

Organizadores

Julio Verztman

Regina Herzog

Teresa Pinheiro

De Narciso a Sísifo

Os sintomas compulsivos hoje



Blucher

DE NARCISO A SÍSIFO

Os sintomas compulsivos hoje

Organizadores

Julio Verztman

Regina Herzog

Teresa Pinheiro

De Narciso a Sísifo: os sintomas compulsivos hoje

© 2023 Julio Verztman, Regina Herzog, Teresa Pinheiro (organizadores)

Editora Edgard Blücher Ltda.

SÉRIE PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coordenador da série Flávio Ferraz

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Jonatas Eliakim

Produção editorial Kedma Marques

Diagramação Thaís Pereira

Capa Laércio Flenic

Preparação de texto Samira Panini

Revisão de texto Ana Maria Fiorini

Imagem da capa Istockphoto

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

6. 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

De Narciso a Sísifo: os sintomas compulsivos hoje / coordenado por Flávio Ferraz ; organizado por Julio Verztman, Regina Herzog, Teresa Pinheiro. – São Paulo: Blucher, 2023.

274 p. (Série Psicanálise Contemporânea)

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-807-8

1. Psicanálise 2. Comportamento compulsivo I. Ferraz, Flávio II. Verztman, Julio III. Herzog, Regina IV. Pinheiro, Teresa

23-0712

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

Conteúdo

Apresentação	11
<i>Julio Verztman</i>	
<i>Regina Herzog</i>	
<i>Teresa Pinheiro</i>	
1. Da clínica à teoria: o percurso de um grupo de pesquisa em psicanálise	17
<i>Teresa Pinheiro</i>	
<i>Diane Viana</i>	

2. Da neurose obsessiva às compulsões contemporâneas:
as hipóteses de pesquisa 47
Julio Verztman
Thais Klein

3. O “sem noção” e os problemas no âmbito do ser 75
Diego Sanzana
Ramon Reis
Carolina Ruggeri
Julia Borges
Regina Herzog

4. “Eu já tô morta, eu só esqueci de deitar” 105
Ana Carolina Cubria
Bárbara Cesário Navega
Constança Pondé
Teresa Pinheiro

5. Há movimento no deserto? Uma discussão sobre a reação
terapêutica negativa, formas de regressão e manejo 127
Roberta Vinhaes
Diane Viana
Bárbara Andrade
Natalia Romanini
Julio Verztman

6. O sujeito, o muro, o mundo: o ritual obsessivo-compulsivo
como defesa contra a psicose 151
Roberta de Oliveira Mendes
Cristina Martins Tavelin
Elaine Pinheiro
Selena de Araújo Leite Caravelli
Julio Verztman
7. Cenas de um teatro (im)possível 173
Thais Klein
Fernanda Landeira
Luiza Leite
Teresa Pinheiro
8. O trabalho de supervisão e a clínica
partilhada do NEPECC 201
Julio Verztman
9. De Narciso a Sísifo: um panorama
de casos heterogêneos de compulsão 233
Bárbara Andrade
Diego Sanzana
Regina Herzog
- Sobre os autores 265

1. Da clínica à teoria: o percurso de um grupo de pesquisa em psicanálise

Teresa Pinheiro

Diane Viana

O NEPECC (Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade) nasceu como um grupo de pesquisas em 2002, a partir de um acordo entre o Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica e o Instituto de Psiquiatria, ambos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ao longo desses 20 anos de existência, realizou 3 grandes projetos de pesquisa teórico-clínicas, atendeu e acompanhou longitudinalmente muitos pacientes e participou da formação de inúmeros pesquisadores.

Desde seus primeiros passos esse grupo abraçou o desafio de construir uma forma original de fazer pesquisa psicanalítica na universidade, a qual vem sendo aprimorada e consolidada como método clínico e de investigação. A cada novo projeto renovamos o compromisso com o desenvolvimento da aliança entre terapêutica, pesquisa e formação de estudantes-pesquisadores.

Premissas e modo de funcionamento da equipe

A formação desse núcleo de pesquisa se deu a partir da reunião de algumas premissas fundamentais. A primeira delas é a de que um sintoma não corresponde diretamente a um tipo específico de organização ou dinâmica psíquica. Esse fundamento é baseado na formulação de Sándor Ferenczi (1914/2011) em “O homoerotismo: nosologia da homossexualidade masculina”. Nesse texto o autor, pela primeira vez na psicanálise, demonstra como o sintoma não responde a um determinado tipo de organização psíquica e pode estar presente nas mais diferentes formas de ordenação do psiquismo, se contrapondo, assim, às postulações freudianas apresentadas nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1905/1996), em que a homossexualidade tinha vínculo direto com a estrutura perversa. É por esse pressuposto ferencziano que as pesquisas do NEPECC partem de estudos com pacientes que apresentam um determinado sintoma, para a partir daí investigar a problemática e os desdobramentos clínicos que orbitam em torno do mesmo. Nesse sentido, tínhamos como pressuposto que os sintomas não necessariamente mantinham uma linha direta que os unisse a uma única maneira do sujeito estar no mundo. Nos interessava mais como os acordos de sintoma poderiam atender a defesas diferentes, a modos diferentes de subjetivação.

A segunda premissa é de que o NEPECC deveria funcionar a partir da escuta de pacientes atendidos pela equipe. São as questões oriundas dessa clínica que devem orientar os seminários de estudo e a bibliografia a ser trabalhada. Desse modo, a construção do referencial teórico ao qual o grupo se debruça a cada semestre é determinada pelas questões que a clínica nos exige. Aqui é a clínica que desenha a busca teórica, e não o contrário. Dependendo da etapa da investigação, o aporte conceitual é mais delimitado e circunscrito, mas, nos momentos preliminares de indagações provenientes

dos atendimentos clínicos, o recurso exploratório do campo teórico-conceitual pode ser largamente utilizado, comumente extrapolando as fronteiras da psicanálise e se estendendo para os campos da filosofia, antropologia, sociologia, história e áreas afins.

A terceira premissa repousa na existência de um dispositivo de validação externa, ou seja, de um espaço para que a pesquisa possa ser confrontada por profissionais externos ao grupo. Visando a esse aspecto, o NEPECC organizou vários encontros em que determinados colegas foram convidados a discutir alguns resultados da pesquisa e, até mesmo, impasses teóricos com os quais os membros do grupo se viram confrontados. Assim, esses encontros impediram o risco de uma produção teórica entrópica, proporcionando, muitas vezes, novas direções de trabalho. Objetivamos, com isso, evitar o fechamento em torno de nossos pressupostos, exercitar a capacidade da equipe de transmitir os achados da pesquisa a interlocutores externos que possam lançar luzes para pontos cegos ou inconsistentes, manter a equipe aberta para eventuais correções de rota ou de pontos pouco explorados. Desses debates ricos e instigantes nasceram novos projetos de pesquisa.

Ao todo realizamos até aqui sete encontros fechados da equipe com vinte participantes externos convidados, nos quais colegas brasileiros e estrangeiros contribuíram com aportes importantes aos nossos rumos teóricos e às nossas discussões clínicas. Alguns desses eventos ficaram conhecidos como os “Encontros de Itatiaia” (NEPECC, 2003, 2004, 2005, 2015), porque nos reunimos na cidade serrana de Itatiaia (RJ), como em um retiro de estudos em meio à natureza, onde o convívio distante de nossa habitual sala de reuniões, aliado a momentos agradáveis de socialização e acolhida aos colegas convidados, proporcionou uma atmosfera especial de trabalho e novos insights.

Outros encontros ocorreram na própria cidade do Rio de Janeiro, associados a instituições parceiras (NEPECC, 2009, 2011, 2012, 2018a, 2018b). Além disso, organizamos dois colóquios abertos ao público com a apresentação de trabalhos derivados de nossas pesquisas junto de professores externos convidados. Na ocasião da vinda de professores estrangeiros, como os psicanalistas Marie-Claude Lambotte (NEPECC, 2003, 2004) e René Roussillon (NEPECC, 2013), organizamos, para além de nosso encontro interno, conferências abertas.

Como quarta premissa, o NEPECC estabeleceu que deveria ser um centro de produção bibliográfica significativo e de fácil acesso a qualquer pesquisador externo. Nesse sentido, muitos artigos dos membros da equipe baseados nas pesquisas desenvolvidas, desde que autorizados pelos editores, encontram-se disponíveis no site do NEPECC.¹ Dois livros que foram produzidos com o apoio do PRODOC/CAPES e distribuídos gratuitamente no formato impresso estão também disponíveis em formato digital em nosso site: o primeiro deles, de 2012, intitulado *Sofrimentos narcísicos* (Verztman et al., 2014) e o segundo, de 2014, *De Édipo a Narciso: a clínica e seus dispositivos* (Herzog & Pacheco-Ferreira, 2014). Ambos contam com artigos de nossos membros sobre as pesquisas realizadas e, também, com textos de pesquisadores convidados, que colaboraram com as discussões de validação externa às nossas investigações.

A quinta premissa era que o NEPECC deveria ser um centro de formação de pesquisadores. Desse modo, desde a sua criação contamos com a participação de alunos de graduação – muitos com bolsa de iniciação científica – que participam de todas as atividades: seminários, supervisão e encontros. A esses é exclusivamente dedicada a realização de um grupo de estudos, o qual é

1 <http://nepecc.psicologia.ufrj.br/>

conduzido no esquema de revezamento por um colega pesquisador mais experiente. A entrada de novos alunos de graduação e iniciação científica é sempre ensejada, oportunizando a atividade de pesquisa aos jovens estudantes e, ao mesmo tempo, garantindo à equipe um novo ciclo de renovação.

Já passaram pelo NEPECC 26 alunos de graduação, a maior parte com bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), sendo que: 19 destes seguiram para a realização de uma pós-graduação; 25 mestres e mestrandos; 19 doutores e doutorandos, sendo que 15 destes se tornaram professores; 8 doutores; e 5 pesquisadores médicos ou psicólogos.

Atualmente a equipe é composta de 3 coordenadores, 2 pós-doutores, 3 doutores, 4 doutorandos, 2 mestres, 4 mestrandos, 3 psicólogos e 6 alunos de graduação em iniciação científica. Diversos níveis de formação profissional são reunidos em nosso grupo, e esta heterogeneidade proporciona a articulação entre o fazer pesquisa e o compromisso com a formação teórico-clínica de nossos pesquisadores.

Vale dizer que as pesquisas individuais de iniciação científica, mestrado e doutorado guardam em relação às pesquisas do NEPECC sempre alguma articulação, de modo que as investigações se retroalimentam. Esse núcleo de pesquisa funciona como uma espécie de “guarda-chuva” de inúmeros projetos de seus colaboradores. Esse funcionamento em rede se dá não apenas no entrelaçamento das pesquisas, mas principalmente na forma deste grupo *fazer pesquisa*. Poderíamos dizer que essa é a marca registrada do NEPECC. Expliquemos melhor as tramas dessa rede.

Desde sua fundação, todos os integrantes se reúnem semanalmente em encontros de duas horas. A agenda de trabalho é dividida entre seminários teóricos, supervisões dos casos atendidos e discussões clínicas. Em momentos de conclusão de pesquisa essa

agenda também inclui a preparação de material para publicação de resultados (artigos, livros, colóquios).

Concomitantemente aos estudos teóricos, alguns pesquisadores do grupo se dedicam também aos atendimentos dos pacientes da pesquisa em curso. Cada analista-pesquisador fica responsável por um caso clínico e se compromete por pelo menos dois anos à frente da condução do tratamento.

A supervisão dos casos é realizada em média na periodicidade de bimestral pelos três coordenadores em reunião de equipe com todo o grupo presente, que acompanha de perto o caminho terapêutico de cada paciente da pesquisa. É importante ressaltar que, embora os atendimentos sejam individuais e conduzidos por um determinado analista do grupo, os pacientes são *da pesquisa* e não *do colega* em questão. Uma série de razões nos levaram, assim, a nomear nosso método de trabalho de “clínica partilhada”:² um projeto teórico-clínico gestado em modo de partilha em equipe; supervisões em grupo; construção coletiva no modo de conceber a prática e o próprio enquadre clínico; discussão sobre efeitos transferenciais diversos, dada a especificidade da inserção “partilhada” do paciente, que é, ao mesmo tempo, paciente de outros serviços (nossas fontes de encaminhamento), do NEPECC e do analista que o atende; análise dos desdobramentos dessa especificidade de trabalho sobre os casos atendidos, sobre a prática dos analistas, sobre os efeitos que os casos geram na equipe e vice-versa.³

No decorrer das investigações é comum que o cronograma da ementa teórica que orienta nosso estudo seja alterado para receber inclusões bibliográficas decorrentes de questões advindas das

2 Sobre nossa metodologia de pesquisa e a noção de clínica partilhada, consultar: Verztman, Pinheiro, Saceanu & Viana (2006); Verztman (2013); Verztman & Viana (2014).

3 Para um maior detalhamento de cada um desses tópicos, consultar: Verztman, J. & Viana (2014).

supervisões clínicas partilhadas, bem como a supervisão de um caso não raro lança luz sobre outro da mesma pesquisa.

Breve histórico das pesquisas realizadas

O estudo acerca das novas subjetividades – tanto no que se refere às suas condições históricas de emergência quanto à forma como elas aparecem na clínica – foi desde o princípio o campo de interesse para o qual o NEPECC dirigiu seus esforços de pesquisa. A forma como o grupo situou seu recorte de investigação na vastidão desse território clínico-conceitual se deu a partir da explicitação de um modelo narcísico-melancólico, para a partir e por meio dele pensar as dinâmicas psíquicas envolvidas em determinados casos paradigmáticos, do que se convencionou chamar como a clínica da atualidade. Podemos dizer que essa tem sido uma ferramenta de leitura fundamental que perpassa as três grandes pesquisas realizadas até o presente momento pelo grupo.

A proposição de um estudo a partir da metapsicologia da melancolia e do modelo do narcisismo (Pinheiro, 1999, 2002) se constituiu pelo entendimento de que os balizadores teóricos e clínicos que sustentam o modelo das psiconeuroses não mais serviam para dar conta das manifestações subjetivas e psicopatológicas da contemporaneidade. Foi preciso focalizar o modelo narcísico, em contraposição ao modelo histórico, para nos aproximarmos técnica e teoricamente dos casos que desafiavam o dispositivo analítico freudiano da tríade associação livre – escuta flutuante – interpretação.

No extenso rol dos quadros clínicos ou sofrimentos psíquicos denominados por uma diversidade de nomeações, advindas desde a primeira geração de pós-freudianos até as recentíssimas designações psicopatológicas, entre eles os “pacientes difíceis”, os “casos-limites”, as “personalidades narcísicas”, os “somatizadores”

etc., a tônica depressiva era comumente observada nesta pluralidade de configurações.

Assim como a clínica, os estudos socioculturais que embasavam nossa leitura histórica das formas contemporâneas de sofrimento apontavam para a consideração da depressão como o sintoma cultural de nossa época. A narrativa desse sofrimento orbitava em torno de um corpo poliqueixoso ou de um transtorno com a autoimagem; de uma relação de “achatamento” da temporalidade, com imensa dificuldade de se projetar no futuro; construção fantasmática mais próxima de uma cena parada (Pinheiro, 1999, 2002), rareamento de sonhos e atos falhos, pouca presença da dimensão do sexual em contraposição a uma acentuada angústia *de e sobre* existir.

Foi assim que a retomada do modelo melancólico em Freud passou a ganhar relevo como ponto de partida da formação desse grupo de pesquisa, ao lado do arcabouço teórico-clínico freudiano, e estudos posteriores em torno dessa temática, como o trabalho de Abraham e Torok (1995), de Julia Kristeva (2002) e as pesquisas em torno da melancolia de Marie-Claude Lambotte (1997, 2000). A metapsicologia da melancolia ganhou, então, um relevo importante para a análise dos casos que se aproximavam pela semelhança na sintomatologia mencionada no trecho anterior, ainda que apresentassem uma gama múltipla e diversa de configurações subjetivas.

Feito esse breve histórico da referência teórico-conceitual, cabe agora uma pequena retomada do que foi o pontapé inicial da primeira pesquisa clínica realizada pelo grupo alguns anos depois. Em 1998, ainda antes da constituição do NEPECC, a convite do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL) em Recife, Teresa Pinheiro realizou uma apresentação aos colegas pernambucanos

sobre sua pesquisa acerca da melancolia e as novas subjetividades. A equipe da Dra. Gilda Kelner, então presente, identificou semelhanças entre as descrições da melancolia e o histórico de pacientes portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) atendidas em hospitais gerais de Recife. Ficaram evidenciadas a partir dessa interlocução as funções que o corpo e a doença somática podem desempenhar em determinadas configurações subjetivas.

Tais dados preliminares conduziram à hipótese de que as pacientes lúpicas apresentavam características em comum com o modelo narcísico que vinha sendo pesquisado, cujo principal paradigma seria a melancolia.

Desse modo, o projeto de pesquisa que deu início às atividades do grupo se intitulou “Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: estudo clínico comparativo sob a ótica da psicanálise”. Esse estudo teve como objetivo analisar a aproximação entre nossas propostas teórico-clínicas acerca da melancolia e das patologias narcísicas e a história de alguns pacientes portadores de LES.

Recebemos em tratamento psicanalítico pela nossa equipe 11 pacientes⁴ divididas em duas subamostras, uma constituída por pacientes com diagnóstico de LES encaminhadas pelo serviço de colagenoses do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ) e outra por pacientes com história de pelo menos 2 episódios depressivos (consideradas melancólicas pela equipe), encaminhadas pelo ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

As análises do material clínico da pesquisa se deram em torno de três balizadores,⁵ quais sejam: (1) a relação com o tempo; (2) a

4 Dada a incidência do LES ter prevalência em pessoas do sexo feminino, esta pesquisa recebeu exclusivamente pacientes mulheres.

5 O leitor pode ter acesso às análises completas dessa pesquisa consultando: Pinheiro & Verztman (2003); Pinheiro, Verztman, Venturi et al. (2006); Pinheiro, Verztman & Barbosa (2006); Verztman et al. (2007).

relação com o corpo (imagem de si e olhar do outro); e (3) a narrativa e transferência (lugar do analista). Essa pesquisa, iniciada em 2002, teve duração de quatro anos, embora os atendimentos a alguns de seus pacientes tenham se estendido para além disso.

Guardadas as devidas diferenças entre os casos estudados, podemos dizer que alguns aspectos dessa clínica (Verztman & Pinheiro, 2012) se destacaram. O corpo como protagonista principal do sofrimento, apontando para acidentes narcísicos importantes, cujas consequências recaíram sobre uma constituição vacilante da unidade corporal e da área da certeza de si (Ferenczi, 1913/2011; Pinheiro & Viana, 2011). A vivência da dimensão corporal marcada pela dor e pela doença foi, para muitas dessas pacientes, o único território possível para atestar a sua existência como sujeito. Sua experiência temporal indicava uma hipertrofia do presente, com grandes lacunas da história pessoal progressiva e muita dificuldade de se representar no futuro. A narrativa predominantemente empregada tinha uma característica imagética, unívoca e sem polissemia, muito próxima da objetividade. A nomeação de sentimentos e atributos não comparecia em seus discursos, revelando uma sensação permanente de exterioridade de si e do mundo. O modelo transferencial era menos aquele pautado na clássica aceitação da neurose de transferência freudiana e mais um solo quicá passível de construção de si mesmo a partir da convocação do olhar do analista.

A questão do olhar adquiriu nuances importantes nessa pesquisa. Retomamos brevemente aqui duas delas. Percebemos a recorrência nas pacientes pesquisadas da sensação de transparência, como se seus pensamentos, sentimentos e todo seu mundo interno fossem transparentes ao olhar do outro. Isso se coaduna com a constatação da ausência da dimensão de segredo na vida desses sujeitos, indicando para um processo de exteriorização subjetiva bastante pregnante nesses casos. *Quem sabe de mim é o outro,*

poderíamos pensar como uma formulação representativa dessa realidade psíquica.

Algumas vinhetas extraídas dessa clínica são bem ilustrativas: “vim aqui pra você falar de mim”, diz uma paciente endereçando à analista um pedido de atribuição de qualificações e sentidos, ao mesmo tempo uma suposição de que a mesma pudesse dela tudo saber. Outra paciente que acabara de iniciar o tratamento diz: “Como a senhora *sabe*, doutora, eu não sou de me encostar em ninguém”; ou, ainda, uma terceira relata: “como a senhora pode *ver*, eu sou assim... deprimida. Tenho dificuldades de me relacionar com as pessoas”. Como se num relance a analista pudesse *saber, ver, falar sobre* a paciente que se apresenta, e até mesmo constatar “a verdade” absolutamente evidente que dela emana, tão transparente e cristalina quanto vidro e água, como fica evidente no exemplo a seguir.

A paciente chega na sessão, senta-se à frente de sua analista e pergunta: “A senhora está notando alguma coisa?”. Diante da dificuldade da analista de “notar alguma coisa” a paciente, decepcionada, levanta a manga de sua camisa e mostra o pulso até então coberto pela roupa, dizendo: “perdi meu relógio”. Consideramos essa “cena analítica” muito ilustrativa da sensação de transparência psíquica e externalidade subjetiva que encontramos nesta pesquisa.

A outra nuance importante de retomar aqui, ao lado dessa noção de transparência psíquica, é a requisição do olhar do outro com função atributiva. Essas pacientes, além de serem elas mesmas espectadoras da própria vida, colocam o analista na posição de observadores. Seja por intermédio de um discurso imagético-parnasiano (Pinheiro & Martins, 2001), seja também por essa convocação de serem olhados e cuidados. A esse respeito discutimos, em diversos outros trabalhos (Pinheiro, 2003, 2014; Pinheiro & Viana, 2011; Verztman & Pinheiro, 2012), a função do analista como testemunha

de uma construção narcísica, podendo, assim, funcionar como polo de apropriação de sentidos para o paciente.

Muitos anos dedicados ao estudo da melancolia e a casos como esses que acabamos de mencionar nos levaram à problemática da culpa e da vergonha. Em um dos encontros do NEPECC com a psicanalista Marie-Claude Lambotte, na discussão clínica sobre casos, esta levantou a questão da vergonha. A discussão aparece a partir da afirmativa de Freud (1917/1996) de que os melancólicos não tinham vergonha das autoacusações que proferiam contra si próprios. Lambotte nos lança a questão: a vergonha comparece no discurso do sofrimento desses pacientes deprimidos que estávamos apresentando ou não?

Alguns pacientes narcísico-melancólicos que atendíamos não eram alheios à questão da vergonha, mesmo que apresentassem a mesma configuração que a melancolia clássica descrita por Lambotte. Surgiu nesse momento a dúvida de como a vergonha se manifestava nos casos atendidos nessa primeira pesquisa, incluindo as pacientes por nós consideradas como francamente melancólicas. As pacientes lúpicas principalmente traziam muitas vezes a questão da vergonha como um sentimento muito sofrido. Essa indagação trazida no Encontro de Itatiaia (NEPECC, 2004) por Lambotte nos levou a separar em dois grupos os pacientes que apresentavam a queixa da vergonha e os que não apresentavam, e a procurar também se existiriam outros sintomas diferenciais entre eles.

Essa indagação inaugurou um novo direcionamento de pesquisa para nós. As questões acerca da transparência e da exteriorização das subjetividades, que já eram um dos pontos centrais de nossos achados clínicos, ganharam, assim, uma nova inflexão na articulação com a noção de vergonha e todas as suas derivações que se seguiram a partir desse estudo.

A célebre assertiva freudiana (Freud, 1917/1996) de que o melancólico é capaz de afirmar as piores coisas de si próprio sem sentir vergonha não parecia se confirmar em casos de depressão não melancólica. Enquanto para os melancólicos o sofrimento central orbita em torno da culpa e das acusações superegoicas, para os pacientes gravemente deprimidos da atualidade a vergonha aparecia como queixa central em sua narrativa. Nossa hipótese se organizou, então, em torno da vergonha como um conceito analisador das diferenças entre algumas formas de depressão, e a melancolia.

Tínhamos clareza da ausência de vergonha nos quadros tipicamente melancólicos que atendíamos, e da presença de um projeto de alcançar a absoluta transparência perante o mundo. Contudo, além desse marcador diferencial importante, entendemos, a partir da clínica de nossas pesquisas, que a vergonha também comparecia como um índice de sofrimento narcísico em outras organizações subjetivas da contemporaneidade. Para essas outras configurações psíquicas, qual seria o lugar que a vergonha ocupava? E que outras relações possíveis poderíamos encontrar entre a vergonha e a ideia de transparência?

Foi assim que nasceu o segundo projeto de pesquisa do NEPECC, intitulado “Tratamento psicanalítico da fobia social” e voltado para atender sintomas relacionados com o sentimento de vergonha. Com início em 2007, recebemos nesse projeto 11 pacientes em tratamento, vindos já com o diagnóstico psiquiátrico de fobia social ou encaminhados com a autodesignação de pessoas tímidas. Dessa vez o estudo comparativo foi estabelecido entre timidez e fobia social, tendo como contraste a ausência de vergonha na melancolia.

Adentramos nessa temática explorando estudos de autores pós-freudianos de correntes heterogêneas (Avrane, 2007; Ciccone & Ferrant, 2009; Green, 2003; Miller, 2003; Tisseron,

1992; Zyggouris, 1995) e ampliamos nosso escopo de leitura incluindo uma recorrida a estudos de historiadores, sociólogos e filósofos (Benedict, 1946/1989; Debord, 1997; Dodds, 1988; Ehrenberg, 1998; Gaulejac, 1996; Giddens, 2002; Sennett, 2004; Williams, 1997). Encontramos uma farta bibliografia nessas áreas vizinhas de saber e chegamos à análise de importantes discussões sobre, por exemplo, o que seriam as culturas da culpa e as culturas da vergonha (Benedict, 1946/1989; Verztman, 2005; Williams, 1997). Esses estudos nos orientaram historicamente para pensar os balizadores da constituição da subjetividade na atualidade e de alguns de seus modos de padecimento psíquico centrados na experiência da vergonha, ao contrário daqueles centrados na culpa e dívida neurótica da modernidade.⁶

Insígnias culturais contemporâneas, como o estímulo à superexposição da intimidade (Giddens, 2002), a necessidade permanente de exposição da autoimagem e atuações performáticas de autodesempenho vinculados a uma cultura do espetáculo (Debord, 1997), são apenas alguns dos fatores implicados em uma profunda transformação das sociedades ocidentais que engendrou a produção do sujeito envergonhado, acometido de constante sentimento de insuficiência e inadequação (Ehrenberg, 1998; Verztman, 2005).

A dissociação entre vergonha e honra⁷ na contemporaneidade insere a conduta vergonhosa muito mais ao lado do déficit e da insuficiência pessoal ante expectativas ideais de desempenho do que como um sentimento moral de desonra. Daí a presença de um

6 Como consequência dessa investigação nos debruçamos também sobre o tema da reparação e suas possibilidades no âmbito da experiência analítica. Chegamos, a partir dessa reflexão, ao estudo de referências da filosofia e da psicanálise acerca da noção de perdão e suas vicissitudes correlacionadas à culpa e à vergonha. Para mais esclarecimentos, consultar: Verztman (2012).

7 Sobre a articulação entre vergonha e honra, ver: Benedict (1946/1989) e Williams (1997).

componente narcísico ressaltado na experiência vergonhosa dos sujeitos na atualidade. O surgimento do diagnóstico psiquiátrico de fobia social e a alta prevalência dessa doença nas sociedades atuais apontam para a transformação da vergonha em sintoma (Pinheiro, Verztman, Venturi & Barbosa, 2006).

A pesquisa teórico-conceitual e o início dos atendimentos a esses sujeitos levaram-nos à formulação da hipótese de que a experiência da vergonha se expressava em duas vertentes: a vergonha vivida como embaraço e a vergonha vivida como humilhação⁸ (Verztman, 2014). A primeira tem na ideia de embaraço um sinal de alarme contra o perigo de sentir vergonha, com uma função antecipatória protetiva. Chegamos a supor que nesses casos haveria uma “hipertrofia do embaraço” (Verztman, 2014), dada a intensidade com que o sistema de alarme se ativa contra a possibilidade de viver uma situação de exposição ao olhar supostamente crítico e depreciativo do outro. Uma das pacientes relatava não gostar de andar de ônibus, pois ao sentar sentia-se imediatamente exposta como em uma vitrine que seria vista por todos do lado de fora. Sua fantasia persecutória era de que protagonizaria uma cena ridícula, o que causava enorme angústia que acompanhava seus permanentes esforços para não chamar a atenção. Outra paciente sofria terrivelmente se tivesse que comer fora de casa, gerando um sentimento excessivo de exposição e o conseqüente medo de rejeição. Atividades banais, como andar de transporte coletivo e se alimentar em ambientes públicos, eram suficientes para desencadear um profundo sentimento de transparência ao olhar do outro, seguido de ansiedade e medo.

A segunda – vergonha como humilhação – comporta a presença de uma experiência real de rebaixamento, de se sentir humilhado pelo outro ou por seus próprios ideais. Um de nossos

8 Para a distinção entre embaraço e humilhação consultar: De la Taille (2002).

pacientes – gravemente fóbico e deprimido – foi alvo de intensa rejeição e segregação na infância pelo fato de ter problema de visão e usar óculos. Ao contrário do sujeito embaraçado, esse que foi alvo de humilhação por uma característica que corresponde à sua imagem não organiza a mesma defesa antecipatória diante da ameaça de sentir vergonha, ele sofre pela *vergonha de ser* (Ciccone & Ferrant, 2009). Extremamente retraído, restou-lhe como recurso para lidar com a alteridade potencialmente agressora o lema: “desconfiar para não se decepcionar”. Aqui a vergonha é menos uma projeção narcísica desvalorizada no olhar do outro, como nos primeiros exemplos, e mais a confirmação de uma desqualificação vivida como vergonha *de e por* existir.

O acidente narcísico em questão para muitos pacientes tímidos atendidos pela pesquisa desencadeou profunda vergonha de si mesmo, ao contrário dos sujeitos melancólicos da pesquisa anterior. Enquanto estes almejavam a transparência no sentido de serem percebidos e reconhecidos pelo outro (e pelo olhar do analista, como nos exemplos mencionados), o tímido padece do temor do que o outro pode ver nele, além de se considerar permanentemente exposto e atravessado por esse que tudo pode ver, como num “tribunal do olhar” (Avrane, 2007).

O desenvolvimento da análise do material clínico dessa segunda pesquisa se deu por intermédio de três balizadores:⁹ (1) a relação com o outro; (2) a questão do olhar; e (3) a relação com o ato.

Observamos a presença da vergonha como humilhação em casos que apresentavam gravidade, como pacientes severamente deprimidos ou fronteiriços. Já a vergonha como embaraço compareceu na

9 O leitor pode ter acesso às análises completas dessa pesquisa, consultando: Verztman (2005, 2014); Pinheiro, Verztman, Venturi, & Barbosa (2006); Verztman, Herzog, Pinheiro & Pacheco-Ferreira (2012); Andrade, Ferreira & Verztman (2013).

queixa de pacientes com perfil mais histérico ou quadros de neurose obsessiva com traços histéricos. Constatamos, a partir dessa clínica da vergonha, que mesmo quando encontrávamos a presença de ordenações neuróticas nos sujeitos pesquisados, o caráter narcísico do sofrimento sobressaía. Consideramos essa uma marca inequívoca da contemporaneidade. O modelo das neuroses – pautado no conflito, no recalque e no sintoma como formação de compromisso – construído como corpo teórico da psicanálise por Freud hoje encontra uma faceta diferente. Aspectos narcísicos ganham relevo na clínica atual, no escopo da neurose, mas também para além delas em casos-limites, falso-*self* e tipos graves de depressão e demandam uma contínua discussão acerca de seus desdobramentos sobre o dispositivo clínico, a técnica e o manejo (Andrade, Mello & Herzog, 2012; Ferreira, Mello & Verztman, 2013; Herzog & Pacheco-Ferreira, 2012; Pacheco-Ferreira & Herzog, 2014).

A intercessão entre a segunda e a terceira de nossas pesquisas se deu a partir do reconhecimento da presença de atos compulsivos e impulsivos em alguns casos de fobia social, os quais nos levaram a um estudo mais aprofundado desta temática. Uma das pacientes atendidas, cuja queixa principal era o sentimento de vergonha nas relações sociais e insegurança para vivenciar situações cotidianas em que se sentisse exposta ao olhar do outro, apresentou, ao longo de seu tratamento, atos autoagressivos. Cortar a pele e arrancar os cílios surgiram como sintomas compulsivos, com caráter de automutilação, desempenhando um papel defensivo ante à ligação fusional com o objeto materno. O corte, corporalmente marcado, indicava uma tentativa de ruptura com a figura invasiva da mãe e um esboço de diferenciação de seu universo psíquico, delimitando uma mínima unidade narcísica para seu eu. A análise do aspecto compulsivo nesse caso passou pela interpretação de que tais autoagressões representavam a única forma, ainda que precária, da paciente encontrar um modo de se separar e escapar de uma

identificação mortífera à relação de submissão materna (Andrade & Herzog, 2014).

Assim como esse, outros casos atendidos manifestavam uma necessidade de reasseramento narcísico implicada no arranjo sintomático compulsivo, com presença recorrente do recurso à corporeidade como tentativa de delimitação de um espaço de singularização.

Tais pacientes não pareciam obedecer à lógica da neurose obsessiva nem àquela das neuroses traumáticas. Deparamo-nos com a questão: como poderíamos analisar a compulsão nesses casos? Com que grade de leitura nos aproximaríamos dela? A centralidade do conflito psíquico na sexualidade não comparecia na montagem defensiva do sintoma. Também não podíamos satisfatoriamente explicá-la pelo trauma envolvido na segunda tópica freudiana, embora aspectos típicos da compulsão à repetição se fizessem presentes.

Desse modo, o vasto campo clínico-conceitual da compulsão – e de seus correlatos: impulsividade, ato e angústia – passou a ter para nossa pesquisa um importante relevo. Percebíamos que em torno desses conceitos orbitavam múltiplas configurações psíquicas, e nossa interrogação foi, sobretudo, acerca da função do sintoma compulsivo para cada um dos sujeitos atendidos.

Consideramos importante empreender uma revisão abrangente na neurose obsessiva em Freud e em autores que se dedicaram a esse tema. Incluímos também em nossos estudos a leitura de Ferenczi (1921/2011) para a compulsão apresentada em 1921 em suas reflexões sobre os tiques. Posteriormente, mergulhamos na vasta pesquisa teórico-clínica produzida por Pierre-Henri Castel (2012a, 2012b) sobre a temática do ato, obsessão e compulsão articulada a uma análise histórico-contextual da sociedade atual.

Em 2014 iniciou-se, assim, o projeto denominado “Estudo psicanalítico das compulsões em pacientes com diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e patologias afins: uma pesquisa exploratória”. Estabelecemos como critério de exclusão pacientes com compulsão relacionada à dependência de substâncias psicoativas ou transtornos alimentares. Recebemos 7 pacientes, 5 entraram em tratamento, sendo que 4 dos pacientes ainda permanecem em atendimento.

A hipótese central foi a de que a repetição compulsiva do ato estava intimamente ligada a necessidades de ordem narcísica, envolvendo a área da certeza de si (Ferenczi, 1913/2011), e de que o conflito psíquico e a sexualidade não compareciam de forma central nesses casos. Nesse sentido, tal compulsão parecia guardar uma diferença substancial em relação ao sintoma descrito pela neurose obsessiva. O desdobramento das discussões acerca dessas diferenças e do percurso teórico que percorremos em torno do tema será apresentado no capítulo a seguir.

O que podemos antecipar acerca dessa terceira pesquisa – e que o leitor poderá acompanhar ao longo do livro – é que, uma vez mais, nossas investigações clínicas nos levaram à vertente narcísica do sintoma. Depressão e melancolia, vergonha e fobia social, patologias da ação e compulsões, universos psicopatológicos distintos e uma variação significativa de configurações subjetivas. Um único e importante aspecto se manteve presente no atravessamento das três pesquisas: a tônica narcísica do sofrimento e do arranjo sintomático.

Metodologia de trabalho da análise dos dados

Após 5 anos de estudo teórico sobre o tema, supervisões e discussões aprofundadas em equipe, iniciamos a análise sistemática dos dados clínicos em 2019. Descreveremos a seguir a metodologia de trabalho que empregamos para a construção dos artigos que compõem este livro, os quais representam um novo esforço do NEPECC para tratar e produzir seus resultados de pesquisa.

A equipe foi dividida em subgrupos, os quais foram cuidadosamente compostos por membros de diversos níveis de formação, de modo que cada célula de trabalho mantivesse a diversidade de olhar e de escuta que compõe o grande grupo. Cada subgrupo ficou responsável pela produção de um artigo referente a um caso clínico da pesquisa. Vale ressaltar – e essa informação é de suma importância – que o analista à frente do caso em questão não esteve incluído no subgrupo que trabalhou o caso por ele atendido. Isso se deu por algumas razões: propiciar a experiência da clínica partilhada e sustentar com isso que o paciente é *da pesquisa* e não do analista que fica à frente de seu atendimento, proporcionar o efeito do grupo sobre a análise do caso e produzir uma certa distância do caso em relação ao seu analista. Objetivamos, com isso, criar dentro do próprio grupo de pesquisa um olhar “de fora”. Esse modo de trabalhar permitiu que um novo enfoque fosse lançado às análises dos casos, os subgrupos viram e “ouviram” dados clínicos que escaparam aos analistas dos casos em questão e proporcionaram novas inflexões e insights.

Por 2 anos (2019-2021), em paralelo às reuniões semanais da equipe, os subgrupos montaram sua agenda própria de trabalho, e aproximadamente a cada 2 ou 3 meses submetiam a toda equipe suas hipóteses para discussão. Cada subgrupo trabalhou a seu modo, mas todos tinham em comum os seguintes procedimentos: consulta aos relatos de sessão do analista, entrevistas com o analista

do caso, construção de fundamentação teórica para as questões clínicas evidenciadas, discussões em equipe, primeira montagem da escrita, apresentação ao grande grupo para nova discussão, etapa final da escrita.

Os principais balizadores de análise sobre os quais se debruçaram os grupos de trabalho foram: (1) papel do sintoma; (2) funcionamento do eu; (3) relação de objeto; (4) transferência e contratransferência; (5) formas de intervenção/manejo clínico; e (6) posição do analista. O material clínico foi extensamente atravessado por esses eixos analíticos e submetido às discussões com a integralidade do grupo.

As rodadas dessas apresentações se mostraram surpreendentemente ricas, pois permitiram o aprofundamento do estudo do caso, ao mesmo tempo que se produziam efeitos de correlação e intersecção entre os casos clínicos. Aproximações e diferenças entre a função do sintoma em cada organização psíquica estudada começaram a ser nuançadas e estabelecidas. O trabalho de um subgrupo informava e complexificava o trabalho de outro.

Depois de alcançada a consistência teórico-clínica desejada e reunidos todos os elementos alinhados em supervisão e discussão de equipe, os pequenos grupos se dedicaram à escrita do caso. A apreciação dos primeiros esboços textuais também foi cuidadosamente trabalhada coletivamente, sobretudo com respeito ao aprimoramento da ficcionalização do caso e da proteção ao anonimato do paciente.

O que o leitor encontrará a seguir é o resultado de uma intensa experiência de escrita psicanalítica coletiva, inspirada naquilo que Ogden (2010) nomeou de ficção da clínica. Em seu interessante trabalho intitulado “Sobre a escrita psicanalítica”, o autor nos apresenta características intrínsecas à experiência de escrita analítica, definida por ele como um gênero literário que conjuga interpretação e

obra de arte. A transmissão do vivido pelo par analítico deverá encontrar na escrita literária um destino ficcional que reproduza em quem lê uma experiência semelhante da que se passou no *setting* de análise. De acordo com Ogden:

Ao criar para o leitor, na experiência de leitura, algo semelhante à experiência que ele teve com o analisando, o escritor analítico vê-se recrutado às tropas de escritores imaginativos. Entretanto, diferente dos escritores de ficção, poesia ou teatro, um autor que escreve no gênero analítico deve manter-se fiel à estrutura fundamental do que realmente ocorreu entre ele e o paciente (da forma como viveu a experiência). O autor analítico está sempre colidindo contra uma verdade paradoxal: a experiência analítica (que não pode ser dita ou escrita) deve ser transformada em “ficção” (uma versão imaginativa de uma experiência em palavras), para que a verdade da experiência seja transmitida ao leitor... Ao mesmo tempo, a “ficção” que é criada em palavras deve refletir a realidade do que ocorreu. A experiência daquela realidade permanece viva no escritor analítico não apenas na forma de memória, mas, igualmente importante, no modo como ele foi mudado e continua sendo mudado por ela (Ogden, 2010, p. 140).

Os capítulos clínicos do presente livro foram escritos a partir do desafio de pôr em prática essa experiência de escrita analítica desenvolvida por Ogden. A ficcionalização partiu da construção de cenas para que cada caso clínico transmitisse a atmosfera e o teor da relação intersubjetiva vivida pela dupla analista-analisando. Além disso, aspectos teórico-conceituais foram articulados de acordo com a pertinência da discussão eleita como principal para cada caso.

O processo de validação dessa escrita dos casos se deu em três dimensões. A primeira delas foi a do analista do caso em questão. No contexto ficcional em que o caso foi construído, o principal indicador de validação foi o analista se reconhecer e reconhecer o paciente na narrativa do texto. O estranhamento do analista em relação à leitura do caso que ele atendeu, mas não escreveu, não deve ultrapassar o que é esperado do distanciamento entre o atendimento e a escrita. O não reconhecimento de si mesmo na ficcionalização, ou do paciente atendido, implicou na reformulação da experiência de escrita. Consideramos que esse foi um desafio para a equipe, que produziu desdobramentos relevantes nas análises de resultados da pesquisa. Esperamos que o leitor encontre nos artigos clínicos a seguir a transmissão da potência das ideias nascidas desse método de trabalho.

A segunda foi a da equipe, que discutiu os efeitos do grupo e do fator pesquisa sobre o caso, e vice-versa, do caso sobre o grupo, que em algumas situações produziu um “efeito contratransferencial¹⁰ coletivo”. Exemplos típicos da ocorrência desse modo de situação contratransferencial grupal foram encontrados com preponderância nessa última pesquisa. Uma das pacientes mobilizou a equipe envolvendo-a em um “efeito torcida” que se atualizava a cada supervisão; como se estivéssemos assistindo a uma peça teatral e torcêsemos pela protagonista na conquista da próxima cena. Outra paciente, ao contrário, produziu um efeito de rechaço, tendo ficado à margem da atenção do grupo no primeiro tempo de seu tratamento, efeito esse que foi posteriormente analisado. Esse foi um aspecto importante a ser considerado na análise dos casos, e o

10 A bibliografia trabalhada (Ogden, 1996) sobre contratransferência pela equipe nessa etapa da pesquisa nos levou a vários aspectos da questão transferencial, para além daqueles evidenciados por Freud. Não temos aqui o espaço para o desenvolvimento dessa questão, mas consideramos importante o apontamento para uma dimensão intersubjetiva da contratransferência.

leitor encontrará a oportunidade de acompanhar os desdobramentos dessa questão nos capítulos a seguir.

A terceira dimensão da validação foi proveniente da permanente orientação e supervisão dos coordenadores em todas as etapas do processo de pesquisa. De modo que cada caso pesquisado recebeu ao menos 4 perspectivas de análise: do analista, de cada subgrupo de trabalho, da equipe como um todo e dos coordenadores/supervisores.

Esperamos que a riqueza dessas múltiplas dimensões de trabalho encontre o leitor em mais uma forma de *partilharmos* e *compartilharmos* a experiência de fazer pesquisa em psicanálise na universidade pública de nosso país, na esperança de renovarmos sempre o desafio de oferecer acesso ao atendimento clínico e ensino de qualidade.

Referências

- Abraham, N., & Torok, M. (1995). *A casca e o núcleo*. Escuta.
- Andrade, A. B., Mello, R., & Herzog, R. (2012). A associatividade na clínica psicanalítica atual: considerações sobre a técnica. In J. Verztman et al. (Orgs.), *Sofrimentos narcísicos*. Cia de Freud. UFRJ. CAPES PRODOC.
- Andrade, A. B., Ferreira, F. P., & Verztman, J. S. (2013). Transparence psychique et traumatisme. Considérations à partir d'une recherche clinique. *Recherche em Psychanalyse*, 16, 213-221.
- Andrade, A. B. T., & Herzog, R. (2014). Bater em si: a automutilação como resistência à indiferenciação. In A. B. Freire (Org.), *O corpo e suas vicissitudes*. 7 Letras.
- Avrane, P. (2007). *Les timides*. Seuil.

- Benedict, R. (1946/1989). *The chrysanthemum and the sword: patterns of Japanese culture*. Houghton Mifflin.
- Castel, P. H. (2012a). *Ames scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés* (T. 1). Edition Ithaque.
- Castel, P. H. (2012b). *la fin des coupables, suivi de le cas paramord* (T. 2). Edition Ithaque.
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Dunod.
- De la Taille, I. (2002). *Vergonha: a ferida moral*. Vozes.
- Debord, G. (1997). *A sociedade do espetáculo*. Contraponto.
- Dodds, E. R. (1988). *Os gregos e o irracional*. Gradiva.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d' être soi*. Odile Jacob.
- Ferenczi, S. (1913/2011). Fé, incredulidade e convicção sob o ângulo da psicologia médica. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Psicanálise II). Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1914/2011). O homoerotismo: nosologia da homossexualidade masculina. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Psicanálise II). Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1921/2011). Contribuição para a discussão sobre os tiques. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Psicanálise III). Martins Fontes.
- Ferreira, F. P., Mello, R., & Verztman, J. S. (2013). Algumas peculiaridades do manejo clínico nos sofrimentos narcísicos. In C. L. Figueiredo, B. B. Savietto, O. Souza, (Orgs.), *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Escuta.
- Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. VII). Imago.

- Freud, S. (1917/1996). Luto e melancolia. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Imago.
- Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Desclée Brouwer.
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e identidade*. Jorge Zahar Editor.
- Green, A. (2003). Énigmes de la culpabilité, mystère de la honte. *Revue Française de Psychanalyse: Honte et Culpabilité, LXVII*. PUF.
- Herzog, R., & Pacheco-Ferreira, F. (2012). A posição do analista frente aos sofrimentos narcísico-identitários. *Cadernos de Psicanálise SPCRJ*.
- Herzog, R., & Pacheco-Ferreira, F. (Orgs.) (2014). *De Édipo a Narciso: a clínica e seus dispositivos*. Cia de Freud. UFRJ. CAPES PRODOC.
- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Editora Rocco.
- Lambotte, M.-C. (1997). *O discurso melancólico*. Cia de Freud.
- Lambotte, M.-C. (2000). *Estética da melancolia*. Cia de Freud.
- Miller, J. A. (2003). Notes sur la honte. *Revue de la Cause freudienne*, (54).
- NEPECC (2003). *I Encontro de Itatiaia/RJ* com a participação de Marie-Claude Lambotte (Paris XIII) e diversos convidados nacionais.
- NEPECC (2004). *II Encontro de Itatiaia/RJ* com a participação de Marie-Claude Lambotte e diversos convidados nacionais.
- NEPECC (2005). *III Encontro de Itatiaia/RJ* com a participação de diversos convidados nacionais.
- NEPECC (2009). *Encontro sobre as formas de apresentação da vergonha na clínica atual*, com a participação de diversos convidados nacionais.

- NEPECC (2011). *Encontro sobre discussão metodológica de pesquisa clínica em psicanálise e inter-relação entre angústia, vergonha e culpa nas suas diferentes relações com o trauma*, com participação de convidados nacionais.
- NEPECC (2012). *Sofrimentos narcísicos*. Seminário aberto em comemoração de 10 anos do NEPECC, com a participação de palestrantes convidados nacionais. Campus Praia Vermelha UFRJ.
- NEPECC (2013). *Pesquisa clínica em psicanálise*. Seminário aberto com a participação do psicanalista convidado René Roussillon (Lyon 2) no Instituto de Psicologia da UFRJ.
- NEPECC (2015). *IV Encontro de Itatiaia/RJ*. Encontro preparatório para a terceira pesquisa do grupo sobre os sofrimentos compulsivos.
- NEPECC (2018a). *Seminário de pesquisa Compulsão, impulsividade e ato: resultados da atual pesquisa clínica do NEPECC*. Com participação de convidados nacionais. IPUB: UFRJ.
- NEPECC (2018b). *Encontro interno do grupo para discussão de dados clínicos da terceira pesquisa*, com a participação de Luis Martín Cabré (Associação Psicanalítica de Madri) e convidados nacionais.
- Ogden, T. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. Casa do psicólogo.
- Ogden, T. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Artmed.
- Pacheco-Ferreira, F., & Herzog, R. (2014). De Édipo a Narciso: a técnica em questão. In R. Herzog & F. Pacheco-Ferreira (Orgs.), *De Édipo a Narciso: a clínica e seus dispositivos*. Cia de Freud. UFRJ. CAPES PRODOC.
- Pinheiro, T. (1999). Em busca de uma metapsicologia da melancolia. In J. Birman, (Org.), *Sobre a psicose*. Contra Capa.

- Pinheiro, T. (2002). Escuta psicanalítica e novas demandas clínicas: sobre a melancolia na contemporaneidade. *Psychê*, VI(9).
- Pinheiro, T. (2003). Uma outra visão possível do corpo na Psicanálise. *Cadernos de Psicanálise*, 19(22), 13-28.
- Pinheiro, T. (2014). Histeria e falso self aproximações e diferenças. In R. Herzog & F. Pacheco-Ferreira (Orgs.), *De Édipo a Narciso* (pp. 149-160). Cia de Freud.
- Pinheiro, T., & Martins, K. H. (2001). O texto imagético: parnasianismo e experiência analítica. In A. C. Lo Bianco (Org.), *Formações teóricas da clínica* (pp. 57-72). Contra Capa.
- Pinheiro, T., & Verztman, J. (2003). As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. In T. Pinheiro (Org.), *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Contra Capa.
- Pinheiro, T., Verztman, J., & Barbosa, M. (2006). Notas sobre a transferência no contexto de uma pesquisa clínica. *Cadernos de Psicanálise* (Sociedade de Psicanálise/RJ), 22, 291-313.
- Pinheiro, T., Verztman, J., Venturi, C., & Barbosa, M. (2006). Por que atender fóbicos sociais. Justificativa de uma pesquisa clínica. In A. Bastos (Org.), *Psicanalisar hoje*. Contra Capa.
- Pinheiro, T., Verztman, J., Venturi, C., Viana, D., Canosa, L., & Caravelli, S. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica. *Psicologia clínica*, 18(1), 193-204.
- Pinheiro, T., & Viana, D. (2011). La pérdida de la certeza de sí mismo. In J. P. Boschán (Org.), *Sándor Ferenczi y el psicoanálisis del siglo XXI*. Letra Viva.
- Quintella, R. R., Pinheiro, T., & Verztman, J. S. (2010). Distinção teórico-clínica entre luto, depressão e melancolia. *Psicologia Clínica (PUC-RJ)*, 22(2), 147-168.

- Sennett, R. (2004). *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Record.
- Tisseron, S. (1992). *La honte: psychanalyse d'un lien social*. Dunod.
- Verztman, J. (2005). Vergonha, honra e contemporaneidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, VIII(181), 88-100.
- Verztman, J. (2012). O perdão é um tema que interessa à psicanálise? In J. Verztman et al. (Orgs.), *Sofrimentos narcísicos*. Cia de Freud. UFRJ. CAPES PRODOC.
- Verztman, J. (2013). Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. In A. M. Nicolaci-da-Costa & D. R. Dias (Orgs.), *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Loyola.
- Verztman, J. (2014). Embaraço, humilhação e transparência psíquica: o tímido e sua dependência do olhar. *Ágora (PPGTP/UFRJ)*, XVII, 127-140.
- Verztman, J. (2016). Édipo, Narciso e o sintoma compulsivo em Freud. In J. B. L. Fulgêncio, D. Kupermann & E. L. Cunha (Orgs.), *Amar a si mesmo e amar o outro: narcisismo e sexualidade na psicanálise contemporânea* (Vol. 1, pp. 202-214). Zagodoni.
- Verztman, J., Herzog, R., Pinheiro, T., & Pacheco-Ferreira, F. (2012). *Sofrimentos narcísicos*. Cia de Freud.
- Verztman, J., & Pinheiro, T. (2012). Corpo, tempo e transferência numa pesquisa clínica. In J. Verztman et al. (Org.), *Sofrimentos narcísicos*. Cia de Freud. UFRJ. CAPES PRODOC.
- Verztman, J., Pinheiro, T., Barbosa, M., Jordão, A., & Montes, F. (2007). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: a vivência da temporalidade. *Psychê*, 11, 63-84.
- Verztman, J., Pinheiro, T., Saceanu, P., & Viana, D. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: discussão da metodologia

de pesquisa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(4).

Verztman, J., & Viana, D. (2014). Reflexões sobre uma ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise. In R. Herzog & F. Pacheco-Ferreira (Orgs.), *De Édipo a Narciso: a clínica e seus dispositivos*. Cia de Freud.

Williams, B. (1997). *Shame and necessity*. University of California Press.

Zygouris, R. (1995). A vergonha de si. In R. Zygouris, *Ah! As belas lições!*. Escuta.



Este livro é o resultado de um longo processo de elaboração e de escrita. Trata-se da apresentação, para o público em geral, do que pudemos refletir sobre uma pesquisa clínica iniciada em 2014 e encerrada com essa publicação. Sendo fiéis aos nossos compromissos com a universidade pública brasileira e com o movimento psicanalítico, trazemos o nosso testemunho sobre o desafio de insistir na escuta psicanalítica dentro de um serviço público do SUS, no âmbito de uma pesquisa. Nosso objetivo é, eminentemente, fazer aparecer algo de nosso laço social e de nossa clínica na voz de sujeitos que afirmam o vazio e a inutilidade da ação, quando esta é tão somente a repetição escravizada de atos compulsivos.



NEPECC

NÚCLEO DE ESTUDOS
EM PSICANÁLISE E CLÍNICA
DA CONTEMPORANEIDADE

série

PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coord. **Flávio Ferraz**

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-807-8

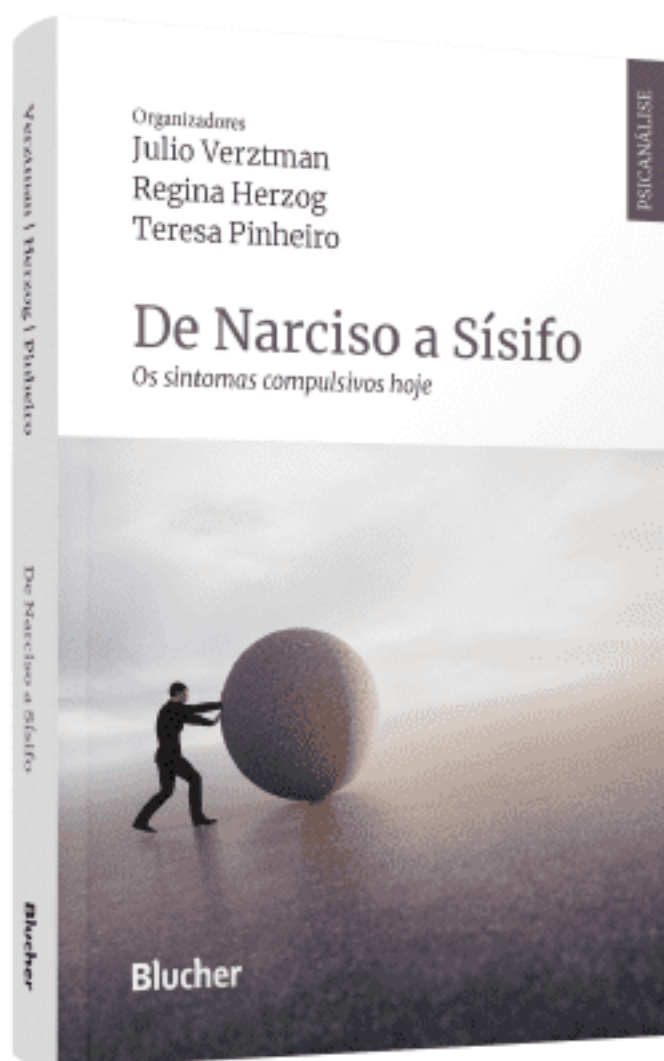


9 786555 106807 8



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

De Narciso a Sísifo

Os sintomas compulsivos hoje

Julio Verztman, Regina Herzog, Teresa Pinheiro (Org.)

ISBN: 9786555068078

Páginas: 271

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2023
