

Capital fantasmático e clínica psicanalítica: angústia, trauma e o risco da sugestão em tempos de pandemia¹

Felipe Canterji Gerchman

Parece-me que faz parte da ética do psicanalista, compartilhar suas reflexões teórico-clínicas. E é bem isso o que pretendo fazer, compartilhar algumas reflexões acerca de certas questões que me parecem relevantes para a clínica psicanalítica, em especial nesse momento de pandemia. Não pretendo propor aqui uma extensa tese, apenas algumas possibilidades de leitura da situação. Como já disse o psicanalista Renato Mezan (2014), alguém que inicie seus estudos em psicanálise poderá se surpreender com as diferentes possibilidades de interpretar cada conceito. Mezan diz que haveria certo momento, na formação psicanalítica, em que se chegaria na constatação de que os psicanalistas não falam a mesma língua. Estou de acordo. Ou seja, o que trago hoje é um ponto de vista dentre muitos possíveis, e será um prazer também poder ter contato com os pontos de vista dos colegas. Então vamos lá...

I

Começo contando uma história. Há uma década atrás, tive a experiência de, junto com um grupo de amigos, ir passar alguns meses em Israel. Dentre os lugares em que ficamos naquele país, estava uma pequena comunidade na região centro-sul. Quem conhece um pouco da geografia israelense, sabe que essa é uma região que por vezes se torna alvo dos conflitos bélicos. Eis que acordo certa manhã com o som de uma sirene ecoando pela cidade. Ao me dar conta do que estava acontecendo – a cidade estava sob ataque de mísseis-, me apresso em acordar meus colegas de grupo para realizarmos o procedimento de segurança, tal qual nos foi ensinado por nosso guia turístico, que consiste em descer para o andar térreo do prédio em que ficavam os dormitórios, e se posicionar junto a uma parte da construção, que serve como um bunker. Uma boa parte dos meus amigos me acompanha, aguarda a sinalização de que já é seguro sair dali e então passamos os próximos instantes conversando sobre essa que foi uma experiência nova, e um tanto assustadora para nós, jovens brasileiros, que nunca tínhamos tido contato direto com a guerra.

¹ Trabalho originalmente apresentado no Espaço Narrativas da Sig, no primeiro semestre de 2020.

Mas se boa parte dos meus amigos acordaram, desceram para o bunker e depois passaram horas conversando e “re-conversando” sobre o ocorrido na tentativa de elaborar aquela experiência, não foram todos que o fizeram. Alguns irromperam em choro, outros como que paralizaram, e ainda tiveram aqueles que nem saíram de suas camas, continuando a dormir como se nada estivesse acontecendo.

Após algum tempo, ao escutar o som de uma sirene semelhante, havia dentre nós aqueles que eram rapidamente inundados por um terror incapacitante e aqueles que se lembravam do ocorrido, falavam sobre ele. O que faz com que frente a tamanha intensidade existam respostas tão diferentes? Por que alguns parecem metabolizar a situação enquanto outros entram em colapso?

Vamos por partes. Penso que é importante retomarmos alguns conceitos que podem nos ajudar a trabalhar a questão. Destaco aqui as ideias de angústia e de trauma.

II

O psicanalista, Jacques André (2015), em seu *Vocabulário Básico da Psicanálise*, descreve da seguinte forma o conceito de angústia:

A respiração torna-se entrecortada, o coração apertado ou palpitante, o suor frio, o rosto lívido... o corpo assinala à sua maneira a crise de angústia. Contudo, nada na realidade exterior justifica tal brutalidade, a angústia não é um medo. O inimigo está no interior, realidade psíquica e não material, e ainda mais angustiante por não ser possível fugir dela. Algo do inconsciente acaba de emergir, dilacerando as linhas de defesa, ultrapassando a capacidade de elaboração do Eu. A intensidade da angústia varia de um extremo a outro, aqui simples sinal apelando para que o perigo seja circunscrito, ali violência brutal que chega ao ponto de tornar a própria vida insuportável. Acontece também de o trajeto da angústia deixar de passar por Psiquê, mergulhando imediatamente no corpo, com o risco de que este “somatize”.

Freud apresenta em sua obra duas grandes teorias acerca da angústia. A primeira confere a angústia o estatuto de afeto sem qualidade. Ao recalcar uma ideia, a representação é separada do *quantum* de afeto. Se por um lado a representação é recalcada, por outro o afeto fica livre, disponível para se ligar a uma representação substituta e, assim, formar um sintoma. Enquanto o afeto estiver solto, sem representação, fica impossibilitado de

ser descarregado. Esses afetos, impossibilitados de encontrar uma via de descarga, se acumulariam em forma de angústia. Aqui, a angústia é fruto do processo de recalçamento que deixaria o afeto solto e desqualificado. Já na segunda teoria, a angústia é causa do recalque. Sua incidência estaria relacionada ao insuportável de determinadas cenas, disparando o processo de recalçamento.

A partir da segunda teoria, Freud percebe a importância de diferenciar três conceitos: angústia, medo e susto. Ainda que a angústia possa tomar carona em um medo, a princípio, ela seria destituída de objeto, sendo este, o objeto, elemento presente no medo. Já o susto teria a ver com o inesperado, com uma carga de excitação que toma o aparelho psíquico sem que este estivesse preparado para recebê-la.

Assim, Freud divide a angústia em três tipos: angústia real, automática e sinal. A angústia sinal seria aquela liberação de uma pequena dose de angústia, que serviria de sinal para mobilizar defesas frente a um possível perigo. A angústia real diria respeito a angústia que aparece frente a constatação de um perigo real, mas Laplanche e Pontalis (2016), em seu vocabulário de psicanálise, destacam que isso não significa que foi o elemento externo que produziu a angústia, podendo ela vir de dentro, mesmo que apareça associada a um perigo externo. E, por último, teríamos a angústia automática, que seria aquela que invade o aparelho psíquico frente a um trauma ou sua reprodução, sem que o aparelho consiga mobilizar defesas de forma funcional.

Voltaremos a questão da angústia depois, mas já vamos tendo uma ideia sobre a importância desse conceito no momento de pandemia que estamos vivendo. Por ora, vale mencionar a afirmação de Freud (1920), em *Além do princípio do prazer*, quando diz não acreditar que a angústia possa desencadear uma neurose traumática.

Para compreendermos o papel da angústia nos quadros clínicos, vale a pena retomarmos brevemente a evolução das estruturas psicopatológicas propostas por Freud ao longo de sua obra.

III

Inicialmente, Freud propôs uma divisão entre o que chamou de neuroses atuais e o que denominou de psiconeurose. Ele compreendia que enquanto os sintomas das psiconeuroses expressavam conflitos infantis, e sua força atual se devia a “uma ressonância simbólica em relação ao passado” (MACEDO, 2017, p.51), as neuroses

atuais encontravam sua etiologia na “ausência de descarga ou apaziguamento inadequado da excitação sexual” (ibidem), apontando para uma quantidade que não encontrava elaboração satisfatória no âmbito psíquico. Fariam parte das psiconeuroses dois grupos, as de transferência, que incluiriam a histeria de conversão e a neurose obsessiva; e as narcísicas, que incluiria a psicose. Já as neuroses atuais abrangeriam três tipos: hipocondria, neurastenia e a neurose de angústia.

Notem que, até então, ainda não havia a histeria de angústia. A fobia aparecia ora na neurose obsessiva, parte do grupo das psiconeuroses, ora na neurose de angústia, parte das neuroses atuais. Mas os estudos a partir do caso Hans permitiram a Freud conceber a ação do mecanismo histérico sobre a angústia, levando a concepção da histeria de angústia entre as psiconeuroses.

Com o passar do tempo, a ideia de neurose atual acaba sendo deixada um pouco de lado, tendo foco a etiologia infantil dos quadros psiconeuróticos. Em 1920, com o *além do princípio do prazer*, Freud traz a concepção de pulsão de morte, levando a formulação da neurose traumática, mas que também parece ficar um pouco de lado nos anos seguintes. Estes quadros vão sofrendo algumas alterações, até que a partir de 1924 eles se estruturam em quatro grupos: as neuroses de transferência, que incluiriam histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva; as neuroses narcísicas, que diriam respeito a melancolia; a perversão e a psicose.

Ainda que Freud retome a ideia de trauma em 1920, ao falar sobre a neurose traumática, e depois faça algumas menções a ele, cabe a nós, no nosso tempo, um tempo em que se fala muito em trauma, retomar o percurso desse conceito. Passemos a isso.

IV

Jacques André (2015) comenta que

“é frequentemente a título de uma causa simplista que o “trauma” da infância é solicitado para explicar as infelicidades de uma história de sofrimento de hoje. É tranquilizador “encontrar um começo, um ponto de apoio no tempo que se possa em seguida chamar de *causa*” (Kertesz)”. Acontece alguma coisa que excede as capacidades psíquicas de elaboração, de integração pelo Eu. As fronteiras deste último são transpostas, pisoteadas, às vezes destruídas. O trauma assinala uma perturbação da economia psíquica. A complicação

psicanalítica principal com relação à ideia comum consiste em sublinhar que o trauma psíquico acontece em dois tempos. Na infância ocorre o primeiro golpe que deixa um vestígio não verbalizado, não significado, não integrado à história. Até que alguma coisa aconteça, *après-coup* (no depois, *a posteriori*), momento de colapso entre a revivescência de uma experiência passada que ataca *de dentro* e o que surge inesperadamente de fora”

Ainda no início de sua obra, Freud parece abrir mão da ideia de um traumatismo infantil como etiologia da neurose, em prol de uma concepção mais ligada ao tema da fantasia. Porém, a possibilidade de um excesso de excitações que abala a economia energética do aparelho psíquico voltará a aparecer.

Com o além do princípio do prazer, Freud retoma a questão do trauma relacionando com o desligado da pulsão de morte. Certas situações nas quais o sujeito é tomado por cargas intensas demais que não encontram meios satisfatórios de elaboração, produzem uma repetição compulsiva, mais além do princípio do prazer. Podemos ver aqui uma certa semelhança com a antiga neurose atual, ou neurose de angústia, porém agora Freud leva em conta não somente o acúmulo de energia sexual não satisfeita, mas também a presença do que chamou de pulsão de morte. A crise econômica de nossas mentes – e talvez não só das mentes - passa a se relacionar com um conflito entre as forças de Eros e as de Tânetos.

Por não dizer respeito a quadros em que a etiologia predominante está relacionada a sexualidade infantil, Marta Rezende Cardoso (2011) propõe pensar a neurose atual e a neurose traumática como antineuroses, e menciona que parte importante do seu tratamento diz respeito a neurotizar estes quadros, no sentido das neuroses de transferência.

Vemos aqui uma questão importante para o momento em que vivemos: a pandemia do coronavírus, com o isolamento social, o enorme número de óbitos e as demais mudanças que impôs, seria um evento traumático? Estaríamos nas nossas clínicas, então, lidando com quadros de anti-neuroses, de neuroses traumáticas?

V

Laplanche (1987) tenciona tal dicotomia. O autor, propõe a ideia de que relevar o aspecto neurótico, sexual, mesmo dos quadros ditos atuais, seria entrar no jogo do paciente e de

sua denegação, e alerta aos analistas para que não sejam seduzidos a entrar nesse jogo. Ele afirma que “diante de uma angústia que se desenvolve em pânico, seja qual for sua motivação, temos todas as razões para procurar no inconsciente algo que tenha feito eco a esse pânico e que o motive” (p. 46). E ainda, “toda a angústia real, desde que se desenvolva, terá como suporte uma angústia neurótica” (ibidem).

Penso que essa contribuição de Laplanche é extremamente importante para o momento de pandemia, pois nos leva a ficar atentos a não cair na armadilha de restringir o sofrimento dos pacientes ao seu caráter atual ou a generalizar o trauma, excluindo a etiologia neurótica (no sentido das neuroses de transferência) do seu sofrimento.

Porém, resta ainda examinarmos um ponto que mesmo tendo sido rapidamente mencionado por Laplanche, é uma peça chave para essa discussão: o capital fantasmático. Em seu livro sobre as problemáticas da angústia, Laplanche (1987) afirma que tanto em uma psicose como em uma neurose atual há um elemento externo envolvido. Mas o impacto desse elemento, diz o autor, é muito diferente conforme o aparelho psíquico possua capacidade de dar conta dele. A capacidade para produzir uma neurose ou sublimar, ou seja, lidar com este excesso desde um viés simbólico, teria direta relação com a capacidade de empregar fantasias inconscientes² neste processo. Isto o autor chama de capital fantasmático.

Assim sendo, que uma pandemia seja traumática, no sentido da efração, da superação das capacidades do aparelho em lidar com, de ligar, as intensidades, depende das possibilidades de cada sujeito usufruir de seu capital fantasmático, de suas fantasias inconscientes para o processo tanto de neurotização (no sentido das psicoses, das neuroses de transferência), quanto da sublimação. Por este ponto de vista, é importante reforçar que o fato de analisantes estarem angustiados, não significa que estejam traumatizados (no sentido do trauma desestruturante).

E aqui compreendemos o risco que é para um processo analítico, em tempos de pandemia, o analista assustado³. Se o analista estiver em um momento no qual seu próprio capital fantasmático não deu conta de elaborar as intensidades que possivelmente foram

² Ainda que me refira às fantasias inconscientes, concordo com Dominique Scarfone (2019) quando afirma que não há fantasias propriamente inconscientes, sendo estas o resultado de elaborações em *après-coup* de “sementes potenciais” inconscientes (conforme a tradução proposta por Michel de M'Uzan para *Ansatzmöglichkeit*).

³ Aqui caberia uma discussão entre “analista assustado” e “analista angustiado”, devido a utilização dos termos em português. Mas para preservar o tamanho do escrito, deixarei esta discussão em suspenso.

disparadas a partir do acontecimento pandêmico, poderá cair na armadilha de sugerir o trauma, generaliza-lo, intoxicando a sessão com sua própria angústia.

Para ir concluindo, voltemos a história dos mísseis. Agora podemos levantar algumas hipóteses do que fez com que alguns conseguissem responder a experiência de forma mais funcional que outros. Então podemos imaginar também o que seria daquela situação, se o guia turístico, quem nos instruiu quanto aos procedimentos de segurança, estivesse em pânico. Quem já viu uma aeromoça se benzer durante uma turbulência sabe ao que estou me referindo...

Bom, termino, então com uma não-proposta clínica. Digo “não-proposta”, pois penso que o que temos a fazer já foi proposto: sustentar a psicanálise, aquela de Freud e dos desenvolvimentos pós-freudianos, ainda atual e efetiva. Penso que o trabalho clínico com aqueles que parecem estar especialmente angustiados com a situação pandêmica passa por construir espaços para a fantasia, no sentido da capacidade de contar e recontar histórias, do lúdico, das ligações e das mais diversas explorações de Eros. A fascinação da catástrofe⁴, seja pelo analisante, mas principalmente pelo analista assustado, parece ser o maior empecilho nessa tarefa. Que possamos, aqueles que trabalham com psicanálise, mantermo-nos firmes em nossos tripés, para poder oferecer esses importantes espaços que chamamos de sessões, nos quais seja possível manter vivo esse capital fantasmático, psíquico, porque esse sim é o que não pode parar de render.

Referências:

ANDRÉ, J. (2015) **Vocabulário Básico da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes.

CARDOSO, M. R. (2011) Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura. In. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo. v. 14. n. 1, p. 70-82; 2011.

FREUD, S. (1920) Além do princípio do prazer. In: Freud, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago,; 1996.

LAPLANCHE, J. (1987) **Problemáticas I: a angústia**. São Paulo: Martins Fontes.

⁴ Caberia aqui uma diferenciação entre a fascinação “da catástrofe” e “pela catástrofe”. Mas devido a extensão pretendida para este escrito, tal discussão precisará ficar para outro lugar.

MACEDO, M. K. (org.) **Neurose:** leituras psicanalíticas. Porto Alegre: EDIPUCRS

MEZAN, R. (2014) **O Tronco e os Ramos:** estudos de história da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras.

SCARFONE, D. A fantasia e o processo de construção da fantasia. In. CANDI, T. S.

BARROS, A. R. (orgs.) (2019) **Diálogos Psicanalíticos Contemporâneos Bion e Laplanche:** do afeto ao pensamento. São Paulo: Escuta.