

## “A repetição como recusa: reflexões sobre o lugar do analista hoje”<sup>1</sup>

André Avelar

O trabalho em questão foi ocasionado por um confronto com uma repetição, mais especificamente com a repetição de uma situação de risco – no caso uma tentativa de suicídio – que se repete como um padrão, independente dos progressos, que não são poucos, obtidas por minha analisanda ao longo de seu tratamento. Vou abordar então algumas das manifestações do conceito descrito por Freud como “pulsão de morte” na clínica psicanalítica. A pulsão de morte pode ser pensada por diferentes vertentes ao longo do pensamento freudiano. Enfocarei aqui dois eixos fundamentais, que ressaltam sua função paradoxal: sua faceta de destrutividade e seu aspecto de compulsão à repetição. Seu caráter de destrutividade é expresso frequentemente na clínica a partir da atividade superegógica, uma corrente agressiva de natureza masoquista, uma vez que não pode ser direcionada para o mundo externo em função da exigência do laço social. Freud já frisava que haveria um mal estar inerente à vida em sociedade, uma vez que esta se balizava na ideia da privação da tendência natural do indivíduo à satisfação, processo por ele denominado por ele como princípio de prazer. Dessa forma, o superego, ao invés de funcionar como uma instância protetora, age de forma destrutiva, voltado para o próprio sujeito. A esse respeito comenta Freud:

*“ (...) a necessidade de punição, constitui uma manifestação instintiva por parte do ego, que se tornou masoquista sob a influência de um superego sádico; é por assim dizer, uma parcela da pulsão voltada para a destruição interna (...)”<sup>2</sup>*

Esta destrutividade é expressa, comumente, através do sentimento de culpa. Porém, certas vezes o percebemos na clínica a partir de formas mais mortíferas, a partir da reprodução, permanente, de situações de risco. Esta situação é, sem dúvida, agravada a partir do paradigma contemporâneo, onde o prazer e a satisfação são tomados não como conquistas, mas como imperativos, única forma de inclusão em um certo ideário social. Nessa perspectiva, a prática psicanalítica deve repensar certos preceitos, não com o

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no Colóquio internacional: “Os sistemas binários em questão: as minorias na atualidade”, ocorrido em Setembro de 2009.

<sup>2</sup> FREUD, S. “O mal estar na civilização”. Vol. XXI.

intuito de descartá-los, mas com o objetivo de situá-los dentro de uma lógica gregária marcada por novas vicissitudes.

A estratégica clínica ligada ao mito do complexo de Édipo é tributária originária de um campo epistemológico específico o paradigma romântico do início do século XX.

A ideia de uma prática clínica ligada à ideia da aceitação da castração, da falta, aponta para um percurso extremamente problemático em certas situações com as quais nos deparamos na clínica psicanalítica, ainda mais levando em consideração o lugar destinado à mulher no pensamento freudiano. A esse respeito comenta Birman:

*“Com efeito, de início a sexualidade feminina era sempre pensada a partir da sexualidade masculina, que funcionaria então como seu paradigma e exemplo modelar. As especificidades da figura da mulher foram então apagadas no confronto com o modelo do homem, que se transformou, assim, no paradigma universal da subjetividade humana.”<sup>3</sup>*

Dessa forma, a lógica fálica se caracterizaria como uma lógica da exclusão, uma vez que o binômio masculino–feminino apontaria para uma hierarquização da primeira vertente em relação à segunda.

Porém, mais do que isso, a concepção freudiana da mulher apontaria para uma lógica psíquica na qual esta, em função de sua condição anatômica – a não detentora do falo – ficaria, dessa forma, em uma posição de passividade em relação ao homem. Isto nos permitia concluir que o saber freudiano dotaria o masculino como o pólo sádico (da neurose obsessiva) em oposição ao pólo masoquista (da histeria). Birman, a esse respeito, comenta:

*“O masoquismo seria, portanto, um traço instintivo da mulher, consequência direta de sua posição passiva, que se contraporá à posição ativa da masculinidade”.<sup>4</sup>*

Assim, o que Freud propõe é a existência de uma condição masoquista inerente ao feminino. O fragmento clínico a ser apresentado aqui apresenta a seguinte situação: minha analisanda apresenta uma tendência masoquista que pode, em minha leitura, ser analisada sob prismas diferentes, bases da conceituação freudiana da pulsão de morte:

A) O primeiro, a partir da ideia de uma destrutividade pura, condição expressa sob uma lógica masoquista, que, por sua vez, encontraria eco na perspectiva freudiana a respeito do feminino.

---

<sup>3</sup> BIRMAN, J. “Gramáticas do erotismo”, 2001.

<sup>4</sup> Idem, pg. 192.

B) O segundo, enxergarmos os fenômenos clínicos da pulsão de morte a partir da noção da “compulsão a repetição”, isto é, em função da repetição presente na clínica como uma recusa ao instituído, como uma insistência que levaria o psiquismo – e o próprio trabalho psicanalítico – a um permanente *devoir*, a um processo de revisão permanente de seu funcionamento.

Minha opção, sem dúvida, será por esta segunda alternativa, mais atraente do ponto de vista da clínica, uma vez que nos permite uma positivação do sofrimento do analisando, com o intuito de enxergar nele a possibilidade de uma transformação. A primeira opção, em contrapartida poderia nos levar a uma estagnação, pensar em um sujeito cujos caminhos destrutivos apontariam para trajetórias onde restaria muito pouco a ser feito.

Em suma, pensar a pulsão de morte pelo prisma da compulsão à repetição significa tomar as situações de risco vividas por minha analisanda como uma recusa a um certo “estado de coisas”. Isto nos permitira um distanciamento face à tendência ao masoquismo presente na lógica freudiana centrada no falo. Além disso, pensar a pulsão de morte sob o viés de uma recusa apontaria, sem dúvida, para uma oposição importante ao instituído também no âmbito do mundo externo e não apenas do mundo interno. O sofrimento, assim sendo, significaria uma forma de protesto frente à forma pela qual nossa sociedade funcionaria na perspectiva contemporânea. A esse respeito, comenta Maria Rita Khel:

*“A depressão, como sintoma social, é aquilo que resiste – ao imperativo do gozo, à fé na felicidade consumista, à própria oferta de possibilidades de traição da via desejante.”<sup>5</sup>*

Vamos agora ao caso clínico:

O caso R.

### **Breve histórico:**

R. foi criada por pais humildes, mas cultos (principalmente seu pai), que sempre enfatizaram a questão de sua educação. R., mesmo tendo estudado em escolas não muito boas em sua infância, conseguiu, após muito estudo, passar para uma importante e concorrida escola pública na zona sul do Rio de Janeiro. Depois, seguindo sua intensa rotina de estudos, passou para duas universidades, as quais cursou concomitantemente. Nesse período, R. começara a se queixar de depressão, passando a iniciar sua trajetória tratamento psiquiátrico (nunca acertaram com precisão seu diagnóstico, hora a tomavam

---

<sup>5</sup> KHEL, M. R., “O tempo e o cão: a atualidade das depressões”, 2009.

com bipolar, ora com “border line”, a mim, R. sempre me soara como marcada por uma neurose muito grave, de traços histéricos). R., na verdade, dizia que começara a sentir uma “tristeza profunda” a partir do término de seu segundo grau. Dizia que nessa época vivia uma “vida perfeita”, pois tinha amigos e namorado da zona sul, vivia pelos bairros da região, sentindo-se plenamente realizada. Mas após esse período, afirmou que cada um de seus amigos seguiu seu caminho, e R. ficara desamparada, nunca tendo voltada a ter momentos tão intensos.

Paralelamente, R. diz que teve uma criação extremamente liberal (mas que hoje tem enxergado a coisa de forma diferente, mais sob o prisma de um desamparo). Tem relatado uma série de situações erotizadas que vivera com colegas e até mesmo um estupro – disse que um garoto com a qual ficava teve reações com ela sem que tivesse condições de reagir, uma vez que estava entorpecida por álcool e drogas. É claro que tais situações possuem a marca da ambivalência, uma vez que se colocava perto dessas situações. Porém, sempre registrara o quanto era sofrido para ela não sentir qualquer abertura para contar nada para seus pais: sua mãe era a mãe da eficiência, mas sem muita vinculação; seu pai, mais afetivo, estava muito pouco presente por conta de seu trabalho. Atualmente tem tentado se aproximar, sendo um dos principais colaboradores de seu tratamento.

R., por sua vez, tem uma irmã, mais velha, que sempre foi considerada uma referência para ela. Sua irmã fizera mestrado, emendara no doutorado e se mudara para São Paulo, onde passara a morar com seu atual marido, o qual fora seu namorado desde os 16 anos. Paradoxalmente, na adolescência, sua irmã fora alguém com muita inveja de R, principalmente em função de suas relações amorosas. R., muito bonita em sua adolescência, tinha uma série de namorados ou pequenos casos. Sua irmã, por sua vez, era gorda e teve apenas um namorado, com quem veio a se casar. R. relata com muito sofrimento o fato de sua irmã haver denotado certo prazer ao vê-la obesa, fato concomitante com o agravamento de seu quadro.

R. diz que sempre fora comparada com sua irmã, principalmente no tocante à questão acadêmica, fazer o mestrado para ela, por exemplo, era uma questão de honra.

Outra questão que R. se comparava era quanto à sua autonomia, mais especificamente à sua saída de casa. R. se casara aos 19 anos. Vivia de uma bolsa que ganhava de um estágio que fazia na faculdade, somada ao dinheiro da bolsa de mestrado de seu marido. Relata que, alguns meses após o casamento, perdera a bolsa em função da Ong que a concedia ter sido desativada por questões políticas. O declínio financeiro abalou o já

frágil equilíbrio daquela relação. R. começara a se drogar e a ter relações com outros homens, enquanto seu marido mostrava-se completamente alheio, perdendo por completo o interesse na relação. Foi nessa época que R. começara a se deprimir e começara a entrar em seu circuito toxicomaniaco, cercado de um sem número de internações. Chegara a ficar um ano inteiro praticamente internada, pulando de instituição em instituição. Suas internações tinham uma fórmula, repetida de forma contínua, ao longo de alguns anos. Briga com a família, uso de drogas (muitas vezes ficava no morro a noite inteira, se prostituindo para conseguir drogas, ou simplesmente tendo relações com traficantes por opção; dizia que era um momento em que se esquecia de si, e isso dava-lhe, juntamente com a droga, um alívio momentâneo). Dizia também que passava a noite no morro com um outro propósito: o de adiar seu retorno, certo, à internação.

### **Progressos e perigos:**

R., já há algum tempo, através de um longo trabalho de psicoterapia (está em análise há cerca de uns cinco anos), em parceria com um tratamento psiquiátrico, vem reconstruindo sua vida. Tem diminuído consideravelmente seus episódios com as drogas, as chamadas recaídas, e quando ocorrem, dão-se de forma esporádica, não acompanhadas de outras situações de risco, decorrentes de sua permanência na favela.

R. passou a construir uma relação sólida com um amigo de outrora. Hoje fazem planos; eles estão noivos e ele está comprando uma casa para morarem daqui a uns dois anos.

R. fora convocada para um concurso que fora aprovada há cerca de dois anos atrás. Atualmente está trabalhando como professora em duas escolas do estado. Conseguiu restituir sua matrícula no mestrado que, em função de suas sucessivas internações, havia expirado.

Se ligou à religião, fato que, segundo R. tem-na ajudado muito a “estar limpa”, assim como a tem permitido construir novas relações, que não sejam sinônimos de uso de drogas.

Contudo, todo esse progresso paradoxalmente parece lançá-la em um mar de cobranças e exigências: começa a fazer uma série de atividades paralelas para preencher sua vida, sempre mais do que seus limites psíquicos – e físicos – parecem aguentar.

Paralelamente tais atividades parecem ser uma saída desesperada para dar conta das angústias inerentes à sua vida. Sua mãe, aquela mulher eficiente, pouco afetiva, mas

“pau pra toda obra” atualmente se mostra deprimida, pensando em morte, sem forças para exercer a função de outrora. R. passa com isso a se desestruturar. Recentemente, ao vê-la dessa forma, saiu de casa com o namorado, completamente desequilibrada. Ao discutirem, R. se jogou na frente dos carros com o propósito de acabar com sua vida. Dias depois tentou o suicídio a partir da ingestão de medicamentos. Em minha impressão, todos esses momentos de passagens ao ato representam tentativas desesperadas de se livrar do sofrimento inerente à vida e, ao mesmo tempo, são formas de tentar cumprir exigências absolutamente pesadas, sem que R., internamente, não construísse uma estrutura interna capaz de dar conta de tais objetivos. Seu namorado, em uma das tantas reuniões de família ocorridas em meu consultório, entreviu em um diálogo entre R. e seu pai.

- Espera aí... Deixa ver se eu entendi... Vocês estão decidindo como ela vai acordar pra ir pro trabalho depois de amanhã? Mas ela tentou se matar há dois dias! Essa combinação de vocês não faz o menor sentido!

Dessa forma, acredito que, independente das evoluções do quadro de R., há uma repetição das situações de risco – manifestas vias tentativas de passagens ao ato – que, a meu ver, apontam para dois elementos fundamentais:

A) Primeiro, uma cobrança interna desmedida, em função de atividade superegóica feroz. Mesma atividade que a coloca em situações de risco total. Um exemplo, segundo suas palavras:

- Uma vez bebi uma lata de cerveja, recaí. Uma vez tendo recaído, passei a noite no morro, pois tudo estava perdido e resolvi terminar o que havia começado antes da minha reinternação.

B) Uma dificuldade de entrar em contato com suas próprias incapacidades, o que a impede certas vezes de pedir ajuda quando está, internamente, no limite.

Vamos agora pensar em algumas proposições teóricas que nos ajudarão a pensar sobre a insistência do fenômeno da repetição e articular esta noção com um fenômeno que possui uma relação íntima com o social.

A responsabilidade dos artigos assinados é dos seus autores.