

Esperança e desesperança na clínica das normopatias

Bruna Paola Zerbinatti,¹ São Paulo

Resumo: Algumas vezes, encontramos na nossa clínica sujeitos que apresentam uma configuração especial e que nos põem, enquanto analistas, em uma posição difícil e de muitas dúvidas. Esses indivíduos costumam chegar afirmando que tudo vai bem em sua vida, que não há nenhum conflito, mas o analista percebe que são pessoas muito pouco interessadas em seu próprio mundo interior e com pouca curiosidade tanto por si mesmas quanto pelos outros. Tal desinteresse demonstra uma dificuldade muito grande de entrar em contato com a própria subjetividade, como se ela na verdade nem existisse. São pessoas “anormalmente normais”, portadoras de um vazio que não se mostra ou não é sentido como um vazio. As dificuldades transferenciais e contratransferenciais são imensas, reveladoras do que vários autores nomeiam de clínica das normopatias. Neste trabalho, por meio de vinhetas clínicas ficcionalizadas, a autora propõe um mergulho teórico-clínico na experiência de um atendimento, com todas as suas esperanças e desesperanças. **Palavras-chave:** normopatias, vazio, clínica, pensamento operatório, normótico

Preâmbulos

DIÁRIO CLÍNICO DE CLARICE

Fim de mais um dia de trabalho. Hoje, uma primeira entrevista: Gabriel, 42 ou 43 anos mesmo?

Não vai dar certo. Acho que ele não vai continuar. Havia tempo que eu não fazia uma primeira entrevista tão estranha. Senti não ter conseguido durante todo o tempo entender por que ele estava ali. Não que tenha vindo sem vontade, que tenha ficado em silêncio ou que tenhamos “nos estranhado”, como às vezes acontece. É só um sentimento de... nada. Não aconteceu nada. Eu não consegui achar alguma coisa para falar, nem que fosse no meu pensamento, nem que fosse comigo mesma. E isso não quer dizer que ele não tenha dito nada... Não aconteceu nada, nada...

E, no entanto, ele parece firme na intenção de prosseguir. Mas eu sinto que não vai continuar...

O que ele disse exatamente? Preciso tentar retomar: os dados factuais de sua vida – o trabalho como engenheiro; a esposa, os filhos; os amigos que recebe

1 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

no fim de semana; a mãe falecida, o pai idoso, o irmão que mora fora do país... O que mais? Mas já não é muita coisa? O que é que falta?

Lembrando agora, eu perguntei em certo momento o que o levaria à análise. Ele me disse que o filho o incomodava, não ia bem na escola, mas também não era nada muito grave. Cheguei a ficar confusa. Já que eu também atendo crianças, por um momento fiquei me perguntando se a análise era para o filho e eu tinha me confundido, não tinha entendido direito. Mas logo também ele se desinteressa por essa fala, e eu fico mais confusa ainda...

Pensando assim, não sei por que eu fiquei tão mexida. Afinal, se ele sofre com o filho, ele sofre!, e talvez seja tudo um arranjo defensivo muito comum no primeiro contato. Preciso não esquecer que, embora hoje em dia se fale de psicoterapia em todos os lugares, nunca é simples entrar na sala de análise e ficar com seus problemas de frente com alguém.

Não, talvez seja só um exagero meu... Vamos ver como continua, se continua...

Pensando nas decepções da clínica psicanalítica, ocorreu-me investigar a clínica das normopatias por meio do conceito de vazio, que nela aparece e que chamarei de *vazio-nada*, um vazio que praticamente não se mostra para aquele que nos procura. Assim, não estou falando dos que se sentem muito vazios, nem dos que sentem uma perda de sentido na vida, nem dos que entram e ficam muito tempo silenciosos. Enquanto método, para melhor discutir questões teóricas, apresento uma analista, Clarice, e um paciente, Gabriel, ficcionalizações criadas a partir tanto das leituras realizadas para a construção deste trabalho quanto da minha própria experiência clínica.

Os autores de base para este estudo são Joyce McDougall (2018), que cunhou o termo *normopatias* e que chama esses pacientes de *antianalisandos*; Christopher Bollas (2015), que os chama de *normóticos*; e Flávio Ferraz, que escreveu o livro *Normopatia* (2011). Evidentemente, outras perspectivas aparecerão também em suas especificidades, como a alexitimia, certas características de pacientes psicossomáticos e ainda os estágios de não experiência dos quais fala Ogden (1977). Nossa ideia é percorrer tanto a fenomenologia dos sujeitos com esse tipo de configuração psíquica quanto questões transferenceis e contratransferenceis que aparecem em tais análises, ainda que nem sempre os autores citados concordem entre si.

O que seria um normopata? Etimologicamente, seria aquele que é “doente” de uma normalidade. Transpondo isso para a psicanálise, em poucas palavras, é aquele que apresenta uma normalidade anormal, ou seja, uma pessoa que, embora aparente ser bem-sucedida socialmente e sem grandes queixas, tem uma vida subjetiva pobre de recursos simbólicos, com pouca abertura para a vivência de afetos, sejam eles de que tipos forem; alguém com muita

difficuldade de entrar em contato com o próprio mundo subjetivo. Bollas afirma que é alguém que “nos parece assustadoramente vazio, mas esta observação é ainda mais notável considerando que ele pareceria ser assim apenas para nós, enquanto em si mesmo ele parece ser destituído de desejo” (2015, p. 171).

Gostaria de entender a normopia não como um diagnóstico ou uma estrutura, mas como uma maneira de estar no mundo de um sujeito que encontrou esse modo, essa defesa, como “solução” para seu psiquismo. Essa maneira de estar no mundo, que veremos com mais detalhes a partir das lembranças de Clarice sobre a análise de Gabriel, faz com que a relação analítica seja complicada, uma vez que o vazio se expressa principalmente na contratransferência, na dificuldade do analista em fazer laços e criar uma transferência para que a análise se realize. O analista, em geral, quando vai falar desses pacientes, mais do que de elementos da história deles, fala de seus próprios sentimentos. Ele “preenche” o vazio dos sentimentos com suas frustrações e questionamentos constantes – e até mesmo, por vezes, com certas passagens ao ato.

Retomando o relato de Clarice e sua primeira entrevista com Gabriel, é possível perceber algo de estranho e ainda não nomeável, mas que faz o analista refletir no fim do dia. A questão é que, no nosso primeiro contato com os normóticos, não sabemos bem como pensá-los. No entanto, enquanto analistas, não passamos ilesos à sua presença.

Por que viria o normótico à análise já que sua vida é tão normal e aparentemente livre de sofrimentos? É verdade que não são sujeitos predominantes na clínica, mas quando chegam, podem estar à beira do colapso dessa normalidade (Bollas, 2015), ou então são endereçados por outras pessoas de seu convívio que os estão considerando “insuportáveis” (Ferraz, 2011). Há ainda aqueles que vêm por considerar que fazer uma análise faz parte do que é convencional em seu ambiente (McDougall, 2018), algo que se faz “nas boas famílias” ou “nos dias de hoje”.²

O efeito das primeiras entrevistas sobre o analista é diverso. McDougall (2018) fala de sua experiência de parecerem “bons casos” à primeira vista, com alguma capacidade de falar sobre a infância e certos sintomas neuróticos. O problema é que, apenas após um tempo, o analista percebe que tais sintomas não são motivos reais de interesse para a pessoa. Bollas (2015), no caso de um de seus pacientes, diz nunca ter superado o impacto de tê-lo encontrado, já que o contraste da história pregressa do paciente com seu desinteresse por tudo que lhe acontecia era muito marcante. Clarice, no entanto, fica no meio do caminho: acha que o paciente não vai continuar porque identifica alguma

2 É interessante o questionamento de Nicoletti (2023) sobre o “excesso” da busca de terapia nos tempos atuais. Não acho que todos que buscam terapia nesses moldes são normóticos, mas a “normalização” da psicoterapia é algo muito difundido nos dias de hoje, a ponto de encontrarmos comumente, em perfis de relacionamento, a descrição “terapia em dia”.

coisa “estranha”, mas ao mesmo tempo pensa que pode ser um jeito de se apresentar típico de primeiras entrevistas.

Pensamento operatório

DIÁRIO CLÍNICO DE CLARICE

Quero repassar mentalmente a sessão de hoje com Gabriel sobre o armário. Não é possível que eu só me lembre dessa palavra: armário!

Lembro que em algum momento ele disse:

– Nós fomos para nossa casa de campo no feriado. Eu queria construir um armário para colocar as ferramentas e deixar tudo organizado. Gosto de tudo muito organizado. Já tinha conseguido comprar a madeira e feito um plano de como seria a estrutura. Estava serrando as prateleiras, e estava dando tudo certo. Minha esposa sugeriu que tivesse gavetas embaixo para colocar as coisas menores dentro. Claro que seria uma boa ideia. Só que fazer gavetas é uma coisa muito complicada. Ninguém imagina, parece uma coisa besta, mas tem um monte de coisas envolvidas nisso, e pode dar muito errado. Quando eu estava na fase de colocar as dobradiças, vi que eram do tamanho errado. Só que era feriado, não tinha loja aberta para comprar a dobradiça certa.

Tento dizer alguma coisa:

– Houve algo então que saiu dos seus planos, e que colocou em xeque todo o seu projeto do feriado...

– Não! Porque o que eu precisava fazer era reestruturar o tamanho da gaveta, para que desse certo aquela dobradiça. Foi o que eu fiz. Mas precisei construir novas gavetas do zero, porque não tinha como refazer aquelas que já estavam inclusive coladas. Eu peguei a madeira e comecei o corte. Dessa vez, o que eu precisava fazer era ajustar a medida...

– Deve ser frustrante ter que começar o trabalho todo de novo, mas ao mesmo tempo você parecia muito empenhado em fazer dar certo...

– Hum. Porque eu tinha a ferramenta x, que daí...

Olho para o relógio com uma insistência que me envergonha. O tempo não passa... O que acontece com essa sessão que ela nunca passa? Eu me lembro da sensação que eu tinha na escola com algumas aulas – das aulas de química que nunca terminavam, e eu olhava o relógio, olhava de novo, e só tinham se passado dois minutos. Mas depois vinha a aula de história e mudava tudo: ela terminava antes que pudesse acabar, antes que eu olhasse uma só vez o relógio... Há pacientes cuja sessão parece que dura efetivamente 20 minutos, enquanto a de outros parece que dura uma hora e meia...

Fui para as aulas da infância e não estou escutando mais nada sobre a construção da gaveta... Fico culpada! Será que perdi alguma coisa importante?

Escuto de novo: agora está no momento do encaixe... Se ao menos ele estivesse se divertindo com esse armário, ou feliz porque conseguiu realizar algo difícil, ou nervoso com a esposa, que lhe pede gavetas que são difíceis demais de fazer... Não! Nada! E não tenho a sensação de que esteja realmente se importando com minha presença ou não ali.

Olho de novo para o relógio: só se passaram cinco minutos. Tento voltar à minha época de escola e já não consigo mais: agora estou presa dentro do armário, sem solução nenhuma...

Grande parte dos autores que falam dos pacientes normóticos, em algum momento, correlaciona seu tipo de pensamento ao dos pacientes psicossomáticos. Quando estudamos o pensamento operatório, assim denominado por Pierre Marty e Michel de M'Uzan (1994), vemos que esse tipo de pensamento se caracteriza por uma extrema ligação da fala do paciente aos fatos e aos objetos, revelando, para os autores, uma falta de atividade fantasmática. Assim, Gabriel reproduz sua ação de construir o armário sem questionamento nem qualquer tipo de reflexão: foi isso que ele fez no feriado, é isso que ele tem a contar. Os autores ressaltam ainda ser um paciente cuja "originalidade consiste, essencialmente, no fato de que ele não dá significado à ação, mas sim a reproduz: a palavra, aqui, não faz nada além de repetir o que a mão fez trabalhando" (p. 168).

Também notamos que não há silêncios constantes nem uma fala incompreensível do lado do paciente. No entanto, aparece uma dificuldade em estabelecer relações quanto àquilo que está sendo dito e, mais ainda, em perceber algum tipo de implicação afetiva na fala. São essas características que fazem pensar que o normótico seria uma "coisa" entre outras coisas do mundo, mais que um sujeito com ampla gama de afetos e conflitos. Assim, ao contrário do que tenderíamos a imaginar no início, não são em geral indivíduos isolados socialmente ou com grandes dificuldades no trabalho, por exemplo. O que é particular é apenas a maneira de se relacionar com as pessoas e as coisas.

Marty e De M'Uzan preveem uma pequena possibilidade de fantasia do paciente psicossomático, mas que fica isolada, como todo o resto, e também "não vai para frente". Nas sessões entre Clarice e Gabriel, é Clarice que vai para o outro lado. Alguns talvez considerem que ela está tendo uma espécie de reverie, em vez de puramente uma "retração narcísica".³ No entanto, até ela fica perdida e não consegue construir algo com a lembrança que lhe veio.

É assim que a própria transferência pode ser chamada de operatória.

3 McDougall (2018) dá um exemplo de sessão com um paciente em que chama de retração narcísica o fato de já não conseguir escutá-lo ou se interessar pelo que ele está dizendo operatorialmente.

Transferência operatória

DIÁRIO CLÍNICO DE CLARICE

Ele muitas vezes fala do filho, um adolescente que o aborrece e precisa muito dele. Diz algo sobre um transtorno de aprendizagem, mas não entendi direito se esse foi um diagnóstico dado por alguém – e então ele teria pedido ajuda? – ou se foi um nome que encontrou no senso comum. De todo modo, conta que esse filho está sempre com “problemas na escola”. Quando se refere a ele, fala mais dos aborrecimentos que lhe causa do que de uma preocupação genuína com o futuro e os sofrimentos do menino. São os únicos momentos em que consigo vislumbrar algum tipo de afeto, uma certa raiva, um ódio – será? Esse menino diferente dele “o atrapalha”.

Tento acessar esses sentimentos, pensar em como seria ter um filho tão diferente dele, que sempre foi um excelente aluno. Gabriel resmunga como se eu estivesse falando bobagens em uma língua estrangeira. Mas, se ele se aborrece, penso que já é alguma coisa, posso investir em alguma coisa!

E então ele diz algo como:

– Olha, é óbvio que me aborrece, é óbvio que todas as crianças bem alimentadas e com o padrão de vida que nós temos deveriam se sair bem na escola. Ele tem tudo, deveria conseguir.

Tento trocar a afirmação por uma pergunta:

– Se ele deveria conseguir, por que será que não consegue?

– Segundo eu li, os transtornos de aprendizagem atuam de modo que...

E me dá um monte de referências técnicas sobre o que seriam os transtornos.

Dou-me conta de que fui meio burra. É óbvio que, se há um “transtorno”, essa é a causa! Tento ainda outra coisa que me vem:

– Estava aqui pensando em crianças que eu conheço: algumas se esforçam muito para ser como os pais, para nunca lhes dar nenhuma preocupação. São crianças que vivem e crescem um pouco escondidas daquilo que poderiam desejar ser e fazer. Outras, pelo contrário, já se rebelam contra essa “ordem” dos pais logo cedo. Parece que têm um ímpeto maior de serem elas mesmas antes de satisfazer qualquer desejo de outra pessoa...

– Não, meus pais são ótimos.

Um dos motivos pelos quais o contato analítico com pacientes como Gabriel é difícil se deve a uma transferência que pode ser chamada de operatória. As regras clássicas do enquadre são bem-aceitas – o paciente vem, paga corretamente, não falta –, e no entanto fica para o analista a sensação constante de que nada acontece e de que uma sessão depois de muito tempo de atendimento não é muito diferente da primeira entrevista.

Seria possível pensar, de início, em uma grande resistência à análise, mas logo percebemos que não é exatamente como em outros casos em que tal resistência se mostra em ataques ao enquadre ou ao próprio analista. O que parece complicado, aqui, é que a análise aparenta ser também ela apenas mais uma “coisa” no meio de tantas outras, sem nenhum valor a mais ou a menos.

O vazio também está na transferência, que nos estudos citados recebe o nome de *transferência operatória* ou é designada como *relação a-transferencial* (McDougall, 2018). Seja como for, há uma negação, por parte do paciente, de que o analista tenha pensamentos e uma vida própria, de que ele possa pensar diferente.

Gabriel utiliza a formulação “é óbvio que” para expressar que existe um “senso comum” segundo o qual as coisas funcionam de certa maneira para todos. Então, a analista certamente concordaria com ele, não porque seja um bom argumento, mas porque não existiria outro válido.

É nesse sentido que podemos pensar em um fechamento ao mundo com características muito particulares: a recusa da interpretação não é contra a analista; é a recusa de um mundo que não funciona de um jeito preestabelecido, “normal”.

A cena sobre o filho é paradigmática nesse caso. A princípio, pensamos imediatamente na instauração de um conflito: um filho diferente do que o pai esperava, algo bastante comum na clínica. Diante de uma intervenção como a de Clarice, costumamos ouvir várias possíveis “respostas”. Por exemplo: “Sim, é muito difícil mesmo. Não era o que eu sonhei para o meu filho”; “Mas o que vai ser dele no futuro quando eu não estiver mais aqui?”; “Não! Eu amo meu filho do jeito que ele é. Você está dizendo que eu não o amo?”; ou mesmo o silêncio...

Mas o que acontece aqui é que o conflito só se configura como tal para a analista, e não para o paciente. Gabriel “normaliza” o conflito que Clarice vê, o apresenta como um “aborrecimento”, uma chateação do mundo. Se, por um lado, algo que não vai bem é “um problema que o outro causa”, isso é colocado como algo a ser solucionado rapidamente ou então parte do “inelutável da vida”.

Por isso, não é que o analista não identifique o conflito, mas ele é “pasteurizado” antes que possa se desenrolar – lembrando, de novo, que essa pasteurização do que poderia ser identificado como um conflito se dá tanto intrapsíquica quanto intersubjetivamente, o que talvez seja uma das causas da sensação de vazio transferencial, com uma profusão de sentimentos contratransferenciais.

É assim que se produz um verdadeiro desencontro entre Clarice e Gabriel, como se cada um estivesse falando de um lugar completamente diferente do outro. Clarice estaria pensando segundo uma perspectiva mais neurótica, aquela do conflito entre pai e filho. Gabriel, porém, não responde desse lugar, porque suas questões não estão em uma conflitualidade; talvez se trate da falta de questões, sua própria dificuldade em pensá-las e senti-las.

Contratransferência

DIÁRIO CLÍNICO DE CLARICE

Dia de atender Gabriel de novo. Precisarei passar por essa sessão com tudo o que tem de entediante. Mas também não sei o que escolher: fico entre o tédio e um certo desespero, a sensação constante de não ter recursos, ou pelo menos de não ter os recursos “certos”, de não conseguir fazer nada de analítico, tampouco de não analítico. Nada funciona... É com ele que me deparo todas as semanas com a sensação de um não ser analista, é com ele que eu falho. E falho também em não o mandar embora, em não dizer de uma vez por todas que não sei ajudá-lo, que nada está funcionando, que talvez outro colega seja melhor do que eu...

Sofro com essas sessões. Não consigo entender o que estamos fazendo juntos, nem por que ele não desiste. Perguntei umas semanas atrás o que ele achava da análise. Secretamente, esperava que ele fosse dizer que não tinha mudado nada na sua vida, que eu era uma má analista, que queria ir embora. Eu estava tão pronta para que ele fosse embora! Ele disse que achava algumas sessões legais e outras inúteis. Mas que tudo bem para ele, ia continuar. Fiquei sem saber o que fazer com essa resposta. Como é que pode minha contratransferência ser tão negativa, e ele simplesmente estar ok com isso? O que é que eu não estou vendo? Por que não estou conseguindo?

Ao mesmo tempo, não é uma coisa simples mandar alguém embora. Pode ser de uma violência que também não sei medir... E, para ser sincera, eu também não tenho certeza se quero que ele vá embora... Ou seja, só consigo pensar que ele me impacta, muito, sempre, desde a manhã do dia em que vou atendê-lo até as muitas supervisões diferentes que procuro para quem sabe me ajudar no seu caso (ou pelo menos me ajudar em tudo isso que sinto no seu caso).

Mas será que não existe alguma outra coisa que eu possa fazer? Procurar uma leitura, um filme, uma nova supervisão?

Ele não sente nada, e eu sofro...

Uma transferência operatória desemboca em uma contratransferência abundante. Já o questionamento do analista com ele mesmo faz parte de tentar sobreviver a essa situação analítica improvável. Mas por que se questiona tanto o analista e por que é tão difícil estar em presença desses casos?

Um dos primeiros conceitos que todo analista em formação aprende é o de transferência. Penso aqui em transferência no sentido mais amplo, como a colocação em ato de identificações dirigidas ao analista, incluindo também o estabelecimento de ligações entre paciente e analista. Um trabalho fundamental da análise é o de estabelecer ligações, seja entre a dupla analítica (por meio da transferência), seja com os conteúdos ditos na sessão (por meio

da interpretação), seja tentando promover a capacidade de ligação de analisandos que chegam com essa função muito prejudicada. Como então estar diante de alguém que as recusa todas, sem no entanto deixar de estar presente e “falando”?

Essa questão traz à tona uma outra de difícil discussão nos grupos clínicos: como fica a ética do analista em relação a mandar um paciente embora? Até que ponto devemos lidar com isso como uma contratransferência, e então dentro do campo analítico e passível de análise, e qual é o momento em que o limite do analista é atingido, sendo mais honesto renunciar à onipotência de “ajudar a qualquer custo” e sugerir a procura de outro analista ou outra linha de trabalho?

Quando o analista “não aguenta” seu paciente, isso significa que é um mau analista, um analista sem recursos? Se alguns enxergariam assim sem o dizer, outros usariam a fórmula “sem recursos para aquele paciente naquele momento”. Poderia, sim, ser ético o encaminhamento a outro profissional, o que, algumas vezes, revela-se muito positivo, quando essa passagem é feita de maneira cuidadosa. Ficaria a ideia de que uma dupla analítica pode chegar apenas até certo ponto e que o caminho daquele paciente está aberto a novos encontros e possibilidades. Mesmo assim, é uma passagem delicada do ponto de vista do paciente, que pode se sentir rejeitado ou ficar com o sentimento de perda de tempo e dinheiro. Mas pode ainda se sentir cuidado até o final e tentar realmente um novo encontro. Essa seria a melhor das hipóteses.

Contudo, verifica-se também a “torcida” consciente ou inconsciente do analista para que o paciente tome a dianteira e desista, ou a explicitação da “desistência” do analista de maneiras que podem ser ainda mais violentas para o paciente: um aumento abusivo de honorários, a súbita “indisponibilidade” daquele horário e de outros, ou então o encerramento abrupto da análise. Há ainda a indisponibilidade velada a cada sessão, em que o analista “desiste” de pensar e se questionar, tornando as sessões com o paciente rotineiras e “normóticas”. Por outro lado, se a indisponibilidade do analista consegue ser vista e analisada como contratransferência, se o analista continua a se questionar e não perde seu mal-estar, algo ainda está acontecendo nesse processo analítico.

A subjetivação

DIÁRIO CLÍNICO DE CLARICE

Depois das últimas sessões, tão terrivelmente parecidas com aquela do armário, tentei o máximo possível fazer diferente ou estar diferente.

Sei que em determinado momento ele mencionou os pais. Nunca ouço falar dos pais dele, ou melhor, ouço só como uma entidade em conjunto, nunca como pessoas separadas. Decidi perguntar um pouco mais sobre eles, diretamente, mas de um jeito habilidoso o suficiente para que ele quisesse responder. O que ele contou?

Que os pais são normais (a palavra é dele). Que não se lembra de nada da infância, mas que foi uma infância boa. Eles eram sócios de um bom clube, iam ao cinema, à casa dos amigos, aos shows e jogos de futebol do momento. Ainda hoje, quando acontece de se encontrarem, veem TV juntos. Mas não é com nenhum carinho que fala disso; é só como uma enumeração de fatos.

– Do que você brincava?

– Sei lá. Lego, videogame, andar de bicicleta...

Fico com a certeza de que ele montava o Lego, mas não brincava com ele, e que as brincadeiras com os pais não se utilizavam de fantasia.

– E você brincava com os seus amigos?

– Não lembro, acho que sim... Só quando eu fiquei adolescente que meus amigos queriam ficar com as meninas e eu queria jogar videogame...

– E aí você ficou triste? Se sentindo sozinho? [Sei que me arrisco, mas o “Como você se sentiu?” eu já sei que não vai levar a nada...]

– Sei lá, normal... Eu sempre dava um jeito. Meus pais sempre diziam que eu devia ter soluções, e não problemas. E é isso mesmo. Falo a mesma coisa para o meu filho.

Todos os autores consultados são unânimes em pensar que uma pessoa não “nasce”, ela se torna normótica, o que põe o papel do ambiente como fundamental para esse modo de subjetivação. Bollas (2015) afirma que uma criança normótica geralmente tem pais também normóticos, mas que o contrário nem sempre é verdadeiro, uma vez que a criança pode ter a chance de “escapar” de tal destino. Desse ponto de vista, não estaríamos falando de uma criança que foi desinvestida ou que foi investida negativamente: ela teria sido investida operatoricamente.

Em uma perspectiva fenomenológica, na relação de pais normóticos com filhos normóticos, é comum encontrarmos o que Gabriel descreve quando fala de suas brincadeiras: é uma relação em princípio pouco traumática, mas também pouco criativa; tudo funciona bem, e *funcionar* é aqui uma palavra importante. Os jogos são em geral estruturados, e a rotina, estrita. Do mesmo modo, a frase dos pais de Gabriel é bastante comum: “Não me venha com problemas; venha com soluções”, uma vez que não há um espaço afetivo e reflexivo para lidar com os conflitos. A relação causa-consequência é predominante, e a vemos também no exemplo da sessão sobre o armário, em que a

frustração não é vivida como frustração, o problema é acompanhado de uma solução antes que se configure como problema.

Um normótico com pais também normóticos não teria sido espelhado por eles de maneira suficiente. Como poderia alguém com dificuldades reflexivas muito importantes transmitir a outro essa capacidade que lhe falta? É o que faz Bollas (2015) pensar em chamar esses pacientes de *não nascidos*, como se tivessem faltado a eles os estágios finais do nascimento psicológico.

Por outro lado, para McDougall (2018), não seria necessariamente um objeto primário operatório que criaria essa defesa normótica: ela poderia vir de uma rejeição radical da alteridade, no que esta poderia ter trazido de excessiva, traumática ou violenta. A extrema normalidade aparece, em realidade, como uma defesa também extrema, como a necessidade de se apartar dos conteúdos afetivos e potencialmente traumáticos que, se em contato com a subjetividade, poderiam fazer um colapso advir. Evita-se o colapso a partir de uma normalização. Os afetos e as pessoas, desse modo, seriam não apenas colocados de lado ou rechaçados, mas desmentidos.

Seja como for, o normótico teria seus afetos, mas encontraria uma impossibilidade intersubjetiva – um objeto primário incapaz de espelhá-lo, um investimento negativo intenso, ou ainda um pouco das duas coisas –, que o levaria a congelar os próprios afetos e a fazer o mesmo com aqueles à sua volta.

O normótico precisou ser assim nomeado por esses autores porque mexe com o campo analítico de uma forma diversa de outras organizações psíquicas. Ele tem o pensamento operatório, a falta de atividade fantasmática consciente e as dificuldades de mentalização dos psicossomáticos, mas nem sempre apresenta somatizações. Seu vazio-nada se parece muito com o estágio da não experiência da esquizofrenia (Ogden, 1977), e seu sistema defensivo pode encobrir uma psicose, mas não apresenta delírios nem um predomínio de identificações projetivas. Existe uma dificuldade de associação livre devido ao controle dos pensamentos e aos traços de memória isolados e sem contato possível com seus afetos correspondentes, tal qual em uma neurose obsessiva, porém o mecanismo não parece ser o do recalque, e os comportamentos, em vez de serem rituais – cujos sentidos são dados pelas fantasias inconscientes –, são automáticos, cuja função seria preencher os vazios de sentido (Ferraz, 2011).

Desse modo, o normótico tem características de várias organizações, sem que no entanto possa ser definido por elas ou ter uma delas como a

principal.⁴ A dificuldade de contato com a própria subjetividade é um de seus traços mais marcantes. Por conseguinte, a dificuldade do analista com a subjetividade do paciente é a resposta complementar dessa transferência. O sofrimento contratransferencial do analista, contrastante com a aparente falta de sofrimento do paciente, é ainda maior do que em outros casos considerados difíceis, em que o analista também experimenta a rejeição ou a resistência a suas interpretações ou um sentimento vívido de impotência diante do paciente. Compreendendo melhor como esse paciente funciona, talvez fique um pouco mais fácil entender por que isso acontece.

Os medos e as esperanças

DIÁRIO CLÍNICO DE CLARICE

Gabriel chega desesperado. Diz que nunca sonha, mas hoje aconteceu. Sonhou que entrava no campo em um jogo de futebol. Embora ele não consiga me contar direito, entendo que sente muita atração ou tem algum tipo de relação sexual com um jogador de seu time. Envergonhado, assustado, desesperado... De repente, há ali um monte de emoções que eu nunca vi. Não que ele saiba nomear, que ele esteja me dizendo que sente tudo aquilo, mas está ali, bem na minha frente, e eu tenho ao mesmo tempo que lidar com a surpresa desse monte de emoções, com a surpresa da sua surpresa, e tentar desvendar o que ele não consegue me contar direito desse sonho...

A única coisa que ele expressa claramente, ainda que em desespero, é que não é homossexual e nunca teve atração por homens, que tudo bem se tivesse, mas ele não tem, e que aquilo só podia ter acontecido porque ele tinha essas sessões comigo, que ele não tinha sonhos assim – aliás, ele nem tinha sonhos, isso não era normal...

Completamente pega de surpresa, tento – como ele – me recuperar. Digo que podia ser, sim, um efeito da análise, mas que estava tudo bem, os sonhos eram assim mesmo, aconteciam coisas bem estranhas, e às vezes elas podiam ter a ver com alguma coisa que ele assistiu ou leu no dia anterior, por exemplo...

Ele me conta que tinha ido ao estádio com uns amigos na véspera. Digo algo como:

- Ah, você gosta de futebol! Você gosta de ver os jogos no estádio?*
- Todo mundo no Brasil gosta de futebol!*

4 Psiquiatricamente, teríamos ainda os alexotímicos, definidos por quatro dimensões muito similares, mas não completamente iguais aos normóticos, já que se trata de um diagnóstico de outro campo: “Incapacidade de identificar e exprimir verbalmente suas emoções e seus sentimentos; limitação da vida imaginativa; pensamento de conteúdo pragmático, modo de expressão muito descritivo, abordando principalmente os aspectos triviais dos acontecimentos vívidos, sem verdadeira elaboração; recurso à ação para evitar os conflitos ou exprimir as emoções” (Corcos, 2011, p. 151).

De imediato, começo a me arrepender da minha intervenção. Quando ele finalmente me diz alguma coisa “anormal”, eu trato de normalizar e quase faço uma troca de assunto, e aí ele volta para o “normal”.

Mas não tenho a impressão de todo o resto da sessão ter sido tão “normal”. Como faço para me mexer entre esses dois polos, a falta de afetos e o seu excesso? Aliás, como nos mexemos os dois? Será que perdi a única oportunidade que tivemos? De todo jeito, acho que o evento marca algo que jamais esqueceremos. Mesmo que ele volte ao “normal”, o “anormal” deu as caras.

Qual seria então o “prognóstico” de uma análise nesses termos? É preciso lembrar que ela se propõe a fazer o exato oposto do que o normótico oferece: o convite analítico é para um mergulho no interior da subjetividade, o trabalho com o onírico, o contato com as fantasias inconscientes, que trazem à tona desejos, afetos e angústias. A análise dá importância a tudo que há de “anormal” em cada um de nós, confere-lhe um lugar. O que se pode esperar então de forças tão opostas?

Percebemos que Clarice não desiste. E essa não desistência não significa apenas continuar oferecendo a Gabriel seu horário; ela continua, sobretudo, trabalhando simbolicamente. Faz diversas leituras, supervisões, estabelece ligações. Além disso, ela pensa a situação analítica, tenta intervenções, percebe que não funcionam, arrisca outras – enfim, procura perceber-se enquanto analista todo o tempo.

Seria fácil, diante de tais dificuldades, simplesmente dizer que o paciente é um antianalisando e que então o trabalho está acabado: ele é assim, nada pode ser feito, nada se pode esperar... Entretanto, sendo analistas afetados, encontramos nos autores estudados algo que os “empurra para frente”, ao mesmo tempo que há, o tempo todo, um reconhecimento das dificuldades do caminho.

Em termos de técnica, embora nem sempre o normótico sofra de somatizações, as aproximações ao pensamento operatório, suas questões e sua técnica por vezes convergem. Ferraz (2011) aproxima com consistência seus funcionamentos a uma falha de mentalização, termo usado pela psicossomática. Assim, tanto o normótico quanto o paciente psicossomático respondem mal, ou melhor, não respondem, na maior parte das vezes, às interpretações, tal como a fazemos a neuróticos ou mesmo àqueles casos de não neurose. Com base em Marty, Ferraz observa que seria importante tentar “intervenções pouco interpretativas” (p. 146). Com isso, paulatinamente, o analista pode tentar fazer o paciente se interessar por sua atividade onírica. Sendo a psicose um destino da quebra da normopatia, o cuidado e os avanços lentos seriam altamente recomendados.

Bollas (2015), por sua vez, no relato do caso de um adolescente chamado Tom, ressalta que suas falas que tentavam fazer conexões entre os fatos e os

afetos, ou aquelas que tentavam nomear o que o garoto poderia estar sentindo ou ter sentido, não o interessavam absolutamente e eram recebidas em geral com um “ok”. Quando, porém, o analista começou a contar um pouco sobre seus próprios sentimentos enquanto adolescente, isso pareceu deixar Tom um pouco mais interessado, ainda que um tanto ansioso e inseguro.

Segundo McDougall (2018), depois de reiteradas experiências em que suas interpretações caíram no vazio com esses pacientes, chegou a tentar oferecer fantasmas pessoais – o que compreendo estar mais próximo da experiência mencionada por Bollas – ou apostar na criação de cenas que teriam sido imaginadas a partir daquilo que os pacientes diziam, mas em geral essas tentativas eram rejeitadas, como se fossem da ordem do absurdo.

Ferraz (2011), por outro lado, é bem-sucedido, com alguns de seus pacientes normóticos, em construir espaços para uma lenta “desnormalização”, abrindo a chance de surgir alguma atividade onírica, como vemos no caso de Alberto, no qual o sonho de Gabriel foi inspirado. Até que ele chegasse ao sonho, Ferraz passou um período da análise fazendo comentários aos relatos do paciente, com a função única de manter a relação entre os dois viva. Em um segundo momento, começou a fazer intervenções que consistiam em falar de imagens que lhe vinham à mente a partir dos relatos do paciente. Tais intervenções são bastante próximas das descritas por McDougall, porém, no caso da insistência progressiva de Ferraz, e levando-se em conta as características de seu paciente, parecem ter conseguido formar um processo que pôde culminar na chegada do sonho.

Seja como for, parece-nos que a situação analítica com um normótico, para além de todo o sofrimento contratransferencial que produz – e isso é unânime em todos os autores –, tem um destino incerto. Pode tanto cair no vazio e sofrer ela mesma um congelamento, quanto conseguir descongelar os afetos, permitindo ao analista construir com o paciente um processo de análise.

Afinal, como afirma McDougall:

O trabalho analítico é um processo criativo, e esses sujeitos trazem em si todos os elementos para criar seu analista e sua aventura psicanalítica, como qualquer um. Se, quando se engajam em uma análise, nada é criado, talvez sejamos nós que não soubemos escutar seu apelo. (2018, p. 238)

Que o analista possa manter-se vivo nessa análise e que, quando der, possa tentar oferecer imagens e tecer histórias que o paciente não consegue contar mostra-se uma possibilidade de intervenção porventura frutífera, contanto que o analista compreenda que muitas vezes “cairá no vazio”, antes que algo comece a se constituir por parte do paciente. Espera-se, assim, que de

um vazio-nada emerge um sujeito – ou, ainda, que essa não seja apenas uma clínica da desilusão.

Esperanza y desesperación en la clínica de las normopatías

Resumen: A veces nos encontramos en nuestra clínica con personas que tienen una configuración especial y que nos ponen, como analistas, en una situación difícil y con muchas dudas. Estos individuos suelen venir afirmando que todo va bien en sus vidas, que no hay conflictos, pero el analista se da cuenta de que son personas con muy poco interés por su propio mundo interior y con poca curiosidad tanto por ellas mismas como por los demás. Esta falta de interés muestra una gran dificultad para entrar en contacto con su propia subjetividad, como si ni siquiera existiera. Son personas “anormalmente normales”, portadoras de un vacío que no se manifiesta o no es sentido como vacío. Las dificultades transferenciales y contratransferenciales son inmensas, revelando lo que varios autores llaman la clínica de las normopatías. En este trabajo, a través de viñetas clínicas ficcionadas, la autora propone una inmersión teórico-clínica en la experiencia de una consulta, con todas sus esperanzas y desesperaciones.

Palabras clave: normopatía, vacío, clínica, pensamiento operatorio, normótico

Hope and despair in the normopathy clinic

Abstract: Sometimes we meet people in our clinic who have a special configuration and who put us, as analysts, in a difficult position and with many doubts. These individuals usually come in claiming that everything is going well in their lives, that there is no conflict, but the analyst realizes that they are people with very little interest in their own inner world and with little curiosity either for themselves or for others. This lack of interest shows a great difficulty in getting in touch with their own subjectivity, as if it didn't even exist. They are “abnormally normal” people, carrying an emptiness that doesn't show itself or isn't felt as an emptiness. The transferential and counter-transferential difficulties are immense, revealing what several authors call the normopathy clinic. In this work, through fictionalized clinical vignettes, the author proposes a theoretical-clinical dive into the experience of a consultation, with all its hopes and despairs.

Keywords: normopathy, emptiness, clinic, operative thinking, normotic

Espoir et désespoir dans la clinique des normopathies

Résumé : Nous rencontrons parfois dans notre clinique des personnes qui ont une configuration particulière et qui nous mettent, en tant qu'analystes, dans une position difficile et avec beaucoup de doutes. Ces personnes viennent généralement

en affirmant que tout va bien dans leur vie, qu'il n'y a pas de conflit, mais l'analyste se rend compte qu'il s'agit de personnes qui ont très peu d'intérêt pour leur propre monde intérieur et peu de curiosité, que ce soit pour elles-mêmes ou pour les autres. Ce manque d'intérêt se traduit par une grande difficulté à entrer en contact avec leur propre subjectivité, comme si elle n'existait pas. Ce sont des personnes « anormalement normales », porteuses d'un vide qui ne se manifeste pas ou qui n'est pas ressenti comme un vide. Les difficultés transférentielles et contre-transférentielles sont immenses, révélant ce que plusieurs auteurs appellent la clinique des normopathies. Dans cet article, à travers des vignettes cliniques romancées, l'auteur propose une plongée théorico-clinique dans l'expérience d'une consultation, avec ses espoirs et ses désespoirs.

Mots-clés : normopathie, vide, clinique, pensée opératoire, normotique

Referências

- Bollas, C. (2015). A doença normótica. Em C. Bollas, *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado* (F. Marques, Trad., pp. 167-188). Escuta.
- Cornos, M. (2011). Alexithymie: une émotion sans qualité. In S. Carton, C. Chabert & M. Cornos, *Le silence des émotions: clinique psychanalytique des états vides d'affects* (pp. 141-242). Dunod.
- Ferraz, F. C. (2011). *Normopatía: sobre adaptação e pseudonormalidade*. Casa do Psicólogo.
- Marty, P. & De M'Uzan, M. (1994). O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 165-174.
- McDougall, J. (2018). O antianalisando em análise. In J. McDougall, *Em defesa de uma certa anormalidade* (M. Seincman, Trad., pp. 105-123). Via Lettera.
- Nicoletti, A. S. (2023). (Uma) Analista millennial. *Jornal de Psicanálise*, 56(105), 327-334.
- Ogden, T. (1977). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Jason Aronson.

Recebido em 3/2/2025, aceito em 17/2/2025

Bruna Paola Zerbinatti
zbrunapaola@gmail.com

doi: 10.69904/0486-641X.v59n1.06