

Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: discussão da metodologia de pesquisa

Julio Verztman
Teresa Pinheiro
Patrícia Saceanu
Diane Viana

Este artigo visa apresentar o estado atual de desenvolvimento da pesquisa intitulada "Patologias narcísicas e doenças auto-imunes", que vem sendo realizada desde março de 2002, a partir de um acordo entre o Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e o Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Trata-se de uma investigação teórica e clínica, que pretende comparar o atendimento psicanalítico oferecido a dois grupos de sujeitos. A principal motivação desta pesquisa foi a constatação de que atualmente nos deparamos na clínica psicanalítica com quadros que os referenciais teóricos habituais, centrados no modelo da histeria, pareciam insuficientes para explicar. Enfatizamos a especificidade da metodologia utilizada e alguns de seus principais aspectos teóricos e clínicos. Fornecemos também um breve panorama sobre metodologia qualitativa de pesquisa e sua possível correlação com o campo psicanalítico.

Palavras-chave: Pesquisa clínica, psicanálise, metodologia qualitativa, patologias narcísicas

Este artigo representa um esforço no sentido de romper com determinados preconceitos, de parte a parte, quando é discutido o tema da pesquisa em psicanálise. Dizemos *de parte a parte* porque tanto os psicanalistas torcem o nariz quando são colocados diante de outros modelos de pesquisa distintos dos clássicos estudos de caso, quanto os pesquisadores de outras áreas (mesmo quando por acaso também são psicanalistas) mostram seu desprezo quanto à possibilidade de pesquisas com rigor metodológico serem realizadas com base na clínica psicanalítica. Pretendemos demonstrar que este preconceito mútuo é fruto de alguns enganos provocados por diálogos mal mediados, que terminam por realçar características que não são necessariamente opostas e por desconhecer conceitos que garantem espaço epistemológico a cada um dos campos. Antes de iniciarmos esta discussão, entretanto, forneceremos, apenas a título de indicação e citação, os principais elementos do itinerário que culminou na nossa pesquisa de campo.¹

Esta pesquisa teve como ponto de partida os questionamentos que alguns casos de depressão na contemporaneidade nos colocavam (Cf. Pinheiro, 1993). Para abordá-las, recorreremos, ainda num contexto de pesquisa teórica, à teoria do trauma de Ferenczi e à metapsicologia da melancolia apresentada por Freud em 1917. Torok (1978) já havia indicado, num de seus artigos, que a teoria do trauma de Ferenczi poderia ser considerada um outro modo de entendimento da melancolia, numa proposta que merecia aprofundamento, principalmente quanto aos conceitos de identificação com o agressor e clivagem (Cf. Verztman, 2002).

Esse caminho teórico inicial permitiu-nos formular a hipótese de que outros quadros nosológicos poderiam estar compreendidos na

metapsicologia da melancolia, ou, como acreditamos atualmente, que a melancolia seria apenas um dos quadros a fazer parte de uma gama mais ampla de patologias, as quais passamos a definir, seguindo sugestão de outros autores, como *patologias narcísicas*.² Proposições clínicas tais como pacientes organizados em torno do falso-*self*, personalidades narcísicas, casos-limite, entre outros, atraíram nossa atenção para uma possível comparação clínica com a melancolia.

Ainda no campo teórico esbarrávamos em outro entrave: o modelo da histeria, organizado em torno do recalque, não rendia frutos na clínica dessas patologias. Conceitos fundamentais da trama freudiana, tais como princípio do prazer, recalque e o seu modelo fantasmático, por terem suas origens na escuta das histéricas, colocavam obstáculos para uma compreensão do nosso objeto de estudo. Utilizar tais conceitos como balizadores sem realizar um tratamento conceitual mais específico, conduzia, inevitavelmente, a pensar a melancolia e as patologias narcísicas de forma negativa, ou seja, como o avesso da histeria. Por essa razão, detivemo-nos na análise dos principais textos sobre a melancolia e o narcisismo,³ visando depreender um outro modelo para a melancolia, posto que se verificava a partir do narcisismo uma forma diversa de atividade fantasmática. Simultaneamente, apoiados na experiência clínica, constatamos o lugar peculiar que tanto a dimensão temporal quanto a imagem corporal ocupavam na dinâmica psíquica da melancolia e supusemos que tais dimensões encontravam-se, nesta, diferenciadas do modelo da histeria. Passamos então a considerar os temas *corpo e tempo* prioritários para a construção de um enquadre metapsicológico para a melancolia e possivelmente para as patologias narcísicas.

Chegamos a um ponto no qual nossas hipóteses tornar-se-iam circulares caso não pudéssemos extrair da clínica novos achados e novas perguntas. Resolvemos então iniciar uma forma de pesquisa clínica que não é usual, mas que nos pareceu adequada. Em contato com a Dra. Gilda Kelner e sua equipe em Recife, foi-nos sugerida uma aproximação entre as nossas propostas teórico-clínicas e os

1. Uma descrição mais aprofundada do nosso percurso teórico pode ser encontrada em Pinheiro e Verztman, 2003.

2. Denominamos patologias narcísicas uma ampla gama de configurações subjetivas que, mesmo ainda mal estudadas em conjunto, só podem ser compreendidas e tratadas se operarmos uma inversão teórica no sentido de fornecer à noção de narcisismo toda sua potência. Ao longo deste artigo, discorreremos sobre as diferenças entre os modelos narcísico e histérico, explorando a hipótese de que muitas formas discursivas presentes na contemporaneidade podem ser mais bem explicadas pelo primeiro. Proposições sobre patologias narcísicas vêm ocorrendo ainda de forma pouco sistematizada na literatura psicanalítica, mas podemos reconhecer em Kristeva (2002), por exemplo, descrições próximas à nossa proposta.

3. Dentre inúmeros textos importantes, podemos ressaltar, de Freud: Totem e tabu (1913), Introdução ao narcisismo (1914), Luto e melancolia (1917), O ego e o id (1923) e O mal-estar na civilização (1930).

intrigantes percursos de várias pacientes lúpicas⁴ atendidas por seu grupo em dois hospitais públicos. A fim de confirmar ou não a aproximação proposta, resolvemos iniciar um estudo clínico comparativo, cuja metodologia será o tema central deste artigo. Neste momento firmou-se um acordo interinstitucional entre o Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, através da Prof. Teresa Pinheiro; o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB-UFRJ), através do Dr. Julio Verztman e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) através da Dra. Gloria Araújo, visando ao atendimento psicanalítico de pacientes portadores de lúpus e de pacientes melancólicos. Antes, entretanto, de descrevermos as vicissitudes de nosso estudo, daremos um breve panorama sobre a discussão metodológica no campo psicanalítico.

Sobre pesquisa e psicanálise

Trataremos aqui da delicada discussão acerca da possibilidade de se fazer pesquisa em psicanálise, e da definição de seus critérios metodológicos. Diante deste tema, grande parte das discussões encontradas na literatura é desviada para a controvérsia sobre a cientificidade da psicanálise, enquanto um debate sobre as formas possíveis de pesquisa em nosso campo permanece pouco explorado. Neste momento evitaremos esta discussão – sobre psicanálise e ciência – no intuito de avançarmos na proposta de uma metodologia que contemple investigações teórico-clínicas.

É sabido que os conceitos e pressupostos psicanalíticos possuem um grau de fluidez e indeterminação que são próprios à especificidade e complexidade do objeto ao qual se refere: o estudo do inconsciente. Devemos ressaltar que a psicanálise divide este tipo de indeterminação com outros saberes que fazem parte do que se convencionou denominar de ciências humanas, as quais também se dirigem para o estudo da significação, da intencionalidade, da atribuição de juízo de valor e de afeto, entre outros acontecimentos. Ao contrário das ciências naturais, estes saberes lidam com objetos que não se prestam a protocolos de objetivação e verificação e requerem outros princípios de avaliação. O campo psicanalítico, como ocorre com estes outros saberes, implica a exploração da

4. Pacientes portadoras de lúpus eritematoso sistêmico (LES), uma doença auto-imune, capaz de atingir as articulações, a pele e diversos órgãos e sistemas. Podemos encontrar na literatura algumas hipóteses sobre a influência de fatores psíquicos na evolução desta doença, porém é importante ressaltar que não somos partidários da existência de uma relação causal entre estes fatores.

subjetividade, o que evidentemente ultrapassa o alcance dos métodos capazes de gerar resultados mensuráveis. A aplicação de métodos quantitativos neste campo exigiria um grosseiro reducionismo com perda substancial de conteúdo.

Grande parte das discussões sobre a possibilidade da pesquisa em psicanálise e seus métodos centra-se, infelizmente, em torno da defesa ou refutação do paradigma quantitativo, desconhecendo-se o fato de que há outros modelos bem mais próximos de nosso campo de saber, desenvolvidos exatamente pelas outras ciências que têm por objeto a subjetividade. Almejamos uma proximidade estratégica com estas propostas metodológicas. Muitos autores por nós consultados,⁵ apesar de reconhecerem a necessidade de novos métodos para a pesquisa em psicanálise, ainda correlacionam pesquisa com métodos utilizados pelas ciências naturais. Widlocher (2003), por exemplo, recorre a termos extraídos das ciências naturais como balizadores de sua discussão, apostando na possibilidade de interlocução entre a psicanálise e a pesquisa experimental. Já Botella (2003) afirma que o critério de validade no campo psicanalítico não dependeria de uma “prova experimental” ou de uma “realidade clínica objetivável”, mas sim do fato de se poderem criar as condições para uma repetição da experiência por um grande número de experimentadores:

A verificação da validade de uma descoberta pela prova experimental, própria das ciências da natureza, equivale, em psicanálise, a “pôr à prova” a experiência mediante a sua repetição por um grande número de analistas... haverá validação se existir um consenso da comunidade analítica. (p. 438)

Percebemos neste último exemplo que a metodologia quantitativa é um fantasma que vem constantemente nos assombrar para nos acusar de insuficiência científica. Respondemos a ele sempre de forma a realçar ainda mais a nossa precariedade, porque afinal de contas quem pode levar a sério a possibilidade da repetição exaustiva da experiência psicanalítica levada a cabo por inúmeros pesquisadores independentes? Devemos buscar então outras definições de validade.

O modelo de estudo de caso, adotado e modificado por Freud, mas não criado por ele, tornou-se o modelo de produção de saber por excelência ao longo da história da psicanálise. Nas ciências humanas (Yin, 2005), o “estudo de caso” é a estratégia escolhida ao se examinar eventos contemporâneos, sem manipulação dos comportamentos relevantes, implicando a observação direta dos

5. Não realizamos uma investigação exaustiva sobre o assunto na literatura, mas contamos com referências que nos pareceram bastante representativas dessa discussão. Entre os autores pesquisados, os que expressam de modo mais próximo a nossa posição são os trabalhos de Figueiredo e Vieira, 2002.

acontecimentos que estão sendo estudados e entrevista das pessoas neles envolvidas. Este método teria como vantagem a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações. O estudo de caso não representa uma amostragem; seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).

Na psicopatologia fundada por Jaspers o estudo de caso, denominado por este autor de *casuística*, tornou-se um método *princeps*:

A base fundamental da psicopatologia é constituída de casos singulares. A descrição desses casos e do histórico dos pacientes – desde a exposição de fenômenos particulares até uma biografia completa – é a casuística. Os métodos casuísticos proporcionam a grande maioria de nossos conhecimentos e de nossas concepções. (Jaspers, 1913, p. 37-8)

O estudo de caso, mesmo reinterpretado sob os novos parâmetros da disciplina criada por Freud, manteve-se como eixo principal da pesquisa clínica em psicanálise, desde seu fundador até o presente momento. Segundo Nasio (2001), a expressão “caso” designa, para o analista, o interesse muito particular que ele dedica a um de seus pacientes. Na maioria das vezes, esse interesse leva a um intercâmbio de sua experiência com seus colegas, mas, vez por outra, dá margem a uma observação escrita, que constitui então o que realmente chamamos de “caso clínico” (p. 11).

Nasio lembra que, no discurso médico, a palavra “caso” assume um sentido muito diferente, ou até oposto ao sentido psicanalítico: enquanto, na medicina, o caso remete ao sujeito anônimo que é representativo de uma doença, para nós psicanalistas, ao contrário, o caso exprime a própria singularidade do ser que sofre e da fala que ele nos dirige.

Esse autor define “três funções de um caso” (p. 12):

- Função didática: os casos têm poder de sugestão e ensino, transmitem uma teoria, dirigindo-se à imaginação e à emoção do leitor, que é capaz de se imaginar no lugar do terapeuta e do paciente.
- Função metafórica: freqüentemente a observação clínica e o conceito que ela ilustra são tão imbricados que a observação substitui o conceito, tornando-se metáfora deste. Por exemplo, ao estudar a psicose, evocamos diretamente o caso Schreber. “É até possível que o caso-metáfora seja estudado, comentado e incansavelmente retomado, na comunidade dos praticantes, a ponto de adquirir um valor emblemático, ou mesmo de fetiche”.
- Função heurística: muitas vezes o caso ultrapassa seu papel de ilustração e de metáfora emblemática, tornando-se, em si mesmo, gerador de conceitos, permitindo novas hipóteses que enriquecem a teoria.

Mesmo reconhecendo as importantes funções do estudo de caso em psicanálise, não devemos considerar este o único método disponível de investigação prática em nosso campo. Tal método implica uma seqüência de acontecimentos derivados do aprofundamento descritivo e compreensivo de um único caso, o qual limita a possibilidade de achados comparativos. Quando descrevermos nossa metodologia, que pode ser definida como *estudo de casos múltiplos*, poderemos avaliar outras alternativas. Tais alternativas estão inseridas no que se denomina mais amplamente de pesquisa qualitativa. Descreveremos a partir de agora uma proposta metodológica em particular, dentre as inúmeras outras que compõem o espectro das pesquisas qualitativas, o modelo clínico-qualitativo descrito por Turato (2003). Esta escolha se deve às afinidades entre a proposta de Turato e a nossa metodologia, além do uso que esse autor faz da psicanálise como ferramenta de trabalho.

O modelo clínico-qualitativo

As principais características da pesquisa clínico-qualitativa são:

- A pesquisa é *naturalística*, ou seja, o pesquisador tem como campo o ambiente natural do sujeito para a coleta de dados, em oposição à pesquisa experimental, ou “pesquisa de gabinete”. *Settings* de saúde, por exemplo, seriam considerados ambientes naturais.
- A pesquisa visa observar e interpretar fenômenos. Fatos seriam objetos das pesquisas quantitativas. O método clínico-qualitativo centra-se na interpretação dos sentidos e significações dos *fenômenos* da saúde-doença, em contraposição à enunciação dos *fatos*. Destaca-se, portanto, os processos de *significação*.
- O *processo de pesquisa* é o norteador do interesse do pesquisador e é mais valorizado que o produto final. Procura-se saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e as relações entre eles, importa o “como”, e não o “por que?”.
- A pesquisa clínico-qualitativa tem nos elementos *teóricos e práticos*, pontos simultâneos de partida.
- A *validade* é um dos critérios mais relevantes na pesquisa clínico-qualitativa, em oposição à *confiabilidade* (reprodutibilidade), visada pelas pesquisas quantitativas. Busca-se a compreensão e a precisão de seus dados, e não se espera que uma medição produza a mesma resposta sempre que for feita. Segundo Turato (2003), há dois tipos de validação a serem consideradas pela pesquisa clínico-qualitativa: a validação interna ou intrapessoal e a validação externa ou interpessoal. A primeira diz respeito ao processo que envolve o autor e seu projeto e implica os seguintes critérios: *background* do pesquisador

na prática da realização de entrevistas psicológicas e de observações clínicas; planejamento adequado dos métodos, técnicas e procedimentos segundo a literatura específica e senso crítico do pesquisador; estabelecimento de relação transferencial com o informante no transcorrer da pesquisa. Já a validação externa refere-se ao processo que envolve o autor em posse dos achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos. Os critérios a serem cumpridos para obtê-la são: supervisão com o orientador da pesquisa ou pesquisador sênior, discussão dos achados com seus pares em reuniões regulares da equipe da linha de pesquisa a que pertence o projeto; discussão dos resultados preliminares com platéia qualificada de eventos e em reuniões científicas.

- A apresentação dos dados e a interpretação são fases concomitantes nesse tipo de pesquisa. As descrições são tratadas interpretativamente.
- A conclusão da pesquisa visa a revisão de pressupostos em detrimento da busca de leis gerais. O que interessa é conhecer de modo aprofundado o particular.

Tendo em vista esse aporte metodológico, consideramos que não há incompatibilidade entre conceitos da pesquisa clínico-qualitativa e os da pesquisa em psicanálise. Ao contrário, encontramos em Turato (2003) um aliado contra o reducionismo das proposições cada vez mais hegemônicas das ciências cognitivas e biológicas na explicação dos eventos mentais. A especificidade de uma pesquisa em psicanálise reside justamente no fato de que, ao se lançar a campo, o pesquisador possa ao máximo relativizar pressupostos e esperar como resultado, mais do que a confirmação de hipóteses, a construção de novos direcionamentos teórico-clínicos.

Nesse sentido, encontramos em Pontalis (2003) uma inspiração:

O que mais fazemos, tanto com nossas leituras quanto com nossos pacientes – todos diferentes, todos únicos – senão esperar que ponham por terra nossas certezas, que abalem nossas pré-concepções (aqui também Freud pode nos servir como modelo), que façam vacilar nossa identidade, a começar por aquela que nos leva a dizer: “sou psicanalista” ou, pior, “nós, os psicanalistas”. (p. 373)

Nosso desenho de pesquisa

Quando decidimos iniciar uma pesquisa clínica movida pelos objetivos já explicitados, tínhamos um grande desafio metodológico: como fazer da palavra clínica que qualifica nosso tipo de pesquisa, um conjunto de atos à altura da clínica psicanalítica? Nossa primeira escolha foi engendrar ao máximo um cunho naturalístico ao estudo, ou seja, fazer com que os conhecimentos por ele gerados

estivessem o mais próximo possível da experiência clínica cotidiana. Veremos que este intento incorre sempre em paradoxos que devem permanecer como tais, porque a própria idéia de experiência clínica cotidiana em psicanálise é de difícil definição, a menos que usemos o critério pragmático de uma clínica que possa justificar seus atos e embasar seus conceitos em pressupostos reconhecidos pela tradição psicanalítica.

O espaço

Como a clínica não é um acontecimento etéreo que envolve dois ou mais espíritos desencarnados, um passo inicial foi criar um espaço onde a equipe de pesquisa pudesse receber seus clientes e desenvolver sua prática. Para nossos propósitos, a idéia de criar um espaço novo e comum desde seu nascedouro, a todos os membros da equipe, produziu efeitos na clínica e no grupo de pesquisa que poderão ser avaliados adiante. Este primeiro passo delimita muitos dos passos seguintes. O fato de nossa escolha ter recaído sobre uma instituição pública de assistência dentro de uma universidade federal moldou uma experiência particular e circunscreveu uma clientela potencial. Caso nossa escolha recaísse, por exemplo, em desenvolver o estudo nos consultórios particulares de cada pesquisador estaríamos falando de outro trabalho.

Depois de seguidas negociações recebemos uma sala de atendimento dentro do ambulatório de pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB-UFRJ) e começamos as entrevistas em abril de 2002. O nome *ambulatório de pesquisa* merece ser comentado. Na referida instituição existe um ambulatório geral de adultos, um ambulatório infanto-juvenil, um ambulatório de psicogeriatría, bem como dois ambulatórios de pesquisa. Nos ambulatórios de pesquisa os procedimentos de entrada e registro são diferentes dos demais. Este atendimento diferenciado desde a chegada do cliente produz uma marca na clínica que aí se efetuará.⁶ A escolha por este espaço se deu porque ele permitiu mais autonomia na escolha de nossa amostra em comparação com o que ocorreria no ambulatório geral, cujos critérios de inclusão para atendimento são definidos apropriadamente pelas metas do SUS. Desta forma nossa pesquisa naturalística descreve a clínica que ocorre neste ambulatório de pesquisa com uma determinada clientela. Estaríamos diante de um paradoxo ou inconsistência? Estaríamos criando um espaço artificial e aproximando-o da clínica cotidiana que ocorre em outros espaços menos artificiais? O paradoxo ou inconsistência só ocorre se acreditarmos

6. Este tema será um dos tópicos comentados no artigo sobre a transferência a ser publicado brevemente.

na existência de uma clínica natural, espontaneamente construída, sem determinantes prévios que condicionem seus resultados. A nosso ver qualquer acontecimento clínico é resultado de um enquadramento contextual determinado por regras sociais aceitas pelos seus participantes. Um espaço reconhecidamente de pesquisa, desde que respeite algumas condições impostas pela nossa disciplina, pode ser um contexto legítimo para o exercício da psicanálise, contanto que leve em conta este mesmo contexto na produção de seus dados.

A amostra

Como o objetivo de nosso empreendimento era comparar sujeitos melancólicos com pessoas portadoras de lúpus eritematoso sistêmico (LES), decidimos criar duas sub-amostras para efeito de comparação. A primeira, que foi superior numericamente, é constituída de oito pacientes lúpicas. Em função do LES se manifestar predominantemente em mulheres, restringimos (nas duas amostras) este estudo inicial a pessoas do gênero feminino. Firmamos um acordo com o serviço de colagenoses do HUCFF-UFRJ, cuja psiquiatra, Dra. Glória Araújo, passou a nos encaminhar clientes que, no seu entender, apresentavam demanda de atendimento psicanalítico. Este também é um dado relevante. Todas as clientes desta sub-amostra eram atendidas pela Dra. Glória concomitantemente ao nosso atendimento e a articulação entre estes dois tratamentos foi fundamental em nossos resultados. A Dra. Glória participa regularmente de nossas discussões clínicas tendo grande conhecimento de nossos interesses e influências teóricas. Delimitamos também um perfil de faixa etária entre 18 e 45 anos, para excluir pacientes lúpicas pós-menopausa. Outro critério de exclusão foi a presença de lesões do SNC produzidas pelo LES.

A outra sub-amostra, inferior numericamente, é constituída de três clientes melancólicas. Este número inferior de sujeitos melancólicos em comparação com as pacientes lúpicas não estava previsto e foi resultado do próprio contexto da pesquisa e sua inserção institucional. Em função do número de pesquisadores num primeiro momento (o número máximo de clientes por pesquisador seria dois), criamos dez vagas (nas duas sub-amostras) para atendimento. Para receber clientes desta segunda sub-amostra, cuja fonte de encaminhamentos seria mais heterogênea que a da primeira, colocamos cartazes em locais de reunião de profissionais do IPUB-UFRJ, informando que estávamos recebendo pacientes com demanda de análise que apresentassem história de pelo menos dois episódios depressivos diagnosticados. Apresentamos nosso projeto numa sessão do centro de estudos e protagonizamos reuniões informativas na instituição. Ao contrário do que ocorreu com a outra sub-amostra realizamos um número muito maior de

entrevistas do que o número de clientes absorvidos para atendimento. Isto ocorreu em função da diferença de critérios sobre o que seja um sujeito melancólico, entre nós e os profissionais que nos encaminhavam. O critério de inclusão *história de dois episódios depressivos* apenas favorecia o encontro de sujeitos considerados por nós melancólicos, porém era clinicamente muito mais abrangente do que nossa definição.⁷ Outro fato que merece consideração é o número relativamente pequeno de encaminhamentos numa instituição que recebe demanda tão intensa por parte da população. É legítimo perguntar se o fato de realizarmos uma pesquisa em psicanálise numa instituição psiquiátrica possa ter contribuído para este resultado. Os critérios de gênero e faixa etária foram os mesmos para as duas sub-amostras.

Entrevistas de triagem

O passo inicial para participar da pesquisa foi um encaminhamento realizado pelo ambulatório de colagenoses do HUCFF-UFRJ ou pelo IPUB-UFRJ. A partir deste, foram marcadas uma ou mais entrevistas de triagem dos clientes com os dois coordenadores da pesquisa (Teresa Pinheiro e Julio Verztman). Os objetivos destas entrevistas foram avaliação diagnóstica, avaliação da demanda de tratamento, fornecer explicações sobre a pesquisa e avaliar a concepção prévia que os clientes tinham da mesma, além de fazer uma escansão entre a recepção na pesquisa e o início do tratamento.

A importância da avaliação diagnóstica inicial foi desigual nas duas sub-amostras. Enquanto o diagnóstico psicanalítico, mesmo sendo um aspecto relevante, não participava como critério de inclusão das pacientes lúpicas na pesquisa, uma avaliação diagnóstica inicial foi imprescindível para a inclusão das pacientes melancólicas. Sabemos que o tema do diagnóstico em psicanálise é controverso e foge ao âmbito deste artigo participar desta discussão, porém nossas próprias escolhas anteriores tornavam imperativo que tivéssemos uma hipótese diagnóstica mais embasada para esta segunda sub-amostra. Não utilizamos para isto nenhum questionário específico ou instrumento formal de investigação, apenas entrevistas sem qualquer formalização de procedimentos além daqueles realizados rotineiramente pelos psicanalistas, ressaltando novamente a importância destas serem realizadas em um contexto específico. É evidente, como ocorre muitas vezes durante uma análise, que nossas hipóteses modificaram-se com o passar do tempo, porém a nosso ver isto deve ser caracterizado como objetivo de uma pesquisa clínica e não como erro de avaliação.

7. Nossa concepção sobre a melancolia pode ser apreciada em Pinheiro (1993, 1995, 1997, 1998, 1999), Pinheiro e Verztman (2003), entre outros.

As informações que os pacientes traziam sobre a pesquisa eram muito heterogêneas e procurávamos esclarecer os seus principais aspectos e as dúvidas que surgissem. Curiosamente a palavra *pesquisa* era muito menos evocada pelos clientes do que a palavra *tratamento*. A maioria sabia apenas que vinham para um tratamento e logo informávamos que este não era um tratamento medicamentoso, fato que nem todos conheciam. Dizíamos, ao final, que após a discussão do material da entrevista cada cliente seria contatado e no caso de ser indicado o início do tratamento pela pesquisa, seria marcada nova entrevista com outro psicanalista da equipe, o qual não seria nenhum dos dois coordenadores.

Isto nos leva à nossa proposta de separar este primeiro contato com a pesquisa do início do trabalho com o psicanalista. Nosso objetivo era diminuir o impacto da situação de pesquisa no tratamento, sobretudo a de avaliação de inclusão, característica destas entrevistas de triagem, no curso do trabalho analítico. Cumpre ressaltar que esta forma de receber pacientes é muito comum no serviço público (triagem e encaminhamento para outro profissional), o que torna nossa proposta mais próxima da prática cotidiana.

Termo de consentimento

Nestas entrevistas de triagem informávamos ao paciente da necessidade deste assinar um termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo. Tal procedimento é obrigatório para a realização de pesquisa com seres humanos e construir um instrumento que esclareça sem ser pleno de significados cristalizados é um desafio para a pesquisa em psicanálise. O documento por nós elaborado procurou ser o mais geral possível (p. ex. objetivo: esclarecimento dos aspectos psicológicos do lúpus), porém ele continha todas as informações sobre os procedimentos de pesquisa, divulgação dos resultados, modelo de tratamento etc. Curiosamente, o termo de consentimento não foi um material clínico recorrente ou relevante para a maioria dos clientes durante as sessões posteriores.

Características do tratamento

Após a(s) entrevista(s) de triagem iniciou-se o percurso de tratamento daqueles sujeitos incluídos na pesquisa. Um fato que decepcionará a muitos que poderiam esperar de uma pesquisa clínica inovações técnicas, diz respeito ao tratamento oferecido ter características semelhantes aos que ocorrem em outros contextos. As principais diferenças disseram respeito ao manejo de cada caso, o que é característico do tratamento psicanalítico. O espaço físico da nossa sala delimitava um certo recorte ambiental. Não possuímos divã, o que fez com que

todos os atendimentos até agora ocorressem no regime de *face à face*. Temos a possibilidade de solicitar uma sala com divã para situações em que julgarmos ser este necessário, porém tal necessidade, devido às características de nossa amostra, não se configurou.

Pelo fato de atendermos em um ambulatório público as sessões não são cobradas. Embora saibamos que o dinheiro pode ser um elemento importante no estabelecimento e desenvolvimento da relação transferencial, apostamos que outros elementos podem substituí-lo para definir a implicação de nossa clientela no tratamento. Por exemplo, a maioria de nossos clientes pode ser caracterizada como pessoas de classe média baixa ou classe trabalhadora. Elas habitam a uma grande distância da zona sul do Rio de Janeiro, onde é localizado nosso ambulatório. Mesmo assim, com dificuldades financeiras e até mesmo físicas (lembramos que muitas delas apresentam comprometimento orgânico significativo pelo LES) para o deslocamento até o hospital, elas raramente faltam às sessões. É surpreendente também que a quase totalidade dos sujeitos (com exceção apenas de uma cliente) tenha permanecido em tratamento por pelo menos dois anos.

Outro aspecto que deve ser comentado é sobre o tempo de tratamento. Não definimos com as primeiras clientes uma previsão de término do trabalho. Percebemos posteriormente, todavia, que por razões institucionais, de composição da equipe e de projeção da duração da pesquisa, que deveríamos estabelecer um prazo inicial de dois anos que poderia ser estendido a partir de um acordo entre o paciente, o analista e a equipe. Devemos ressaltar que atendemos a maioria dos clientes há cerca de três anos e devido à maior estabilidade da pesquisa na instituição nenhum tratamento teve sua interrupção indicada. Acreditamos que esta avaliação sobre a continuidade ao final de dois anos ainda pode servir como instrumento clínico num *setting* de pesquisa. As sessões têm uma frequência semanal em sua maioria, mas ocorrem muitas vezes atendimentos extras em situações variadas.

A equipe de pesquisa

Na medida em que nossa investigação está inserida num programa de pós-graduação, a maior parte dos pesquisadores está ou esteve inserida neste programa, como bolsistas de iniciação científica ou como alunos de mestrado e doutorado em teoria psicanalítica (em alguns casos numa progressão entre essas categorias). Somente os alunos de pós-graduação e outros profissionais graduados prestam os atendimentos. Os coordenadores da pesquisa realizam apenas as entrevistas de triagem e as reuniões de supervisão.

As reuniões de supervisão

São realizadas semanalmente a fim de discutir o manejo clínico dos casos. A cada semana um psicanalista é encarregado de trazer material sobre sua cliente. É solicitado aos pesquisadores que registrem os atendimentos à mão (o que constará do prontuário em nosso arquivo comum) e no computador da pesquisa para facilitar o manuseio e análise dos dados. As reuniões são organizadas de modo a permitir que todos falem sobre o material trazido, embora reconheçamos a existência de certa assimetria representada pela figura dos coordenadores. Apesar desta assimetria não podemos afirmar que a função de supervisão fique restrita à atuação dos coordenadores, na medida em que há um trabalho de grupo que dilui a figura do supervisor e o enriquece.

Uma clínica partilhada

A descrição de um tratamento psicanalítico na literatura ou em encontros de profissionais, em função de ser realizada e relatada pelo psicanalista atuante no caso, geralmente vem acompanhada de *qualidades possessivas* tais como *meu trabalho* ou *minha clínica*. Pudemos perceber – este é um efeito interessante de uma pesquisa realizada em equipe – que embora a singularidade radical do trabalho expresso por cada psicanalista permaneça uma realidade empírica, efeitos grupais vem se somar a esta dimensão para deslocar o pesquisador-psicanalista de sua posição de posse imaginária sobre seu trabalho. A partir das reuniões de supervisão e de um projeto clínico-teórico partilhado, os clientes deixam de ser apenas clientes de um psicanalista para serem clientes da pesquisa. O resultado é que há grande sensação de pertencimento com relação ao trabalho do outro, *a clínica do outro não é uma alteridade radical em relação à minha, mas é também uma dimensão importante, embora diferente, de minha própria clínica*, de uma clínica trabalhada por um conjunto que ultrapassa o que cada um faz quando ocupa nossa sala no ambulatório. Esta possibilidade de uma clínica partilhada, prática geralmente mais implícita que explícita no campo psicanalítico, é uma das facetas mais promissoras da pesquisa clínica em psicanálise, podendo mesmo ser uma resposta àqueles que afirmam que os dados fornecidos pela psicanálise são intransmissíveis e intangíveis.

O olhar de fora

Esta clínica partilhada, apesar de constituir, como vimos acima, um recurso metodológico interessante e uma experiência clínica frutífera, incorre num risco

permanente de fechamento imaginário, de enclausuramento narcísico dentro das perspectivas clínico-teóricas dos membros da equipe e de seus coordenadores. Neste sentido percebemos a necessidade de interlocução estreita com outros psicanalistas, os quais poderiam nos fornecer uma visão de fora de nosso material, uma visão menos comprometida com nossos pressupostos e que nos pusesse em contato com dimensões do trabalho a que não tínhamos acesso.

Há no momento três tipos de interlocução que cumprem esta função. A primeira é um encontro, que vem tendo periodicidade anual, realizado fora de nossa cidade, com diversos psicanalistas convidados, onde são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa.⁸ A segunda advém do trabalho de consultoria internacional com a psicanalista francesa Marie-Claude Lambotte, com quem mantemos encontros anuais. A terceira advém de uma das principais exigências de um trabalho universitário: a publicação extensa dos mais variados aspectos pesquisados. O retorno que obtemos a partir das visões de leitores ainda menos comprometidos com nossas posições enriquece enormemente nosso recorte necessariamente limitado.

As discussões teóricas

Como o trabalho de pesquisa clínica não parte de uma tábula rasa na qual são depositados os dados de uma experiência empírica que serão comparados com outros dados para formar uma teoria vinda diretamente da prática, temos um compromisso permanente de encontrar elementos teóricos que se correlacionem com a experiência clínica com a qual nos deparamos. Neste sentido temos também seminários teóricos semanais que não têm o caráter de curso curricular, mas servem para travarmos contato com assuntos e autores com os quais não tínhamos até então tanta familiaridade, mas que podiam nos fazer pensar coisas diferentes sobre o que estávamos fazendo. Ao longo desses anos, inúmeros foram os temas e autores trabalhados, uns mais frutíferos para a pesquisa que outros, mas sempre com esta liberdade de conhecer posições por vezes contraditórias

8. Nossos convidados externos que participaram do último encontro de discussão da pesquisa, realizado em Itatiaia – RJ (2005) foram: Jurandir Freire Costa (UERJ), Teresa Cristina Carreteiro (UFF), Regina Herzog (UFRJ), Elizabeth Brick, Regina Landim, Rachel Sztajnberg, Cid Merlino (SPCRJ), Gilda Kelner, Suzana Boxwell, Marcelo Bowman (HC-Recife). Os integrantes da pesquisa são: Teresa Pinheiro e Julio Verztman (coordenadores), Glória Araújo (HUCFF), Patrícia Saceanu, Alexandre Jordão, Fernanda Montes, Diane Viana, Selenia Caravelli, Rogério Quintella, Lindinaura Canosa, Camilo Venturi, Mariana Barbosa (UFRJ), Julia Ferraz, Marcelo Arbex, Isabela Montello (IC), Mariema Lessi, Marília Abreu, Helena Floresta de Miranda e Daniela Romão Dias.

sobre um mesmo assunto. Durante um semestre a cada ano outros alunos do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica (UFRJ) frequentam nosso seminário teórico, que se torna para eles uma disciplina do programa, o que contribui ainda mais para o aprofundamento dos temas propostos.

Análise dos dados

Este item somente faz parte do artigo a título de ilustração, na medida em que uma discussão sobre como analisamos nossos dados é necessariamente tema para um trabalho à parte. Podemos indicar que a partir dos relatos escrito e oral dos casos escolhemos três temas que servem de eixo para análise: temporalidade, corpo e transferência. Cada um destes temas desdobrou-se em inúmeras categorias que serão objeto de três artigos subseqüentes. Estes temas foram escolhidos em função de representarem possíveis elementos diferenciais de nossa amostra em comparação com a clínica tradicional das neuroses.

Inicialmente elegemos algumas perguntas que foram respondidas por cada um dos terapeutas, sobre seu paciente, a respeito de cada um dos temas. Os grupos de questões são:

1. Sobre a temporalidade:

- Há uma ordem cronológica mínima para falar da história de vida?
- Há hiatos importantes nessa história?
- O sujeito se reconhece como participante dessa história?
- Há diferenças entre as imagens nas quais o sujeito se reconhece no presente para as imagens nas quais o sujeito se reconhece no passado?
- Há a percepção de uma relação entre o nascimento e uma história familiar?
- Há referência a um destino específico nesta correlação?
- Há um objetivo referido pelo sujeito como meta a ser alcançada?
- O sujeito consegue imaginar-se no futuro? Esta imagem é diferente daquela do presente?

2. Sobre o corpo:

- Há uma idéia mínima de unidade corporal?
- O sujeito reconhece o corpo como lhe pertencendo?
- Quais são as denominações singulares que apareceram nas sessões para as partes do corpo?
- Qual é a valorização singular para cada parte do corpo referida?
- A ocorrência de doença somática produz mais estabilidade à imagem corporal?
- A denominação médica de uma doença produz mais estabilidade à imagem corporal?

- Há vivências de ameaça de desintegração corporal?
- O corpo confere noção de divisão entre espaço interior e espaço exterior?

3. Sobre a transferência e incidência do tratamento:

- Qual foi a demanda de tratamento?
- Houve modificação na demanda de tratamento?
- Houve qualquer atribuição ao analista que indique vínculo transferencial?
- Em caso afirmativo à pergunta anterior, houve transformação no vínculo transferencial ao longo do tratamento?
- Numa comparação entre os vários períodos do tratamento ocorreram mudanças significativas quanto às dimensões temporais referidas anteriormente?
- Numa comparação entre os vários períodos do tratamento ocorreram mudanças significativas quanto às dimensões de imagem corporal referidas anteriormente?
- Existe (qual seria?) uma avaliação do próprio sujeito quanto ao tratamento efetuado?
- Qual é a avaliação do psicanalista sobre o tratamento efetuado?

Depois de recebermos as respostas por escrito, dividimos a equipe em três grupos para aprofundarmos a descrição de cada um dos temas e compararmos o material das sessões com as respostas dos terapeutas, servindo-nos de novas perguntas sempre que necessário. Cada um dos grupos produziu um texto que foi repetidamente apresentado para toda a equipe e posteriormente apresentado para psicanalistas de fora da equipe nos encontros já mencionados. Não acrescentamos nenhum outro método mais formal, além de nos debruçarmos constantemente sobre o material clínico e extrair dele o que nos pareceu mais relevante para nossos propósitos.

Considerações finais e desdobramentos da pesquisa

O processo de pesquisa – para retomar uma das idéias centrais da metodologia clínico-qualitativa – que descrevemos é bastante singular e seria um contra-senso imaginar que ele pode ser generalizado ou replicado. Nosso objetivo foi simplesmente demonstrar que é possível a realização de estudos clínicos em psicanálise sem que se perca de vista o compromisso histórico de nossa disciplina com a emergência da singularidade e com os inúmeros conceitos que são frutos do encontro dos psicanalistas com seus clientes. Mais do que uma possibilidade, a expansão do escopo deste tipo de pesquisa é uma necessidade nas relações que a psicanálise deve sempre renovar com a comunidade de saber mais ampla e com a sociedade. Quanto mais caminhos forem propostos neste sentido, mais a psicanálise cumprirá os desígnios freudianos de uma disciplina produtora permanentemente do novo.

Quanto aos desdobramentos desta pesquisa inicial, pretendemos aumentar o espectro comparativo dentro do campo das patologias narcísicas. Um dos aspectos que se sobressaiu em nossa pesquisa inicial foi o papel desempenhado pela vergonha na construção da subjetividade de nossos pacientes. Como o tema da vergonha na literatura psicanalítica⁹ ainda é constituído de poucas referências e menos valorizado que o tema da culpa por exemplo, decidimos iniciar um novo estudo clínico no qual recebemos para tratamento pessoas, as quais pelo menos em tese, sofrem da vergonha: aquelas denominadas pela psiquiatria de fóbicas sociais. Esperamos em breve dar notícias sobre este novo empreendimento.

Referências

- BOTELLA, C. e BOTELLA, S. A pesquisa em psicanálise. In: GREEN, A. (org.). *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- FIGUEIREDO, A. C. e VIEIRA, M. A. Psicanálise e ciência: uma questão de método. In: BEVIDAS, W. (org.). *Psicanálise, pesquisa e universidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.
- FIGUEIREDO, A. C., NOBRE, L. e VIEIRA, M. A. Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In: FIGUEIREDO, A. C. *Psicanálise, pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA (UFRJ), 2001.
- FREUD, S. (1913). Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XIII.
- _____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XIV.
- _____. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XIV.
- _____. (1923). O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XIX.
- _____. (1930). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XXI.
- JASPERS, K. (1913). *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.
- KRISTEVA, J. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

9. Sobre este tema da vergonha, ver Verztman (2005) e Pinheiro (2005).

- NASIO, J.-D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- PINHEIRO, T. Trauma e melancolia. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 10, p. 50-5, 1993.
- _____. Algumas considerações sobre o narcisismo, as instâncias ideais e a melancolia. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro: SPC-RJ, v. 12, n. 15, 1995.
- _____. Num tempo sem ilusão. In: SAMPAIO, N. e PRADO DE OLIVEIRA, L. R. *IV Fórum brasileiro de psicanálise*, 1997.
- _____. Pour une métapsychologie de la mélancolie. *Cliniques Méditerranéennes*, Paris: Êres, n. 57/58, 1998.
- _____. Em busca de uma metapsicologia da melancolia. In: *Sobre a psicose*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.
- _____. Depressão na contemporaneidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XVIII, n. 182, p. 101-9, jun./2005.
- PINHEIRO, T. e VERZTMAN, J. S. As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. In: PINHEIRO, T. (org.). *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.
- PONTALIS, J.-B. O laboratório central. In: GREEN, A. (org.). *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- TOROK, M. (1978). Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, N. e TOROK, M. *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde de humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VERZTMAN, J. S. A relevância da psicanálise na melancolia. *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*, n. 76, jan-mar/1996.
- _____. O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Revista Agora*, v. V, p. 59-78, 2002.
- _____. Vergonha, honra e contemporaneidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XVIII, n. 181, p. 88-99, mar./2005.
- WIDLOCHER, D. O lugar da pesquisa clínica em psicanálise. In: GREEN, A. (org.). *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Resumos

Este artículo pretende presentar el estado actual del desarrollo de la investigación titulada "Patologías narcisistas y enfermedades auto inmunes", que está siendo hecha desde marzo de 2002, a partir de un acuerdo entre el Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica y el Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Se trata de una investigación teórica y clínica que pretende comparar la atención psicoanalítica ofrecida a dos grupos de personas. El principal motivo de esta investigación surgió al comprobar que encontramos actualmente cuadros clínicos a los que las referencias teóricas clínicas habituales, centralizados en el modelo de histeria, no alcanzan para explicarlos. Queremos subrayar la metodología específica utilizada y algunos de sus aspectos teóricos y clínicos. Fornecemos también un breve panorama de la metodología cualitativa de investigación y su posible correlación con el campo psicoanalítico.

Palabras claves: Investigación clínica, psicoanálisis, metodología cualitativa, patologías narcisistas

Cet article a pour objectif de présenter l'état actuel de la recherche "pathologies narcissiques et maladies auto-immunes", qui se réalise depuis mars 2002, suite à l'accord passé entre, d'une part, l'Institut de Psychologie (maîtrise et doctorat en Théorie Psychanalytique) et, d'autre part, l'Institut de Psychiatrie de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro. Il s'agit d'une recherche théorique et clinique qui a pour but de comparer le suivi psychanalytique dispensé à deux groupes de patients. La principale motivation de cette recherche découle de l'observation selon laquelle les références théoriques habituelles, centrées sur le modèle hystérique, se montrent insuffisantes pour expliquer certains cas qui se présentent actuellement dans la clinique psychanalytique. Nous soulignons aussi la spécificité tant de la méthodologie employée, que des principaux de leurs aspects théoriques et cliniques. Nous présentons également un bref aperçu de la méthodologie qualitative de la recherche et de sa possible corrélation avec le champs psychanalytique.

Mots clés: Recherche clinique, psychanalyse, méthodologie qualitative, pathologies narcissiques

The objective of this article is to discuss the current stage of development of research that is known as Narcissistic Pathologies and Autoimmune Diseases, which has been in course since March 2002, based on a partnership between the Psychology Institute and the Psychiatry Institute of the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. This investigation is theoretical and clinical, and is aimed at comparing psychoanalytical care offered to two groups of subjects. The most important fact behind

this research is the fact that today we face aspects and realities that habitual theoretical references, centered on the model of hysteria, seem insufficient to explain in the psychoanalytical clinic. We emphasize the methodological specificity applied and some of its main theoretical and clinical aspects. We also offer a brief overview of qualitative research methodology and its possible use in the psychoanalytical field.

Key words: Clinical research, psychoanalysis, qualitative methodology, narcissistic pathologies