

Marion Minerbo

Neurose e não neurose

2ª edição



Blucher

NEUROSE E NÃO NEUROSE

Marion Minerbo

2ª edição

Revisão técnica

Isabel Botter

Luciana Botter

Neurose e não neurose

© 2019 Marion Minerbo

Editora Edgard Blücher Ltda.

1ª edição – Casa do Psicólogo, 2009

2ª edição – Blucher, 2019

Imagem da capa: gravura de Marion Minerbo e foto de Michele Minerbo

SÉRIE PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coordenador da série Flávio Ferraz

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Bonie Santos

Produção editorial Isabel Silva, Luana Negraes e Mariana Correia Santos

Preparação de texto Ana Maria Fiorini

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto Antonio Castro

Capa Leandro Cunha

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme

5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua*

Portuguesa, Academia Brasileira de Letras,

março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação

na Publicação (CIP)

Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Minerbo, Marion

Neurose e não neurose / Marion Minerbo. –
2. ed. – São Paulo : Blucher, 2019.

320 p. (Série Psicanálise Contemporânea / Flávio Ferraz, coord.)

Bibliografia

ISBN 978-85-212-1464-9 (impresso)

ISBN 978-85-212-1465-6 (e-book)

1. Neuroses 2. Psicanálise 3. Psicopatologia
4. Teoria psicanalítica I. Ferraz, Flávio. II. Título.
III. Série.

19-0600

CDD 616.852

Índice para catálogo sistemático:

1. Neurose e não neurose: Teoria psicopatologia psicanalítica

Conteúdo

Introdução 11

PARTE I

Neurose e não neurose 19

1. Psicopatologia psicanalítica: notas críticas 21

2. A escuta analítica 35

3. Neurose e não neurose: estrutura psíquica 61

4. Neurose e não neurose: psicogênese 131

5. Neurose e não neurose: da clínica à teoria 193

PARTE II

Não neurose: prospecções 215

6. Barulho. Silêncio. Trabalhando com os ecos da pulsão
de morte 217

7. Figuras e destinos do sofrimento não neurótico 239

8. Compulsão a comprar	263
------------------------	-----

PARTE III

A não neurose e o contemporâneo	285
--	-----

9. Miséria simbólica e sofrimento não neurótico	287
---	-----

Figuras	302
---------	-----

Referências	307
-------------	-----

1. Psicopatologia psicanalítica: notas críticas

O termo “psicopatologia” tem ressonâncias médicas; a psiquiatria identifica, descreve e busca causas para entidades nosológicas relativas ao psíquico. Quando se fala em psicopatologia psicanalítica, contudo, estamos em terreno completamente diferente. Tais diferenças precisam ser colocadas em evidência antes de nos aventurarmos no tema deste livro, neurose e não neurose – que, afinal, poderiam ser tomadas como “entidades nosológicas”.

O psicanalista aborda a psicopatologia por dois caminhos diferentes: (1) como estrutura ou organização psíquica referida à metapsicologia. A referência a pulsões, angústia, conflitos e como o eu-instância organizou suas defesas são centrais para entender os sintomas e o sofrimento psíquico. A organização psicopatológica é descrita de três pontos de vista: econômico, dinâmico e tópico. E (2) como forma de subjetividade. Aqui, a referência é mais processual: o processo de subjetivação supõe, logo de saída, a presença do objeto enquanto outro-sujeito, cujo modo de presença pode facilitar ou dificultar o processo de tornar-se sujeito. A psicopatologia é pensada como forma de sofrer ligada a limitações, mais ou menos

importantes, no uso do potencial e da criatividade psíquica, do acesso ao prazer, e da liberdade interna para fazer escolhas verdadeiras e significativas. São níveis de descrição diferentes, complementares, que podem ser usados conforme o contexto, conforme a necessidade.

* * *

Estudarei duas formas de subjetividade que se desenham claramente no campo da psicopatologia psicanalítica: a subjetividade neurótica e a não neurótica. Essa organização bastante ampla do campo da psicopatologia foi sugerida por Green (2002), em seu livro *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Ali, afirma ele ter sido a partir das contribuições de Melanie Klein e seguidores que o campo das indicações terapêuticas se ampliou, passando a incluir a não neurose; pauta-se por um modo de funcionamento psicótico mais ou menos circunscrito – desencadeado por situações de angústia –, que pode ser encontrado nas mais variadas estruturas psíquicas, inclusive na psicose. Diferentemente de Klein, que abriu mão da noção de estrutura quando passou a falar em funcionamento psicótico da mente, Green, como muitos pós-freudianos, não a dispensa: articula produtivamente a ideia de estrutura (a metapsicologia) às contribuições kleinianas (as relações de objeto e as “posições”). Dessa articulação, surge sua proposta, adotada neste livro, de organizar o campo da psicopatologia em neurose e não neurose. (Se bem que criticarei mais adiante o “neuroticocentrismo” que a classificação permitiria supor – a neurose como norma, e as demais formas de subjetividade como desvio –, já que, ao se trabalhar com a noção de *formas de subjetividade*, o que se recusa é precisamente estabelecer uma hierarquia entre elas).

À primeira vista, trabalhar com a noção de não neurose parece pouco útil na clínica, por ser excessivamente genérica. Há, contudo, uma boa razão metapsicológica para isso. A não neurose abrange todas as configurações psíquicas em que predominam os distúrbios na constituição do narcisismo – tanto as perturbações no investimento libidinal do *self* (conjunto de representações ou imago de si mesmo) quanto das fronteiras e funções do ego. A neurose inclui as formas de subjetividade em que predominam dificuldades no campo do objeto do desejo. Essa terminologia será desenvolvida nos Capítulos 3 e 4, quando estudarei a constituição do aparelho psíquico em seus dois eixos: narcísico e objetal.

A não neurose abarca os quadros que têm sido denominados estados-limite, dos quais o *borderline* pode ser visto como paradigma. Fazem parte dessa forma de subjetividade todas as patologias relacionadas aos problemas na constituição do Eu, qualquer que seja a maneira pela qual aquela subjetividade tenha se organizado/desorganizado diante da angústia narcísica: compulsões e adições, distúrbios alimentares, patologias do vazio de feitio melancólico, patologias do ato coloridas por diversos tipos de violência, somatizações, perversões e uma gama de apresentações, chamadas por Freud de neuroses narcísicas e neuroses de caráter. Essa razão metapsicológica justifica, a meu ver, a organização proposta por Green, apesar de sua amplitude.

A subjetividade não neurótica inclui, naturalmente, a psicose propriamente dita. Este estudo excluirá a psicose por duas razões: por sua especificidade e por não ser tão frequente na clínica de não especialistas.

Falar em termos de *neurose e não neurose* pode sugerir que tomo a neurose como paradigma, inclusive da normalidade – os normoneuróticos. A não neurose seria a forma de subjetividade na qual não encontramos os elementos que caracterizam a neurose: algo falhou, algo não está presente.

Essa ideia não faz sentido para o psicanalista: cada cultura determina formas de subjetividade prevalentes e também as formas de sofrer que lhe são consubstanciais. Como veremos no Capítulo 9, acredito que a neurose é a forma de subjetividade paradigmática de uma civilização marcada por instituições fortes, como eram as do século XIX, aurora da Psicanálise. Já a não neurose é a forma de subjetividade produzida em/por uma cultura cujas instituições estão fragilizadas, como a nossa. É provável que a própria Psicanálise tenha tido seu papel no declínio progressivo da crença nas instituições e suas narrativas, e no surgimento de uma nova sensibilidade cultural, de novas formas de se representar o mundo e a si mesmo (chamada pós-modernidade).

Se, apesar dessa crítica, mantenho a oposição neurose/não neurose é por referência à história da Psicanálise. A neurose foi a primeira estrutura psíquica a ser analisada e compreendida metapsicologicamente. Quando começou ser estudada, a não neurose foi comparada ao que se conhecia. É apenas nesse sentido que a neurose pode ser tomada como paradigma.

* * *

A psicopatologia psicanalítica – a forma de sofrimento psíquico determinada por certa maneira de apreender o mundo – é consubstancial à cultura na qual/por meio da qual aquela subjetividade se constitui. Entenda-se “cultura” no sentido amplo: a cultura de

uma dupla (cada dupla mãe-bebê tem sua cultura), de uma família, de um grupo, de uma civilização. O inconsciente materno, e depois as instituições, oferecem os símbolos mediante os quais a criança vai “ler” o mundo, atribuindo-lhes sentido. A criança internaliza essas significações e, em seguida, a própria função simbolizante, que cria novos símbolos. É o processo de subjetivação.

O sofrimento psíquico decorre de como cada um “lê” o mundo e a si mesmo e de como se organiza/desorganiza diante disso. Em um mundo pautado pela produtividade, um homem que perde o emprego pode ver a si mesmo (e ser visto) como um fracassado – o que será fonte de sofrimento narcísico. Se esse sofrimento for excessivo, pode mobilizar os mecanismos de defesa x, y ou z. Na tentativa de manter uma autorrepresentação de potência, ele pode se tornar violento. Estamos já em terreno psicopatológico.

* * *

Não é demais repetir que a psicopatologia psicanalítica não designa entidades nosológicas que podemos encontrar na natureza, mas modalidades de sofrimento produzidas por certa forma de apreender o mundo – por certa matriz simbólica – e de reagir a essa apreensão. Lembremos que uma cultura é o conjunto de formas simbólicas e representações por meio do qual o sujeito apreende o mundo. *Isso nos ajuda a responder à velha questão: há novas patologias psíquicas, ou são as mesmas patologias com outras apresentações?*

O delírio costuma ser usado como exemplo de sintoma cuja estrutura não se altera; muda o conteúdo, sua patoplastia. De fato, do ponto de vista psicanalítico, o delírio é a resposta possível à violência do sem-sentido; é criação psíquica de um sentido para a

experiência emocional *fora* das significações oferecidas pela cultura. Dessa perspectiva, o que não se altera no delírio é sua “natureza” de dissenso simbólico.

Há, porém, formas de ser e de sofrer cuja determinação cultural (penso tanto nas formas simbólicas quanto nas representações instituídas) é evidente, como veremos nos Capítulos 8 e 9. Da perspectiva das formas simbólicas, a neurose parece ser consubstancial a uma cultura em que o laço simbólico é excessivamente tenaz, impedindo a relativização das representações instituídas. A análise visa a afrouxar um pouco esse laço para que os significantes sejam ressignificados. A não neurose, ao contrário, parece ser consubstancial a uma cultura marcada pela insuficiência da função simbolizante em todos os níveis. A análise busca restituir ou mesmo construir esse laço, de modo a criar uma rede de representações capaz de conter a pulsão.

A Psicanálise, por fim, não “descobre novas patologias”: reconhece novas formas de ser e de sofrer e lhes dá um nome, para que passem a fazer parte do campo da psicopatologia psicanalítica.

* * *

O sujeito adoecer e se cura na intersubjetividade. Com mais rigor, é o campo intersubjetivo que adoecer ou se cura.

Uma mãe relativamente frágil pode se fragilizar mais diante da violência das identificações projetivas defensivas do filho, tornando-se mais patogênica. Cria-se um círculo vicioso, em que a criança se vê obrigada a mobilizar defesas cada vez mais radicais. Na relação com a mãe, essa criança apresentará um comportamento

francamente patológico, ao passo que em outra relação ela pode ser, literalmente, outra criança.

Quem está doente, do ponto de vista psicanalítico?

A criança? A mãe? O “sujeito doente” é a relação que se estabelece entre elas. Essa relação será internalizada pelo indivíduo, transformando-se em uma identificação. Agora, é a relação entre o sujeito e seus objetos internos que está doente. Partindo dessa matriz intrapsíquica, relações intersubjetivas patológicas serão estabelecidas com outros objetos. A criança será agressiva com a tia, com a vizinha, com a professora, com outras crianças, porque é sempre do “mesmo objeto” que se trata. A relação com o mundo se torna patológica.

A relação patológica com o mundo se atualizará no campo transferencial. A transferência supõe que o intrapsíquico, que se repete em diferentes contextos, irá se repetir também com o analista. Ali, o círculo vicioso patológico intersubjetivo, para o qual o analista inicialmente contribuirá, como o objeto primário o fez, terá, em um segundo momento, a possibilidade de ser interrompido. Só então novas matrizes relacionais poderão ser criadas no campo transferencial-contratransferencial e internalizadas.

Sujeito e objeto, cada um com seu repertório psíquico, code-terminam o campo intersubjetivo que, por sua vez, determinará o modo de ser de cada um. Diferentes campos intersubjetivos tendem a fazer surgir aspectos distintos de cada um dos sujeitos envolvidos, embora haja traços de caráter que se repetem em qualquer contexto. Radicalizando: somos pessoas diferentes com interlocutores diferentes porque cada objeto *solicita ativamente*, a partir de seu próprio inconsciente, alguns dos modos de ser de nosso repertório psíquico, e não outros. E, dialeticamente, o sujeito participa na criação do objeto com o qual se relaciona.

Vê-se como, de um ponto de vista rigorosamente psicanalítico, não faz muito sentido dizer que João, um *borderline*, “é mais doente” do que José, um neurótico. O neurótico pode sofrer muito mais do que o *borderline*, a ponto de inviabilizar sua vida. Já este último pode conseguir amar e trabalhar, se seu objeto contribuir para poupá-lo de angústias que o fariam descompensar. Veremos, no Capítulo 8, uma analisanda *borderline* relativamente organizada graças à sociedade de consumo.

Percebe-se a que ponto o prognóstico depende do encontro com o objeto externo (Capítulo 7) e de como este resiste, ou não, a cocriar/participar de um vínculo patogênico.

* * *

Falar em psicopatologia é falar em sintomas. E o que seria um sintoma, do ponto de vista psicanalítico? No campo da neurose, Freud ofereceu uma definição metapsicológica: é a formação do inconsciente produzida pelo retorno do recaiado. No campo da não neurose, não cabe falar em retorno do recaiado, pois as defesas utilizadas para fazer face à angústia são outras. Quando eficientes, eliminam ou diminuem a angústia, mas cobram por isso. Seu uso excessivo produz “mutilações” no aparelho psíquico que se manifestam na vida: limita, restringe e empobrece a existência, marcada por sua repetição. Esse estreitamento do campo vital pode ser fonte de sofrimento.

Nesse aspecto, poderíamos usar o termo “sintoma” em um sentido amplo, e sempre de uma perspectiva metapsicológica, referindo-o às restrições, às limitações e às repetições que a manutenção das defesas – qualquer defesa, neurótica ou não – impõe ao sujeito psíquico.

A inibição neurótica da vida pulsional é um sintoma, uma vez que limita o campo vital e decorre do uso maciço do recalque. Do lado da não neurose, a adição a drogas ou o engalfinhamento cotidiano com um objeto tão odiado quanto necessário também podem ser considerados sintomáticos se a existência se reduziu ao consumo de drogas ou à guerra conjugal.

* * *

Os sintomas apresentam tanto uma dimensão negativa quanto uma positiva. A dimensão negativa diz respeito a impossibilidades psíquicas – funções psíquicas ou experiências emocionais que não estão ao alcance daquele psiquismo, isto é, que são inconcebíveis. Costuma-se falar da dimensão negativa do sintoma como déficit. É como se aquele psiquismo não tivesse um determinado software instalado: simplesmente não há matriz simbólica para aquela experiência. Há pessoas que não conhecem o sentimento de preocupação com o objeto. Outras não concebem a complexidade do objeto. Outras, ainda, não concebem a alteridade.

A existência de um terceiro objeto, “o outro do outro”, pode não ter qualquer tipo de registro psíquico para certas formas de subjetividade.

O sintoma tem uma *dimensão positiva*, pois o sujeito psíquico *cria* uma forma de vida a partir do *software* disponível, ou a partir das defesas utilizadas. Na clínica, partimos necessariamente daquilo que se apresenta em sua positividade. Se o sujeito concebe o objeto como onipotente – forte, capaz de tudo, sem falhas nem necessidades –, não há por que se preocupar com ele: o objeto pode ser maltratado sem dó. Ou, então, se o sujeito concebe o objeto como exclusivamente bom ou exclusivamente mau, sua

complexidade está fora de questão: veremos o vínculo oscilar brutalmente do amor ao ódio, e vice-versa.

Outros exemplos ajudam a perceber a dimensão positiva do sintoma. Se alguém “lê” o objeto como espoliador, pode se afastar para se proteger, o que resulta em uma forma de existência do tipo “bicho do mato”. Ou, ao contrário, o sujeito estará em guerra constante contra a ameaça que ele representa, resultando em uma forma de existência “briguenta”. Se alguém “lê” o mundo como um deserto emocional, desvitalizado, sem esperanças, pode encontrar na droga uma saída para sua depressão. Se a proximidade com o objeto é engolfante, mas a distância produz desamparo, veremos o sujeito construir sua existência em uma posição impossível: “Ruim com ele, pior sem ele”.

A dimensão positiva do sintoma resulta da maneira singular pela qual o sujeito *“lê” o mundo e reage a essa leitura*. É o que se apresenta na clínica, é o que podemos ver, é aquilo sobre o que o analisando fala. Sem ela, não podemos entrar em seu mundo subjetivo, vê-lo através de seus olhos; não poderemos conversar com ele “de dentro” e ter alguma chance de sermos ouvidos. Por exemplo, não adiantaria nada dizer ao “bicho do mato” que ele deve sair de casa e ter mais contato com as pessoas. Precisamos entender que, se é essa sua leitura do objeto, só lhe cabe viver escondido e protegido. Se ele não puder ver o objeto de outra forma, não poderá abandonar sua posição defensiva.

Quando o psicanalista considera apenas a dimensão negativa do sintoma, quando vê o sintoma apenas em termos de “disfunção”, corre o risco de perder a posição ética de neutralidade, adotando uma postura pedagógica ou ortopédica: “Você não consegue perceber que as pessoas não estão te explorando”, ou: “Não sou assim como você vê”. O analisando, com toda razão, se sentirá criticado.

* * *

Elemento valioso para que o analista possa fazer um diagnóstico psicopatológico é o ponto de vista *genético* da metapsicologia. É importante saber como se dá, em tese, a constituição do aparelho psíquico, e como se deu hipoteticamente em determinado caso (as construções em análise). Há, contudo, fundamentadas críticas ao ponto de vista genético.

Uma das perspectivas, que podemos chamar de *desenvolvimentista*, supõe que a constituição do aparelho psíquico depende de condições ambientais favoráveis, e que falhas conjunturais produzem “paradas no desenvolvimento”. O psiquismo é visto como uma planta mirrada, que não se desenvolveu de acordo com seu potencial natural porque naquele solo faltaram elementos vitais. Dessa perspectiva, o desenvolvimento psíquico insuficiente ou incompleto torna-se uma questão *quantitativa*: pouca água, psiquismo primitivo. Corresponderia à dimensão negativa do sintoma – um *déficit* –, como vimos.

Entretanto, a perspectiva desenvolvimentista não dá conta da complexidade dos processos envolvidos na psicogênese. O panorama se amplia muito quando pensamos em termos de *processo de subjetivação*. Passamos do modelo da planta mirrada para o da plantação de uvas destinadas à produção de vinho. A diversidade de vinhos não se explica por uma questão quantitativa – mais ou menos água –, mas por uma questão *qualitativa*: o tipo de água e de solo, as oscilações de temperatura e incidência de sol e ventos que contribuíram para gestar aquela uva. A mesma uva plantada em lugares diferentes produz vinhos diferentes. A mesma uva, no mesmo solo, resulta em vinhos diferentes de ano para ano. Percebe-se que há muito mais em jogo do que “falhas ambientais”: há características ambientais, cada uma produzindo vinhos com

“subjetividades” diferentes. As características ambientais correspondem aos vários objetos em meio aos quais nos subjetivamos, isto é, à maneira pela qual transformamos, internalizamos e nos identificamos com esses objetos. É o que chamei, anteriormente, de dimensão positiva do sintoma.

Quando se fala em falhas ambientais precoces, é preciso caracterizá-las. A função alfa exercida pelo objeto primário falhou em transformar que tipo de angústia? Que representações esse objeto tinha de si mesmo, da criança e do mundo? O que o sujeito, em sua constituição precoce, efetivamente viu e ouviu? O que ele percebeu nas entrelinhas do discurso parental? O que ele captou sem entender? O que excedeu sua capacidade de processamento? E, claro, como ele transformou, a partir de si próprio, tudo o que percebeu? Uma mãe pode ser ótima com bebês, mas ter dificuldade com crianças de 2 a 3 anos. Pode aceitar muito bem a crescente autonomização da criança, mas não sua sexualidade. Esse caldo cultural fornece a matéria com base na qual se darão as *identificações* e, com elas, a *singularidade* de cada sujeito psíquico.

Percebe-se a diferença entre a perspectiva desenvolvimentista do aparelho psíquico e a da constituição da subjetividade por meio das identificações no seio da cultura. As duas são importantes e se inter-relacionam. Prefiro, no entanto, descrever a *posição subjetiva ocupada por um analisando em um certo momento* a falar em termos de *déficit* ou de parada no desenvolvimento, pela boa razão de que diz mais de seu modo singular de ser e de sofrer. O “retrato psíquico” é mais nítido.

A teoria psicopatológica tem duas faces: uma voltada para a clínica, isto é, para a apreensão do universo subjetivo do analisando; outra, voltada para a metapsicologia, o que nos permite compreender como seu psiquismo cria aquele universo subjetivo singular em que ele se move. Este livro sobre psicopatologia psicanalítica pretende apresentar a clínica e a metapsicologia de duas grandes formas de subjetividade: a neurótica e a não neurótica.

Freud precisou inventar um alfabeto e uma gramática (a metapsicologia) para poder falar de um objeto de estudo até então inexistente: a psique. Termos como “inconsciente”, “recalque”, “pulsão”, “identificação” e “ego” nomeiam elementos constitutivos do aparelho psíquico e seu funcionamento. Outros autores também criaram conceitos metapsicológicos. Klein (1946) falou em identificação projetiva e objetos internos. Kohut (1972) cunhou o termo *self*-objeto. Bion (1961) falou em função alfa. E assim por diante. Veremos tudo isso em detalhes no Capítulo 3.

Os conceitos metapsicológicos não são observáveis na clínica, mas são imprescindíveis para compreender a ordem de sua determinação. Sem psicopatologia – e esse é um problema que tenho identificado em vários grupos de formação em psicanálise –, tende-se a uma escuta rasa. O pensamento metapsicológico vai se rerefazendo, até se tornar meramente psicológico.



Este livro oferece uma visão de conjunto de dois grandes territórios da psicopatologia psicanalítica: o sofrimento neurótico e o não neurótico. Procura contribuir para a formação do psicanalista, entendida como processo por meio do qual a teoria estudada é metabolizada e apropriada numa relação visceral e indissociável do fazer clínico. Teoria e clínica se iluminam reciprocamente: os anos de experiência da autora têm mostrado que, sem clínica, a teoria é letra morta; sem teoria, a clínica é uma aventura arriscada.

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-1464-9



9 788521 214649

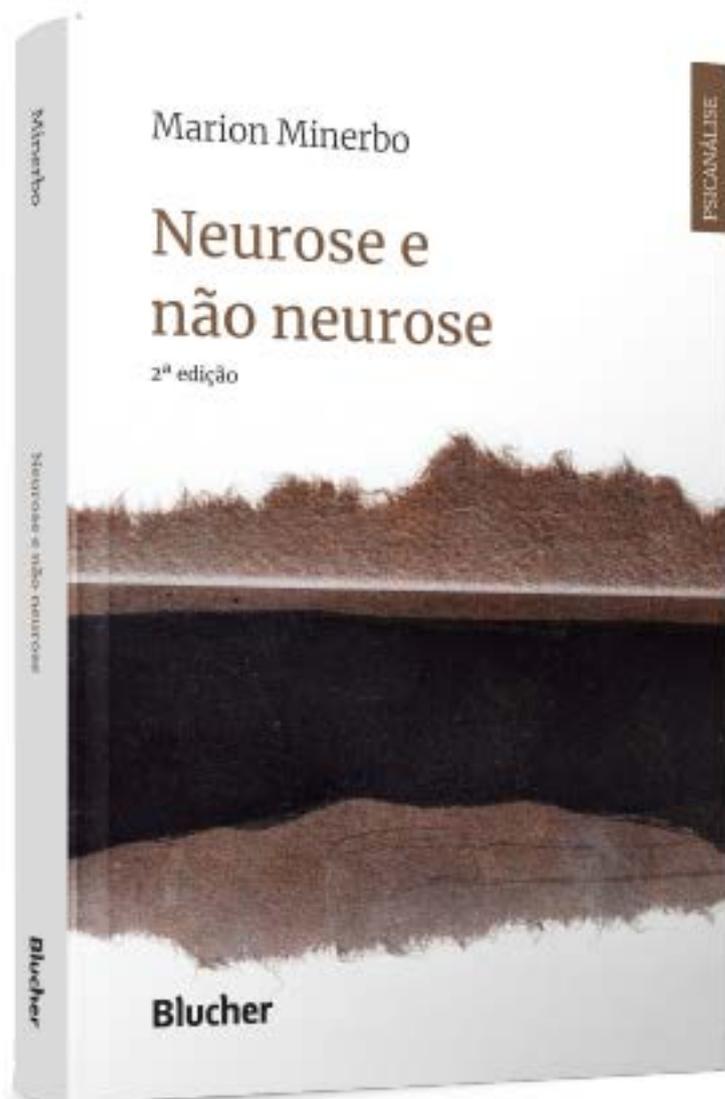
série

PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coord. Flávio Ferraz

www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

VEJA NA LOJA

Neurose e Não Neurose

Marion Minerbo

ISBN: 9788521214649

Páginas: 320

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2019

Peso: 0.406 kg
