que se sente, nesses casos, *mortalmente tocado* (PONTALIS, 2005), vivenciando certa impotência motora e uma incômoda sensação de congelamento da própria vitalidade da relação transferencial. A patologia do vazio do analisando espalha-se na cena analítica e, como

<sup>16</sup> In: Agora Falando Sério. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/chico-buarque/85834/>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

analistas, não estaremos imunes ao que corre por trás desse fenômeno, devendo nos conectar com a ideia de usar manejos que visem a transformar o que se encontra estéril, asséptico e sem possibilidade de inclusão do prazer, do humor e do jogo.

Segundo os ensinamentos de Pontalis (2005), destacamos ser corriqueiro que, nesses atendimentos, surja na cena analítica um *desejo de fazer o outro nascer para si mesmo*, devendo ser reconhecido, como uma etapa preliminar para tanto, o que se manifesta como *fratura traumática*, como *ausência* ou como *excesso*.

Nos capítulos que se seguiram a tais noções de caráter introdutório, voltamos a nossa análise a tipos diversos de manifestação do tédio e da apatia na clínica psicanalítica, dando nome e sobrenome a três modalidades bastante distintas. Deixamos claro, então, que tal forma de classificação não se prestava ao mero afã de nomeação e catalogação, mas, sim, a uma tentativa de encontrar caminhos clínicos.

Por que distinguir, afinal, tais modalidades de tédio e apatia? Qual a relevância em classificá-las e diferenciá-las? Como já ressaltado, a grande chave para tal resposta consistiu na necessidade de articular diferentes modalidades de escuta de cada um desses grupos de analisandos. Pensamos que há vantagens em fazer tais distinções descritivas e conceituais para tentar fundamentar um *pensamento clínico*, criando um arcabouço teórico com base em certos modelos que nos auxiliem diante de dificuldades técnicas que os pacientes nos trazem dia a dia, sobretudo em termos de simbolização primária dos seus afetos e do seu sofrimento mais profundo e silenciado.

A rigor, poderíamos distinguir tais sintomas até reduzi-los a uma apatia ou a um tédio singular, de cada paciente citado neste trabalho, de João, de Fernando, de Peter.

Criamos, com os agrupamentos propostos, uma "geografia para pensar" sobre um quadro de adoecimentos não-neuróticos, marcados pelo silenciamento do psiquismo e o consequente empobrecimento egoico decorrente dessas patologias por passivação. Esse critério nos pareceu produtivo face às saídas clínicas encontradas no curso da pesquisa, que nos permitiram focar os diferentes manejos de tais casos.

É de fato relevante falar do tédio, da apatia, do vazio e das *partes silentes do psiquismo* de nossos analisandos. Se, em nossas posições de analistas, lidamos cotidianamente com esse *deserto simbólico*, cabe-nos pesquisar e debater sobre essa temática do ponto de vista teórico e, sobretudo, clínico, para tentar preencher lacunas quanto ao manejo desses padecimentos na clínica psicanalítica. Nesta dissertação, esteve presente o objetivo de aprofundar o tema, afastar o nosso silêncio sobre o tédio e

a apatia e tentar construir alguma forma de compreensão sobre essas agonias psíquicas que nos atingem diretamente no exercício de nossa prática clínica.

Neste capítulo, formulamos, primeiramente, algumas questões acerca das formas de silenciamento e mutismo mencionadas nesta dissertação, as quais acometem certos psiquismos como um mecanismo de defesa passiva bastante primitivo para lidar com a fratura traumática, com o abandono e com o excesso. Em seguida, passamos a abordar o que entendemos como *progressos e novas perspectivas da psicanálise* quanto aos casos clínicos marcados por essa sintomatologia.

### 5.1. "Voz escondida", "Síndrome de Resignação" e "Síndrome de Peter Pan"

*Ora, o que fazer quando a palavra falta, quando ela ressoa no vazio e não tem conexão com a vida emocional que nunca antes foi traduzida em linguagem simbólica?*

Figueiredo e Candi (2015, p.18)

Como vimos nos capítulos anteriores, indivíduos que tiveram seus psiquismos marcados pelo trauma em sentido estrito, pelo abandono prolongado e pelo excesso de presença dos entes primordiais, precisaram recorrer a defesas primitivas face a eventos de forte impacto em suas constituições psíquicas em tempos bastante precoces.

Há, como destacamos, diversas denominações propostas pelos mais variados autores que se dedicaram à temática (pacientes difíceis, da clínica do vazio, de difícil acesso, do desvalimento, neuroses narcísicas, patologias narcísico-identitárias). A característica comum dessas situações diz respeito ao fato de se referirem a um tempo anterior ao campo da linguagem, sendo marcantes os afetos sem contorno pela palavra ou, ainda mais verticalmente, de vivências sem qualquer forma de representação.

Cintra (2017, p. 18) destaca a “passividade radical” desse período como o estado do neonato que o obriga a viver passivamente tanto o que o ambiente pode lhe oferecer como “o que não pode lhe oferecer”, dada a sua capacidade sensório-motora subdesenvolvida e ainda incapaz de trabalhar simbolicamente o vivido.

Nos casos apreciados nesta dissertação, há certa violência primordial e o *tanático* se apresenta como herança de um mau acolhimento desses indivíduos em seus tempos iniciais, seja em virtude de um evento que gerou grave comoção em seus psiquismos

(nos casos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*), seja em razão de uma ausência distendida da ação maternante adequada ou da experimentação agonizante de abandono (nas hipóteses de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*), seja, em um terceiro plano, em função de um excesso de maternagem e/ou da experiência de invasão dos entes cuidadores e a consequente reação à intrusão por parte do indivíduo ainda bebê (nos casos de *tédio-protesto* e *apatia-escudo*).

Vimos no caso clínico de João (Capítulo 2) que o afastamento de seu pai do núcleo familiar foi por ele experimentado como um abandono fatídico que deixou rastros de passivação ao longo de toda a sua história. No caso de Fernando (Capítulo 3), o "branco" anunciado na primeira sessão trouxe ao *setting* analítico uma laboriosa atividade de construção, delicada e sutil, para fazer face à imensa sensação de vazio e falta de sentido que ele sempre carregara. Quanto a Peter (Capítulo 4), a posição de recuo fundada em sua escolha de viver "fora da cena", esperando um dia ser selecionado por seus grandes talentos escondidos, revelava um psiquismo em constante reação à intrusão, protestando em silencioso combate, fora da arena da vida.

Podemos pensar em uma forma de *tanatização* do psiquismo desses indivíduos nessa tendência ou solução claudicante de se manterem regidos pelo primitivo e pelo arcaico, como se houvesse o eco constante de um psiquismo ressentido por não ter tido meios de decodificar uma experiência avassaladora por demais, por algo que não ocorreu (e deveria ter ocorrido), ou por não terem sido eles olhados, desejados e admirados como sujeitos singulares, mas apenas como superfícies para a projeção dos anseios dos entes paternos.

Houve, de alguma forma, a vivência do catastrófico em uma relação violenta e/ou desumanizadora, e esses psiquismos em desenvolvimento foram atingidos duramente por um acontecimento avassalador e mortífero. Como consequência, comprometeu-se a percepção desses indivíduos dos seus novos vínculos como confiáveis, corrompendo-se algo da ordem da esperança no viver e no vincular-se a outras pessoas.

O que faria com que partes do psiquismo silenciassem? Com que tipo de "mutismo psíquico" nos confrontamos nos casos de tédio e apatia?

O filme iraniano *Escondi Minha Voz*, recentemente adaptado do romance de Parinoush Saniee (2017), trata dessa temática referente ao traumático envolvendo uma pequena criança em sua família. A autora traz a lume a ideia de mutismo, de silêncio, de desligamento das relações objetais por um indivíduo que sofreu o impacto de não poder ser acolhido como sujeito. O personagem principal (Shahab), com apenas quatro anos,

não emite nenhuma palavra, apesar de ser saudável e ter a garantia dos médicos de que nada o impede de falar. Seu irmão mais velho é escolhido pelo pai como um promissor talento nos estudos, com vocação para ser sempre o primeiro da classe e o preferido da família; sua irmã mais nova é espontânea, leve e desinibida. Ele, por sua vez, é chamado de "tonto" pelos membros da família, tios e primos e não entende, a princípio, que essa palavra tem alguma conotação pejorativa, submetendo-se a situações vexatórias para divertir o seu primo, que emite ordens por ele cumpridas sem qualquer suspeita de que está sendo humilhado. Há uma ruptura de tal estado inofensivo e pueril após um evento no qual a mãe o defende de uma situação de subjugo e humilhação, gritando a altos brados que ele "não é um retardado", momento no qual a palavra "tonto" se converte em algo que fratura a sua inocência, rouba a sua infância, destrói a sua crença no primo, na família e no Bem. Ele emudece. Silencia.

O livro da psicóloga iraniana aborda, na voz oculta do narrador-menino, a incomunicabilidade com seu ambiente familiar e a dor do não reconhecimento. Como medida de defesa, Shahab começa a dialogar com dois personagens imaginários, deixando a família consternada com a sua mudez por anos. Com a chegada de sua avó, ele passa a construir um espaço psíquico para viver, mas apenas começa a se autorizar a falar muito tempo depois, quando vai encontrando, na via das palavras escritas, uma forma de elaborar as experiências de dor e sofrimento por ele experimentadas.

Pensando no analisando João, citado no segundo capítulo, e no efeito traumático da partida do seu pai em cotejo com o evento narrado nesse romance, depreendemos que, nos casos de *tédio-defesa* e *apatia-adaptativa*, as partes silenciadas do psiquismo emudecem por impossibilidade de enfrentamento de algo que transborda, inunda, invade, não consegue fazer ligação ao psiquismo integrado. Muitos desses indivíduos enfrentaram uma vivência avassaladora por demais, da ordem do indizível, do indigerível e do não metabolizável, um tipo de dor que remanesce em estado bruto.

Segundo Figueiredo (2002), no momento inicial da diferenciação entre o indivíduo e seu ambiente, a "imitação passiva" é a primeira forma que o organismo adota para se constituir e se defender (antes mesmo de lançar mão da onipotência alucinatória). Por isso, quando forças brutas se abatem sobre o organismo despreparado, a reação inicial do indivíduo é de apassivar-se e, em seguida, "assemelhando-se a estas forças [...] identificar-se com o que o tenciona, pressiona e ataca". Isso ocorre como uma forma primitiva de adaptação pela via da incorporação do ambiente hostil, passando ele a ser

uma parte do indivíduo, que carregará, por isso, uma pseudo-vitalidade, resumida como "de não-vida, de não-realidade, de vazio, de não-nascimento" (p. 915).

A sobrevivência arquitetada demanda sacrifícios tão caros - o empobrecimento do eu e a fragmentação do ser - que a parte mais viva resta anestesiada e desvitalizada. Esse indivíduo de "voz escondida" pode usar o processo analítico como espaço para simbolização primária desse emudecimento, assim como, no romance de Parinoush Saniee, possibilitou a avó de Shahab, em sua relação intersubjetiva com o menino. Ele poderá narrar a sua história em análise e encontrar uma via para simbolizar aquilo que foi vivido historicamente de forma neutralizada, dessensibilizada ou traumática.

Nas hipóteses de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, trouxemos à cena situações ainda mais mortíferas de psiquismos oscilantes entre o viver e o morrer, entre o vitalizar-se e o entregar-se à desvitalização total. Nesses casos, a ausência dos entes primordiais não pôde ser integrada como algo tolerável e assimilável, deixando marcas profundas no psiquismo desses sujeitos sob a forma de uma agonia impensável e indescritível, experimentada na cena analítica como a presença do mortífero em estado quase palpável. Fernando trazia constantemente essa vivência à análise (Capítulo 3), demonstrando ser muito frágil o fio que o conectava ao desejo de continuar a viver. Apassivado, silenciado, acuado, sem potencialidade de investir em coisas do mundo e em pessoas próximas ou distantes, desligando-se aos poucos.

No que tange a casos marcados por essa forma extrema de passivação e esse silêncio mais cortante, vertical e profundo, foi recentemente publicado um artigo acerca do enigmático caso clínico de Sophie (PRESSLY, 2017). Trata-se de uma menina de 9 anos de idade que vive em estado vegetativo há vinte meses, e cujo quadro vem sendo enquadrado como "Síndrome da Resignação", uma doença considerada misteriosa e circunscrita à Suécia. Sophie depende de uma cadeira de rodas e parece estar sem vida. Tem cabelos brilhantes como os de uma criança saudável, mas usa fraldas e uma sonda gástrica para se alimentar há quase dois anos. Não fala, não anda e vive com sua família em um campo de refugiados na Suécia desde 2015. Segundo relatos, a menina teria ficado inerte após presenciar uma cena de violência em que seus pais foram retirados de um carro quando saíam da União Soviética e espancados por homens em uniformes policiais. Seu pai fora levado por esses homens, e Sophie passou por dias de desespero até que ele retornasse. Ao chegarem à Suécia, três meses depois, a família foi detida pela polícia, e o quadro de passivação e desligamento de Sophie foi se

agravando rapidamente. Em audiência na qual a menina esteve presente, a família teve negado o pedido de asilo, e Sophie parou de falar, andar e comer.

Segundo a médica Elisabeth Hulcrantz (PRESSLY, 2017), é como se tais crianças simplesmente "desligassem" partes do cérebro. Estudos recentes apontam que condições parecidas com aquelas detectadas nesta Síndrome foram observadas antes, "entre sobreviventes de campos de concentração nazistas, por exemplo" (Idem)<sup>17</sup>.

Apesar de ainda não estar claro o mecanismo nem a razão de tal adoecimento, os sintomas vêm sendo compreendidos como a exteriorização de um abandono vivido como devastador, quando a criança chega à seguinte conclusão: "*minha mãe não pode tomar conta de mim*". É a consolidação de um desamparo central, maciço, sem saída. A criança perde totalmente a esperança por sentir que não há mais a quem recorrer.

Nos casos de *tédio-branco* e *apatia-desligamento*, esse mesmo quadro de desamparo central aparece na cena analítica. Há certa descrença por parte desses analisandos de que alguém, em algum lugar, possa fazer algo para restituir-lhes a esperança, o que nos faz acessar como subtexto esta mesma ideia: "não puderam tomar conta de mim". A crítica ao mundo externo, no qual não se pode confiar, o escoamento da vontade de viver e o desinvestimento no aspecto prazeroso da vida parecem derivar de um abandono além do que seria suportável.

Em relação a meninas como Sophie, que padecem da chamada "Síndrome da Resignação", assim declararam os profissionais incumbidos desses cuidados, que vêm lidando mais diretamente com esse *narcisismo de morte* extremado, conforme Pressly (2017, s/p):

Brincamos por elas até que possam brincar sozinhas. Dançamos e ouvimos muita música. Queremos despertar seus sentidos. Colocamos um pouco de refrigerante em suas bocas para que provem algo doce. As que estão sendo alimentadas por sonda, a gente coloca na cozinha para sentirem cheiro de comida", explica Ogren [um dos cuidadores citado no artigo referido]. "Temos a expectativa de que elas queiram viver e sabemos que suas habilidades ainda estão ali, mas as crianças se esqueceram delas ou não conseguem mais usá-las. **Vivemos pelas crianças até que elas consigam viver por si próprias**", acrescenta (grifos nossos).

Este depoimento fala em inserir a brincadeira, o humor, o despertar dos sentidos, em oferecer "algo doce" para que tais pacientes possam rememorar que têm habilidades

---

<sup>17</sup> Na Suécia, esse padecimento das crianças apáticas foi reportado pela primeira vez nos anos 1990, sendo registrados mais de 400 casos no biênio 2003-05, tornando-se uma questão política, dado o número alto de imigração naquele país (quase 15% da população é imigrante).

e expectativas que podem indicar um sentido para desejarem viver. Muito significativa, nesse particular, a frase "vivemos pelas crianças até que elas consigam viver por si próprias". Ela traduz a ideia desenvolvida no Pensamento Clínico do Capítulo 3 quanto à necessidade da revitalização de tais analisandos a partir da própria cena analítica.

Em relação ao *tédio-protesto* e à *apatia-escudo*, cabe dizer que já havia sido descrita, desde a década de 1980, uma forma de subjetivação denominada "Síndrome de Peter Pan", bastante aproximada desse tipo de manifestação sintomática.

Foram aqui destacadas, porém, diversas especificidades quanto à etiologia destes quadros particulares de tédio e apatia que merecem atenção e cuidado específico, sobretudo porque pensamos serem mais profundas as causas e motivações desse *recuo subjetivo*. Antes, a descrição fazia predominar a frivolidade e a falta de limites desses indivíduos; hoje, entendemos que se trata de um quadro defensivo, de uma montagem protetiva para o enfrentamento do excesso de oferta maternante, aliado à dificuldade de se relacionarem com o mundo adulto.

Dan Kiley (1983), psicólogo norte-americano, começou a falar nessa forma sintomática de estar no mundo, tratando a "Síndrome de Peter Pan" como um adiamento da tomada de decisões relevantes como forma de não assumir as responsabilidades da vida adulta. Fundou sua tese em certas exteriorizações mais marcantes: 1) *irresponsabilidade*, decorrente de uma educação permissiva, sem limites e punições por parte dos pais, gerando um indivíduo procrastinador, que evita implicações e responsabilidades. O prazer seria um direito de tais indivíduos e não o fruto de uma busca ou de um esforço; por isso não procuram ativamente uma forma de produzir e trabalhar, esperando que alguém resolva os seus problemas; 2) *ansiedade*, decorrente de uma profunda insatisfação consigo mesmos e uma dificuldade crescente com figuras de autoridade, o que gera uma atitude fatalista quanto ao amanhã; 3) *solidão*, manifestada pela ideia de serem insignificantes e pela sensação de não pertencimento; 4) *conflito relativo ao papel sexual*, ficando misturadas as ideias de feminino e masculino e dificultado o caminho rumo ao amadurecimento; 5) *narcisismo*, marcado por defesas intransigentes sobre as próprias opiniões; 6) *comportamento tendente a quebrar leis*.

Tais características, em maior ou menor grau, aparecem rotineiramente na clínica do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, sob a forma de lamentações e queixas reiteradas contra o mundo adulto e sobre as dificuldades de se conectar ao porvir. São indivíduos que procrastinam, evitam implicações e responsabilidades; sentem-se insatisfeitos consigo mesmos, mas não toleram cobranças sobre suas posições estagnadas; têm

dificuldade em lidar com autoridades; sentem-se muito solitários, em um constante estado de espera; não conseguem, por isso, acessar uma sexualidade potente; fecham-se narcisicamente e não se submetem às regras e leis do mundo.

A anestesia pela via do entorpecimento, das adicções, da adesão a objetos, seriados, filmes, *games* e festas de longa duração são formas de tranquilização e meros meios calmantes para lidar com essa desconexão que sentem com a própria vida. A narrativa sobre o cansaço em viver e projetar o futuro, além do desinvestimento nas relações objetais e no amor decorrem, segundo sustentamos no Capítulo 4, da dificuldade quanto à simbolização da ausência e a construção criativa do futuro.

Os casos clínicos que deram margem à presente pesquisa se relacionam, pois, a partes silentes do psiquismo e a noções como falta de representação psíquica, falta de inscrição de eventos traumáticos, desinvestimentos maciços em relações objetais e obstrução na capacidade de sentir prazer, sonhar e amar, o que foi o gatilho principal para a busca de construções teórico-clínicas.

O que salta aos olhos em tais casos - de tédio e apatia fundados no *trauma* em sentido estrito, na *ausência* ou no *excesso* - é que eles retratam um desafio que enfrentamos constantemente como analistas na atualidade, que é o de constatar a inexistência de repertório interno de alguns pacientes para formular pensamentos acerca de suas próprias experiências e afetos, subtraídos à representação - como se houvesse certo tipo de pedra bruta e informe, difícil de o analista manejar, porquanto gélida, desenergizada ou desligada. Ademais, as formas de descarga e evacuação de tais materiais brutos se mostram, às vezes, de difícil compreensão.

Falta a esses pacientes, antes de tudo, a simbolização primária de algumas de suas experiências e afetos, e, por consequência, falta-lhes também a simbolização secundária pela via da palavra e da narrativa. Por isso, ao longo deste trabalho, fomos reiteradamente questionando: o que fazer quanto àquilo que não pode ser dito, que é anterior à própria aquisição da palavra, aquilo que é da ordem do silêncio, ou da corporalidade em si mesma; e que, ao ficar de fora da tradução pela via simbólica primária, do discurso e da narrativa, fica impedido de trabalho de elaboração, trabalho de luto, trabalho de sonho, integração e metabolização?

Há uma diferença entre aquilo que já pode se expressar como um sintoma neurótico, dentro do campo da representação da linguagem e aquilo que se encontra fora desse campo, sem prévia simbolização. Nesse particular, muitos psicanalistas que se dedicam ao tema vêm diferenciando o campo do *não-dito* do campo daquilo que é o

*indizível*. O *não-dito* seria um campo esvaziado da palavra, uma lacuna que estaria carregada "de efeitos e significantes que são expressos fora da palavra, mas dentro da linguagem simbólica" (PAIVA, 2017), aí situados, por exemplo, os sintomas neuróticos. Já o *indizível* estaria substantivamente fora do campo das representações psíquicas, manifesto no corpo, no ato, sem a possibilidade direta de ser decifrado, pois se encontra imbrincado a meras imagens, ou, mais primitivamente, nem sequer imbrincado a imagens ainda. Mais rotineiramente, os autores incluem no campo do *indizível* as eclosões psicossomáticas, os *acting-outs* e alguns transtornos alimentares.

Sabemos que, quando a simbolização secundária fica obstada, há manifestações desse *não-dito* sob a forma de sintomas neuróticos e de atuações; porém, neste trabalho nos interessam mais de perto as manifestações sob a forma do silêncio ou do "mutismo psíquico". Nós, psicanalistas, não podemos nos furtar a escutar essas partes do psiquismo na intersubjetividade da dupla analítica, escutar o que é, de certa forma, da ordem do inaudível, mas que aparece na cena analítica como vivência clivada, expurgada. São partes "silenciosas" que se expressam em compulsão à repetição mortífera, na tentativa de alguma ligação ou ancoragem.

Pensamos que no campo do *indizível* devemos também incluir o *tédio* e a *apatia* como manifestações sintomáticas que orbitam desligadas do campo da representação psíquica, como demonstramos ao longo deste trabalho.

Ao cuidar desses sintomas, trabalhamos em um campo lacunar, vago e um tanto sensorial e empático, do *indizível*, daquilo que nem sequer encontrou simbolização primária e, conseqüentemente, não encontrou palavras para se expressar - como uma dor que ainda não dói ou um sofrimento velado por falta de apropriação subjetiva da própria existência individual. Por isso, nesses casos é tão importante cuidar dessa anestesia e encontrar formas de oferecer uma escuta implicada e comprometida.

## 5.2. Progressos e novas perspectivas na psicanálise

Como ressaltado nas linhas anteriores, Freud, em *Além do Princípio do Prazer* (1920) e, depois, em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), situou a problemática do traumático sob uma ótica intrapsíquica, atribuindo ao psiquismo o encargo de controlar os elementos transbordantes. A projeção apareceu em um segundo momento, como forma de evacuação desses elementos.

Apenas com o passar do tempo, foram sendo abordadas as questões intersubjetivas que acabaram por encontrar voz potente nos textos de Sándor Ferenczi, que passou a relacionar a questão da criança mal acolhida em sua família à circulação do mortífero como reflexo do trauma experimentado (como abordamos no Capítulo 2).

Sob a ótica ferencziana, trata-se de crianças que sabem, de alguma forma, que não puderam receber o devido acolhimento. Assim, onde Freud invoca a pulsão de morte, Ferenczi (1929/2011) invoca uma acolhida malfeita, um ambiente que não propiciou ao bebê um prodigioso dispêndio de amor como um elemento que neutralizasse as pulsões de destruição acionadas na interação com o mundo exterior. Sem esse dispêndio amoroso *prodigioso*, mesmo as pessoas que sobrevivam à própria fragilidade, se não tiveram suas necessidades e desejos atendidos, acabam por viver "acompanhadas por um desprazer e pessimismo em relação à vida" (idem, p.58).

Na mesma linha ferencziana de interação determinante entre o bebê e o ambiente, Winnicott (1990c) aponta como agente causador dessas defesas maciças, em vez da pulsão de morte (cuja existência ele nega, como vimos anteriormente), os cuidados primários da fase do narcisismo que não aconteceram. Por isso, haveria a construção de um corpo falível, neutralizado, quebrável, havendo a vivência de um risco de fragmentação constante e de uma forma de agonia impensável.

Por mais expressivos que sejam alguns sintomas neuróticos, há, na neurose, certa estruturação em torno da circulação de afetos intensos, apaixonados e/ou destrutivos envolvendo *sujeitos inteiros*, em disputa amorosa, em rivalidade vitalizante e constitutiva. Muito diversamente, nos casos pré-simbólicos, há falta de estrutura, há alguma desumanização, agonia, medo de desintegração e aniquilamento, estando em jogo a constituição egoica e a inteireza do sujeito.

Ferenczi (1928b/2011) ressalta que Freud nos teria oferecido os primeiros elementos de uma investigação metódica do psiquismo, gerando uma transformação da arte do conhecimento dos homens em uma espécie de profissão - o ofício do psicanalista -, o que poderia resultar em certo tédio e desprazer, dado que a ciência troca o místico e singular por alguma forma de legalidade inflexível. No fundo, o que ele busca acentuar nessa sequência discursiva é que "haverá sempre os artistas de exceção, de quem esperamos os progressos e as novas perspectivas" (idem, p. 29).

Muito da obra ferencziana dirige-se a essa busca, fundada na ideia de que onde houver dor e sofrimento expressos, supressos, silenciados ou encenados no processo analítico deverá o analista tentar ampliar os seus saberes sobre a Psicanálise.

Controverso e polêmico ao aplicar suas noções de técnica ativa, relaxamento e neocatarse, custando-lhe um prolongado período de ostracismo, por outro lado, Ferenczi defendeu que há de vigorar uma disposição ética do analista no sentido de absorver o material que aparece no *setting*, não importa o quão difícil, silente ou esvaziado ele seja.

Os casos clínicos abordados nesta dissertação se relacionam, precisamente, a esta ideia: de que os analistas devem atuar como "artistas de exceção" em certos casos de difícil acesso - no sentido de ampliar as bases rigidamente delineadas na psicanálise clássica para tentar construir o que Ferenczi denomina *progressos e novas perspectivas*.

A construção de um pensamento clínico parte do zelo do analista com a ética e a técnica em Psicanálise, mas também de inquietações daquele que escuta a dor e o sofrimento, ou a anestesia e o desligamento. Parte também de necessidades de ordem prática quanto a lidar com as angústias, mas também com as agonias que aparecem intermitentemente no *setting* analítico.

Muitas vezes, os processos defensivos primitivos acabam por comprometer a própria vivência da experiência emocional pelo analisando e convocam um manejo que possa restituir-lhe, aos poucos, a sua própria capacidade de pensar e sentir os seus processos emocionais. A responsabilidade do analista, segundo entende Ogden (2010), não é com a Psicanálise, mas com o bem-estar do paciente. Ele desmistifica a ideia de que um paciente nos procura em análise "para ser analisado", ressaltando que essa procura se efetiva buscando o paciente fazer um trabalho para "viver de maneira diferente", "de um modo menos atormentado, ou menos solitário, ou menos vazio, ou menos destituído de identidade, ou menos destrutivo, ou menos egoísta" (p.42).

De fato, tais ideias são muito interessantes para nossa dissertação. A demanda de um analisando do *tédio-defesa* e da *apatia-adaptativa* refere-se, muitas vezes, a este pedido de viver "menos destituído de identidade". Como demonstramos no Capítulo 2, as modalidades de defesa escolhidas para o enfrentamento desses traumas originários geram um sentimento de inautenticidade e a sensação de serem esses indivíduos uma fraude ou uma montagem - *destituídos de identidade*, portanto.

Já os sintomas do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento* apontam para o pedido implícito desses analisandos de poderem viver de "um modo menos solitário, ou menos vazio [...] ou menos destrutivo" (OGDEN, 2010, p.42). Eles estariam buscando em análise um trabalho psíquico, de modo que possam construir ou experimentar esse "viver de maneira diferente" com o reconhecimento do que lhes faltou e na busca da revitalização correlata, se possível.

Os sintomas do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, por seu turno, remetem a essa demanda analítica de que eles possam viver uma vida "menos atormentada" ou "menos egoísta" (idem), já que o fechamento em seus mundos individuais pela via do recuo a uma posição de *adolescência congelada* representa a defesa contra a fantasia da invasão e da intrusão que tiveram de carregar ao longo da vida.

Seria, portanto, bastante positivo que o analista pudesse estar sintonizado com cada uma dessas demandas sobre o *viver uma vida diferente*, sem perder de vista que, em algumas situações, o apego ou aprisionamento a regras formais da Psicanálise pode impedi-lo de acessar o aspecto mais humano do seu paciente.

A forma de transferência-contratransferência nesses casos engloba a vivência de uma "experiência emocional perturbadora" que não pôde ser integrada psiquicamente, convocando, por isso, esforços do analista e do paciente para que possam colocar em palavras "o que é verdade para a experiência emocional do paciente" (OGDEN, 2010, p.41). Com o andamento do trabalho psíquico, o analista auxilia na simbolização verbal do vivido e, ao fazê-lo, contribui para a criação de uma experiência potencialmente nova.

Segundo Bion (1962/1994, p.135), a *rêverie* diz respeito a um trabalho de transformação segundo o qual a mãe, em trocas afetivas e em comunicação afinada com o seu bebê, e o analista, na escuta do seu paciente, captam elementos sensoriais, desordenados e ainda não metabolizados, denominadas por ele elementos *beta*. Em sintonia com o bebê ou com o analisando, respectivamente, tal material é devolvido pela mãe ou pelo analista sob a forma de elementos *alfa*, já digeridos e menos assustadores e terrificantes, oferecendo um alívio correlato a essa transformação. O estado de *rêverie* da mãe opera diante da experiência impensável do bebê, como uma comunicação entre eles que permite que seja "sonhada" tal experiência, podendo trazer à cena uma personalidade mais ampla e uma extensão da capacidade de sonhar.

Um analista que se apresente interessado e apto a sustentar os processos de continência e *rêverie*, pronto para receber as experiências passadas e presentes dos analisandos, poderá funcionar como uma espécie de "prótese de aparelho digestivo de pensar", pois atuará em um campo de metabolização de afetos, a fim de que eles possam vir a ser digeridos, sentidos, pensados, sonhados e, se possível, nomeados.

Assim, se um analisando precisa fazer uso de defesas primitivas, projetando no ambiente aspectos de sua realidade psíquica pela via da identificação projetiva, sua análise deve viabilizar o processo de simbolização primária, em presença, para que ele possa encontrar novas formas de comunicação da experiência antes impensável.

O manejo do traumático, do arcaico e do primitivo representa uma jornada que ocorre, muitas vezes, fora do significante. E isso pode ser temeroso para alguns analistas, uma vez que a lógica da interpretação de desejos pouco auxilia nesses casos clínicos quanto à parte clivada do psiquismo, e o analista há de reconhecer, prioritariamente, uma falha ambiental que gerou defesas tanáticas como resposta.

Para Bion (apud Cintra, 2017), o medo do analista de acessar seus próprios sentimentos será um grande impedimento para compreender as comunicações do analisando. Nessa perspectiva, Cintra (2017) sustenta que a figura de um *analista destemido*, capaz de *rêverie*, seria de importância vital para o conceito de empatia, já que, nesses casos, há de se sustentar identificações projetivas entre analisando e analista para que aquele possa se apropriar da experiência emocional.

Na empatia, naturalmente, estão presentes fenômenos introjetivos e projetivos, já que "sentir empatia refere-se ora à habilidade de 'projetar-se para dentro' do mundo de sofrimentos, paixões e sensações do outro, ora à possibilidade de 'trazer para dentro de si' o que o outro está vivendo, colocando-se em seu lugar" (CINTRA, 2017, p.18). Com isso, eliminam-se distâncias entre as duas pessoas, em um estado batizado por Elisa Cintra como um *fenômeno de fronteiras móveis*. A psicanalista adverte sobre os perigos alardeados por Freud acerca do estado de "sentir em uníssono com o outro", já que o Mestre antevia duas possibilidades arriscadas no uso dessa ferramenta: o mergulho da dupla analítica em um estado de indiferenciação não favorável à análise e/ou o apaixonamento como impedimento ao trabalho do pensamento.

Precisamos, pois, encontrar a sintonia fina entre formar aliança terapêutica no campo transferencial pela via afetiva e empática, sem que, como efeito deletério, ocorra a invasão exacerbada das paixões transferenciais a inviabilizar a distância necessária aos trabalhos de luto do analisando e aos trabalhos do pensar e do sonhar da dupla.

Com o passar do tempo, a Psicanálise foi se encaminhando a novas direções e os analistas vêm sendo convocados a lidar mais com a experiência vivida, a capacidade de pensar sobre os próprios afetos dos analisandos, sonhar com eles, e menos com compreensão intelectual do conteúdo simbólico dos sonhos, das associações e do brincar. Relações analíticas permitem esse processo intersubjetivo do pensamento onírico: em vez de evacuar a experiência impensável, aquele que recebe conteúdos desordenados, terrificantes ou esvaziados do analisando pode conter a experiência impensável/não sonhável e devolvê-la já digerida, transformada.

Em casos mais graves de não-neuroses, patologias narcísico-identitárias ou como quer que chamemos esses casos da clínica do vazio, há de se passar uma etapa inicial na qual certo tipo de simbolização deverá ser feito na presença do objeto, para apenas depois poder vir a ser acessada a simbolização secundária - já com vistas à elaboração da ausência do objeto e a narrativa sobre a história do sujeito.

Vamos trilhando, assim, uma Psicanálise que pode vir a ser concebida como espaço potencial e como área intermediária (Winnicott, 1975c), capaz de produzir generatividade psíquica (Christopher Bollas, 1992).

Esses parâmetros e novas perspectivas podem trazer certo desafio, mas não há como pensar em escutar o tédio e a apatia tal qual experimentados pelos pacientes referidos neste estudo se não estivermos abertos a outras modalidades de escuta desse campo do indizível, às vezes inaudível, silencioso ou expurgado.

### 5.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorremos toda essa trilha teórico-clínica para responder àquela pergunta inicial acerca de indivíduos que se encontram apartados deles mesmos, carregando a sensação de que, em suas vidas, faltam eles mesmos e "essa lacuna é tudo" (ASSIS, 1899/2016, p.82). Muitas vezes, eles buscam análise para encontrar algo de genuíno, entender o vazio que os acompanha, construir recursos para fazer face à anestesia, à vivência de inautenticidade e à esterilidade de suas relações afetivas.

Dividimos esta caminhada em cinco vias mais significativas, de modo a abarcar a sintomatologia do tédio e da apatia, buscando as suas origens, os seus contornos próprios, comparando-os a outras entidades nosológicas da Psicanálise e, sobretudo, cuidando dessas manifestações tal qual elas vêm aparecendo em nossas clínicas.

Para tanto, centramos a nossa apreciação em três modalidades de tédio e apatia, as quais nos parecem bastante singulares e aglutinadoras de características próprias. Aprofundando a discriminação da manifestação sintomática, dos fundamentos teóricos e do pensamento clínico pertinente a cada uma dessas modalidades nos Capítulos 2, 3 e 4, partimos para um desfecho que pudesse contemplar a justificativa da escolha dessa tripartição. Esclarecemos, ainda, quais os novos progressos e perspectivas da Psicanálise que entendemos como fundamentais e aplicáveis em tais casos de tédio, apatia, "anorexia de viver" e formas mais diversas de desligamento e vazio psíquico.

Tal trilha foi marcada por diversos tipos de relevos, com vales de silêncio em todas as modalidades de tédio e apatia, lugares inacessíveis à primeira vista em virtude de fraturas traumáticas, ilhas isoladas do continente psíquico e mares turbulentos a serem experimentados pelo analista no *tédio-defesa* e na *apatia-adaptativa*; zonas geladas e glaciais do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, marcadas pelo inverno, pelo branco, pela desvitalização "da vegetação"; e, nos casos do *tédio-protesto* e da *apatia-escudo*, uma trilha envolta em um cenário estático, repetitivo e sem vida ou enfeitado muito artificialmente, frenético, com luzes e cores imaginárias, porém esvaziado. Como desafios no percurso, foram sendo enfrentadas algumas cenas de incomunicabilidade e silêncio, a imersão em áreas de difícil acesso e as constantes tentativas de compreensão dessas formas de agonia psíquica e do manejo mais adequado ou mais produtivo para vitalizar a situação analítica.

Mencionamos também algumas vivências do analista: em relação ao *tédio-defesa* e à *apatia-adaptativa*, a sensação de que, nesses casos, temos de "tatear o silêncio", "ler em *Braille*" e "caminhar com uma lamparina em punho, vagarosamente, ao lado do analisando"; para que ele venha a religar fragmentos perdidos do *eu*, fazendo algum tipo de amarração entre os pedaços incomunicáveis do seu psiquismo através da simbolização, da narrativa e da ressignificação de sua história. Se há o incômodo de construir um lego imenso sem o caderno-guia, a ele se liga a necessidade de sermos um meio maleável para nossos pacientes, funcionarmos como *joão-teimoso* (FERENCZI, 1928) ou um "barco capaz de capotar e descapotar continuamente" (PESSOA, 2016, p. 92) e empatizar com a dor psíquica causada pelo material clivado.

Como já mencionado no *Pensamento Clínico* do Capítulo 2, no *tédio-defesa* e na *apatia-adaptativa*, o analista deve adotar uma escuta ampla, no sentido de *empatizar, afastar o desmentido e não desautorizar a existência do evento traumático* para auxiliar o analisando na simbolização desse material expurgado do seu psiquismo. Além disso, deve criar um ambiente propício a permitir que o sujeito reviva aquilo que não foi possível na época do impacto; ou seja, viver uma *reprodução* da experiência traumática em um ambiente confiável e apto a favorecer alguma narrativa sobre o evento.

No *tédio-branco* e na *apatia-desligamento*, por outro lado, trouxemos a lume a ideia de que há uma necessidade inafastável de construção, reconstrução e geração de novos recursos imaginários. Sustentamos que não haverá revitalização possível desses quadros clínicos pela via do método *di levare*; isto é, se o analista estiver apegado a regras de uma Psicanálise clássica, sem nada crescer à cena psíquica do analisando.

Como dito, um manejo asséptico e distante nesses casos faria com que o analista deparasse com uma cavidade oca e sem conteúdo, marcada por um discurso pobre e pela inacessibilidade ao desejo do analisando. Os manejos não de ser suaves e duradouros, além de profundamente cuidadosos, dada a fragilidade da situação.

Neste ponto, falamos da necessidade de oferta e recepção entre analista e analisando para viabilizar a simbolização primária do abandono e poder desembocar na construção de novas narrativas acerca da história pessoal desses analisandos, usando a teoria de Christopher Bollas (1992) sobre a *generatividade psíquica*. Como novos arranjos psíquicos derivam desse processo criativo de catalogar as experiências vividas com outra estruturação simbólica, daí decorrem novas formas de pensar sobre a ausência e o sofrimento do analisando, mas aparece, igualmente, o lado prazeroso de experimentar uma modalidade inédita de relação objetal, que passa a fazer parte da estrutura mental do paciente, dada a colaboração da dupla para a mesma finalidade.

Escolhemos, para ilustrar a posição do analista, a ideia de Pontalis (2005, p.250) de que, nesses casos, a realidade psíquica ausente, "mais do que ser reencontrada, precisa nascer". Para tanto, na transferência, há de ser criado um espaço potencial para que o imaginário adormecido do analisando vá sendo acordado aos poucos, restaurado ou inventado, permitindo-lhe que possa sonhar em se engajar em projetos e desejar estar em maior atividade no seu mundo. Deverão ser trabalhados os significantes internos do analisando, a serem construídos laboriosamente, com paciência, na companhia do analista, para que possam ser sustentadas novas operações de ligação e paulatinamente suplantados os desligamentos pulsionais marcantes em suas vidas.

Nos casos do *tédio-branco* e da *apatia-desligamento*, postulamos, portanto, a construção de novas temporalidades e espaços potenciais para produzir alguma repercussão na vida desse sujeito afogado em um tédio pesado e incapacitante e em uma apatia imobilizante e corporificada, apostando em algo da ordem de Eros.

No *tédio-protesto* e na *apatia-escudo*, pensamos que a melhor posição a ser adotada pelo analista seria a de desapegar-se dos cânones de uma Psicanálise clássica, adaptando-se a uma análise modificada necessária ao manejo de tais casos, os quais demandam que se freie o uso da interpretação para evitar a vivência de intrusão por parte do analisando e o correlato movimento reativo.

Nesses casos, como as rotas da criatividade e da curiosidade sobre o mundo encontram-se obstruídas e há certa impossibilidade de simbolização da ausência pela criança em decorrência da *superoferta materna* como um elemento patologizante, o

analista há de compreender que existe um comprometimento do fluxo desejante e o uso de mecanismos autocalmantes que servem para modular apenas operativamente a sua angústia, sem maiores investimentos nos objetos exteriores.

Em tais quadros clínicos, precisamos estar preparados para dar continência, mas também lançar mão da *clínica do confronto* (FIGUEIREDO, 2014) para acessar a questão do núcleo do *protesto* e do *escudo*, acolher os movimentos regressivos que acaso se apresentem, permitir que os pacientes *nos usem como objetos* em termos winnicottianos, sobrevivendo aos seus ataques e mantendo-nos vivos e criativos, o que viabilizará uma potencial evolução rumo à criatividade, à integração e à individualização.

Seria um tempo de caminhada e trânsito para uma *potencial independência* de um indivíduo recolhido e "dormente", a fim de que ele possa acessar novas formas de integração de si mesmo, de personalização e até de experimentação de algum prazer nas relações objetais com as pessoas que o circundam. Se vier à tona um movimento regressivo necessário à retomada da caminhada do analisando a partir do ponto em que ela estancou em termos de saúde, o analista poderá oferecer um *setting* favorável a que este estágio de dependência absoluta possa aparecer e ser *cuidado*.

Muitos outros enfoques certamente podem ser usados para a apreciação da intrigante e rica questão alusiva aos manejos clínicos do tédio e da apatia em suas mais variadas formas. O desenvolvimento escolhido neste trabalho teórico-clínico buscou privilegiar a questão da escuta das partes silenciadas dos psiquismos de indivíduos em estado agonizante, próximos a estados de semimorte, anestesiados perante o prazer de viver e se relacionar com as pessoas que com eles convivem.

Buscamos, enfim, abrir um espaço para pensar, construir elaborações teóricas e clínicas que possam nos auxiliar em tão desafiadora escuta psicanalítica, e afastar, ao menos por um espaço de tempo, o silêncio e o vazio que permeiam esses campos psíquicos, colocando-os em evidência, em destaque, para que possamos deles nos ocupar dentro de uma *ética do cuidado*.

À guisa de conclusão, cumpre citar uma frase proferida na obra citada no início deste trabalho (COUTO, 2009), que se relaciona diretamente ao sofrimento desses analisandos, tão entorpecidos, desvitalizados e cansados de viver. O irmão de Mwanito diz, de forma sábia: "NÃO VIVER É O QUE MAIS CANSA."

## REFERÊNCIAS<sup>18</sup>

- ALVAREZ, Anne. **Companhia Viva**: Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 256 f.
- ANTONELLO, Diego Frichs; HERZOG, Regina. A memória na obra freudiana, para além da representação. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 64, p. 111-121, abr. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672012000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- ANZIEU, Didier. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989. 286 f.
- ASSIS, Machado de. **Dom Casmurro**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2016.
- BALINT, Michael. **A Falha Básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 192 f.
- BARTUCCI, Giovanna. **Fragilidade Absoluta**: ensaios sobre a psicanálise e contemporaneidade. São Paulo: Planeta, 2006. 238 f.
- BAUDELAIRE, Charles. **As Flores do Mal**. São Paulo: Martins Claret, 2001. 262 f.
- \_\_\_\_\_. O fio. In: **O Spleen de Paris**: Pequenos poemas em prosa. São Paulo: L e PM Pocket, 2016. 1208 v.
- BAUDRILLARD, Jean. **A Sociedade de Consumo**. Lisboa, Edições 70, 2000.
- BEAUVOIR, Simone de. (1908-1986) Monólogo. In: **A Mulher Desiludida**. (1911). Tradução Helena Silveira e Maryan A. Bon Barbosa. Rio de Janeiro: O Globo, 2003.
- BION, Wilfred. **Estudos psicanalíticos revisados – Second thoughts**. Rio de Janeiro: Imago, 1994, 196f.
- BLEICHMAR, Hugo. **O Narcisismo**: estudo sobre a enunciação e a gramática do inconsciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- BOLLAS, Christopher. **Sendo um Personagem**. São Paulo: Revinter, 1992. 226 f.
- BREUR, J. (1897) Considerações teóricas. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. II, Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- BRUKNER, Pascal. **A Euforia Perpétua**: ensaio sobre o dever da felicidade. São Paulo: Difel, 2002. 242 f.
- CARVALHO, Paulo Roberto de. **Tédio**: o cansaço de viver. Londrina: Eduel, 2014. 172 f.

---

<sup>18</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

CARONE, Marilena. **Freud, Sigmund, Luto e Melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011. 144 f.

CARROL, Lewis. (1865) **Alice no País das Maravilhas**. Tradutor Clélia Regina Ramos. Petrópolis: Arara azul, 2002.

CÉSAR, Fátima Florido. Pérolas aos poucos: o relato de uma adolescência congelada. **Desidades**. Rio de Janeiro, v. 9, p. 10-21, dez. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2318-92822015000400002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2318-92822015000400002)>. Acesso em: 05 set. 2016.

CINTRA, Elisa Maria Ulhôa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein: Estilo e pensamento**. São Paulo: Escuta, 2004. 212 f.

CINTRA, Elisa de Maria Ulhôa. Empatia, identificação projetiva e rêverie: Escutar o inaudível na clínica do trauma. In: \_\_\_\_\_. **Para além da contratransferência: o analista implicado**. São Paulo: Zagodoni. 2017, p. 19-27.

COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. Ferenczi e a experiência da Einfühlung. **Ágora** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 73-85, jan. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982004000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100005)>. Acesso em: 20 dez. 2016. Doi.org/10.1590/S1516-14982004000100005.

COSTA, Gley Pacheco. Psicopatologia psicanalítica contemporânea: clínica do desvalimento. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 89-102, jun. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n2/v42n2a09.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

COSTA, Jurandir Freire. **Razões Públicas, emoções privadas**. São Paulo: Rocco, 1999. 148 f.

COUTO, Mia. **Antes de nascer o mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. 280 f.

\_\_\_\_\_. **Venenos de Deus, remédio do Diabo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. 188 f.

DEUS, Ricardo Telles de. **Um estudo sobre a transferência em Winnicott no caso Piggie**. 2014. 98 f. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/454/1/Ricardo%20Telles%20de%20Deus.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

FÉDIDA, Pierre. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999. 128 f.

FERENCZI, Sándor. (1921) Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise. **Psicanálise III**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1923) O sonho do bebê sábio. In: \_\_\_\_\_. **Psicanálise III**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. 223-224 f. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1924) Thalassa. S. **Psicanálise IV**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1928a) A Adaptação da Família à Criança. **Psicanálise IV**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1929b) Elasticidade da Técnica Psicanalítica. **Psicanálise IV**. 2 ed. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1929) A Criança mal acolhida e sua Pulsão de Morte. In: \_\_\_\_\_. **Psicanálise IV**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1932) Confusão de Línguas entre os adultos e a criança. In: \_\_\_\_\_. **Psicanálise IV**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. Obras completas.

\_\_\_\_\_. (1934) Reflexões sobre o trauma. In: \_\_\_\_\_. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Obras completas.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **Palavras Cruzadas entre Freud e Ferenczi**. São Paulo: Escuta, 1999.

\_\_\_\_\_. A tradição ferencziana de Donald Winnicott Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. **Rev. bras. psicanál**; v. 36, n.4, p. 909-927, 2002. Disponível em: <<http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Ferenczi-Autores/A-Tradicao-Ferencziana-de-Donald-Winnicott.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Modernidade, trauma e dissociação: A questão do sentido hoje. In: \_\_\_\_\_. **Elementos para a Clínica Contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Subjetivação e Esquizoidia na contemporaneidade**: questões metapsicológicas, **Elementos para a Clínica Contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008b.

\_\_\_\_\_. Verleugnung: a desautorização no Processo Perceptivo. In: \_\_\_\_\_. **Elementos para a Clínica Contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008c.

\_\_\_\_\_. Os casos-limite e as sabotagens do prazer. In: \_\_\_\_\_. **Elementos para a Clínica Contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008d.

\_\_\_\_\_. **Cuidado, saúde e cultura**: Trabalhos psíquicos E C. São Paulo: Escuta, 2014. 168 f.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; CANDI, Talya (Org.). **Apresentação, diálogos psicanalíticos contemporâneos**: O representável e o irrepresentável em André Green e Thomas H. Ogden. São Paulo: Escuta, 2015. 448 f.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; COELHO Jr., Nelson. **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise**. São Paulo: Blucher, 2018. 304 f.

\_\_\_\_\_. **Ética e técnica em psicanálise**. 2 ed. São Paulo: Escuta, 2008. 141 f.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 257-278, jun. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 mar. 2018.

FREUD, S. (1940 [1938]) Esboço de psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. (1891) Sobre a concepção das afasias: um estudo crítico. **Obras Incompletas de Sigmund Freud**. Tradução de Emiliano de Brito Rossi. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

\_\_\_\_\_. (1896) Carta 52, Vol. I – Rascunho F: COLEÇÃO III, (15) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1950 [1892-1899]), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I**, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1895) Projeto para uma Psicologia Científica, **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. I**, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. O Ego e o Id. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XX**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1913) O interesse científico da psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIII**, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1893-1895) A psicoterapia da histeria. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. II**, Ed. Imago, 2006

\_\_\_\_\_. (1905a) Psicoterapia. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 6**. Tradutor Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_. (1915), Os Instintos e suas vicissitudes. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1913) O Início do Tratamento. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas de Sigmund Freud, vol. X**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_. (1912). Recomendações ao Médico que pratica a Psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud, vol. X**. Tradutor Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_. (1914) Recordar, Repetir e Elaborar. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas, vol. XX**. Tradutor Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_. (1915) O Inconsciente. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1915) Luto e Melancolia. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1918 [1914]), História De Uma Neurose Infantil. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1920) Além do Princípio do Prazer. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII.** Rio de Janeiro: Imago, 2006.

\_\_\_\_\_. (1926) Inibição, Sintoma e Angústia. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XX.** Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Cristiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Introdução do editor inglês.

\_\_\_\_\_. (1926) Inibição, sintoma e angústia. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas, vol. XVII.** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

\_\_\_\_\_. (1937) Construções em Análise. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XXIII.** Tradução Maria Aparecida Moraes Rego. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FULGÊNCIO, Leopoldo. **Por quê Winnicott?** São Paulo: Zagodoni, 2016. Coleção Grandes Psicanalistas.

GARCIA-ROZA, Luís Alfredo. **Freud e o Inconsciente.** São Paulo: Zahar, 1985.

GIOVANETTI, José Paulo. O tédio existencial na sociedade contemporânea. In: \_\_\_\_\_. **Tédio e finitude: Da filosofia à psicologia.** Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa, 2010.

GOLDBERG, Yael K. et al. Boredom: an emotional experience distinct from apathy, anhedonia, or depression. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 30, n. 6, p. 647-666, 2011.

GREEN, André. **O narcisismo de vida, narcisismo de morte.** São Paulo: Escuta, 1988. 302 f.

GUERRA, Cris. **Muitas.** 09 mai. 2014. Atualizado em 16 mai. 2014. Disponível em: <<http://vejabh.abril.com.br/materia/cidade/muitas-cris-guerra/>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

HAN, Byung-Chul, **Sociedade do Cansaço.** Petrópolis: Vozes, 2010. 80 f.

HERZOG, Regina; PACHECO-FERREIRA, Fernanda. Trauma e pulsão de morte em Ferenczi. **Ágora.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 181-194, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982015000200181&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982015000200181&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 04 set. 2016. Doi.org/10.1590/S1516-14982015000200002.

JOHN, Daniele. **Reinventar a Vida**. São Paulo: Ideias e Letras, 2015. 160 f.

KEHL, Maria, **O tempo e o Cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. 293 f.

KLEIN, Melanie. (1932) O Desenvolvimento Inicial da consciência na Criança. In: \_\_\_\_\_. **Amor, culpa, reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 283-295.

KILEY, Dan. **Síndrome de Peter Pan**. São Paulo: Círculo de Livro, 1983. 240 f.

KLINK, Amyr. **Não há tempo a perder**. São Paulo: Foz e Tordesilhas, 2016. 216 f.

KUPERMANN, Daniel. Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor! In: \_\_\_\_\_. **Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

\_\_\_\_\_. **Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 252 f.

\_\_\_\_\_. A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. **Caderno de psicanálise-CPRJ**, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p. 31-45, 2010.

\_\_\_\_\_. A criança, o infantil e o que o psicanalista (não) sabe. **Estilos clin.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 324-337, dez. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282011000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000200003)>. Acesso em: 03 set. 2016.

LEJARRAGA, Ana Lila. A agressividade em Freud e Winnicott. In: \_\_\_\_\_. **Sexualidade infantil e intimidade**. Rio de Janeiro: Garomond Universitária, 2015a. p. 105-122.

\_\_\_\_\_. **Reflexões sobre a Noção Winnicottiana de Necessidades Egoicas, Sexualidade Infantil e Intimidade**. Brasília: Garomond Universitária, 2015b.

LIPOVETSKY, Gilles. **Os Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004. 129 f.

LISPECTOR, Clarice. **Legião Estrangeira**. São Paulo: Rocco, 1978.

MAIA, Marisa Schargel. **Extremos da alma: Dor e Trauma na atualidade e na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 251 f. (Coleção A lei do desejo).

MALDONADO, Gabriela; CARDOSO, Marta Rezende. O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. **Psicol. clin.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-57, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n1/v21n1a04.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2018. Doi.org/10.1590/S0103-56652009000100004.

MALEVAL, J-C. Os objetos autísticos complexos são nocivos? **Psicol. rev.** Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 223-254, 2009. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167711682009000200014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682009000200014)>. Acesso em: 06 mar. 2017.

MENDES, Murilo. (1925) **Poesias**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1955.

MELLO, Renata; HERZOG, Regina. Trauma, clivagem e anestesia: uma perspectiva ferencziana. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 68-74, dez. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arpb/v61n3/v61n3a08.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2016.

MILNER, Marion. **A loucura suprimida do homem são**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. 300 f.

\_\_\_\_\_. **Estratégias de Investigação em Psicanálise: desconstrução e reconstrução de conhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2000.

\_\_\_\_\_. Depleção simbólica e sofrimento narcísico contemporâneo. **Revista Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 7, jan./fev./mar. 2009, Porto Alegre. Disponível em: <[www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php](http://www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php)>. Acesso em: 04 set. 2016.

MORENO, Maria Manuela Assunção; COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. Trauma, uma falha no cuidar? Diálogo entre Ferenczi e Winnicott. **Psicologia USP**, São Paulo, dez. 2012, 23(4), 707-719. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v23n4/v23n4a05.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017. Doi.org/10.1590/S0103-65642012000400005.

OGDEN, Thomas H. Do que eu não abria mão. In: \_\_\_\_\_. **Esta Arte da Psicanálise: Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. Três formas de pensar. **O Psychoanalytic Quaterly: Artigos Contemporâneos da Psicanálise**, v. I, p. 21-55. São Paulo: Kultur, 2016.

\_\_\_\_\_. **Reverie e Interpretação**. São Paulo: Escuta, 2013.

\_\_\_\_\_. Luto e melancolia de Freud e as origens da teoria das relações de objeto. In: \_\_\_\_\_. **Leituras criativas: Ensaio sobre obras analíticas seminais**. Tradução Tania Mara Zalberg. São Paulo: Escuta, 2014, p. 33-60.

PAIVA, Sílvia Marina de Melo. **Palavra Não-Dita, Palavra Mal(-)Dita**. 31 out. 2017. Disponível em: <<http://napsicanalise.com.br/palavra-nao-dita-palavra-mal-dita/>>. Acesso em: 5 abr. 2018.

PERES, Rodrigo Sanches et al. A noção de representação em psicanálise: da metapsicologia à psicossomática. **Psicol. clin.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 161-174, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00161.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

PESSOA, Fernando. **Livro do Desassossego**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2011.

PHILLIPS, Adam. **Beijo, Cócegas e Tédio: O inexplorado da vida à luz da Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 182 f.

PLASTINO, Carlos Alberto. Winnicott: A fidelidade da heterodoxia. In: BEZERRA Jr. Benilton. **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007, p. 199-228.

PONTALIS, J-B. **A Força de Atração**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 141 f.

\_\_\_\_\_. **Entre o Sonho e a Dor**. São Paulo: Ideias e Letras, 2005. 280 f.

PORTELA, Márcia Mendes. **Qualquer fisga entre Amor e Ódio: Uma leitura da agressividade em Winnicott**. 2008. 124 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em:

<<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15753/1/Marcia%20Mendes%20Portela.pdf>>.

Acesso em: 23 fev. 2017.

PRESSLY, Linda. O que é a síndrome de resignação, a misteriosa doença que só ocorre na Suécia. 27 out. 2017. **BBC Brasil**. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/internacional-41761272>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

RADICE, Roberto. **Estoicismo**. São Paulo: Ideias e Letras, 2013. 304 f.

ROUSSILLON, René. Agonia e desespero na transferência paradoxal. **Ver de Psicanálise da SPPA**, v. 11, n.1, p. 13-33, 2004.

\_\_\_\_\_. A intersubjetividade e função mensageira da pulsão. **Rev Bras Psicanálise**, v. 45, n.3, p. 159-166, 2011.

\_\_\_\_\_. O desamparo e as tentativas de solução para o traumatismo primário. **Rev de Psicanálise da SPPA**, v. 19, n. 2, p. 271-295, ago. 2012.

\_\_\_\_\_. O trauma narcísico-identitário e sua transferência. **Rev Bras Psicanálise**, v. 48, n.3, p. 187-205, 2014.

\_\_\_\_\_. Para introduzir o trabalho sobre simbolização primária. **Rev Bras Psicanálise**, vol. 49, n.1, p. 33-46, 2015.

SAFRA, Gilberto. **A Face Estética do Self: teoria e clínica**. São Paulo: Ideias e Letras, 2015.

SALEM, Pedro. **Do Luxo ao Fardo: um estudo histórico sobre o tédio**. São Paulo: Relume Dumará, 2004.

\_\_\_\_\_. Entre Lirismo e Desespero: variações sobre os sentidos do tédio. **Rev Bras Psicanálise**, v. 51, n. 3, p. 19-35, 2017.

SANIEE, Parinoush. **Escondi Minha Voz**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017.

SEBASTIAN, Charles. **Os Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004. 136 f.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. **Catástrofe e Representação**. São Paulo: Escuta, 2000. 264 f.

SCHOPPENHAUER, Arthur. (1819) **O mundo como vontade e como representação**, § 57 Tradução Jair Barbosa. Seleção e comentários de Daniel B. Portugal. São Paulo: UNESP, 2005. 809 f.

\_\_\_\_\_. **Aforismos para a Sabedoria da Vida**. Tradução Jair Barbosa. São Paulo: Martins Fontes, 1788-1860/2002. 276 f.

SVENDSEN, Lars. **Filosofia do Tédio**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970/2006. 192 f.

TOCQUEVILLE, Alex. 1805-1859. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia e Antropologia para Principiantes: Tertúlias e Sinopses sobre Fatos Sociais**, 2009. Disponível em: <<http://sociologiaparaprincipiantes.blogspot.com.br/2009/02/apatia-apatheia.html>>. Acesso em 5 abr. 2018.

TUSTIN, Frances. **Barreiras autistas em pacientes neuróticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 259 f.

WINNICOTT, Donald W. (1949) Recordações do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade. In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise**, Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1978. p. 313-340.

\_\_\_\_\_. (1950) Agressão e sua Relação com o Desenvolvimento Emocional. In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise**, 1978b. Rio de Janeiro: Francisco Alvez, p. 355-374.

\_\_\_\_\_. (1952) Ansiedade Associada à Insegurança. In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1978c. p. 205-210.

\_\_\_\_\_. (1954) Retraimento e Regressão. In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1978d. p. 427-436.

\_\_\_\_\_. (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: \_\_\_\_\_. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975a p. 153-162.

\_\_\_\_\_. (1969) O Uso de um Objeto e Relacionamento através das Identificações. In: \_\_\_\_\_. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975b p. 121-131.

\_\_\_\_\_. (1951) Objetos Transicionais e fenômenos transicionais. In: \_\_\_\_\_. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975c p. 13-44.

\_\_\_\_\_. (1960) Distorção do Ego em termos de Falso e Verdadeiro *Self*. In: \_\_\_\_\_. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990a p.128-139.

\_\_\_\_\_. (1960) Contratransferência. In: \_\_\_\_\_. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990b p.145-151.

\_\_\_\_\_. (1962) A Integração do Ego no Desenvolvimento da Criança. In: \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990c p.55-61.

\_\_\_\_\_. (1963) Comunicação e Falta de Comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: \_\_\_\_\_. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990d, p. 163-174.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento Emocional Característico da Primeira Infância. In: \_\_\_\_\_. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990e, p. 87-88.

\_\_\_\_\_. A Posição Depressiva. In: \_\_\_\_\_. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 89-103.

\_\_\_\_\_. (1989) O medo do colapso (Breackdown). In: \_\_\_\_\_. **Explorações psicanalíticas**: D.W. Winnicott. Tradução J. O. A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

\_\_\_\_\_. (1961) Psicanálise e Ciência: amigas ou parentes? In: \_\_\_\_\_. **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011a. p. XIII-XVIII. Palestra Proferida na Oxford University Scientific Society, 19 de maio de 1961.

\_\_\_\_\_. (1967) O conceito de indivíduo saudável. In: Tudo Começa em Casa. São Paulo: Martins Fontes, 2011b p. 3-22. Palestra Proferida no Royal Medico-Psychological Association, Psychotherapy and Social Psychiatry Section.

\_\_\_\_\_. (1970) A cura. In: \_\_\_\_\_. **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011c p.105-114.

\_\_\_\_\_. (1968) Sum: Eu sou. In: \_\_\_\_\_. **Tudo Começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011d. p. 41-51.

\_\_\_\_\_. (1969) A Liberdade - Fusão de dois ensaios escritos por volta de 1969. In: \_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2011e p. 237-248.

\_\_\_\_\_. (1960) O Relacionamento Inicial entre uma Mãe e seu Bebê. In: \_\_\_\_\_. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2011f p. 21-28.

\_\_\_\_\_. (1939) Agressão e suas Raízes. In: \_\_\_\_\_. **Privação e delinquência**. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016a, p. 93-110.

\_\_\_\_\_. (1947) Tratamento em regime residencial para crianças difíceis: Crianças sob estresse: experiência em tempo de guerra. In: \_\_\_\_\_. **Privação e delinquência**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016b, p. 59-80.

XAVIER, Marcelo. **Apática**. São Paulo: Formato, 2015. 40 f.

ZLOTNIC, Sérgio. **Baleia azul**. São Paulo: Hedra, 2014. 139 f.