



ARIDEZ SOCIAL, DESERTIFICAÇÃO SUBJETIVA: A SÍNDROME DA AUTOEXCLUSÃO E AS CONSEQUÊNCIAS PSÍQUICAS E PSICOPATOLÓGICAS DA EXTREMA PRECARIEDADE SOCIAL NO CONTEXTO FRANCÊS¹

Tereza Pinto²

Resumo:

As sociedades liberais contemporâneas tendem para a desconstrução dos modelos de solidariedade coletivos com a valorização crescente de uma sociedade de indivíduos que tentam garantir sua própria proteção. Tal contexto expõe os indivíduos ao risco de se encontrarem em situação de grande precariedade, pois estes possuem menos recursos em caso de crise. O sentimento de insegurança social que decorre e a falta concreta e simbólica de amparo provocam uma forma de sofrimento psíquico específico e de origem social. Ele foi definido como usura e pode culminar em um “desmoronamento psíquico”, levando a quadros psicopatológicos como o da síndrome de autoexclusão. Partindo de uma defesa mórbida de tipo depressivo, a autoexclusão termina por desconectar o sujeito de seu meio e de si mesmo, gerando manifestações sintomáticas deficitárias e negativas típicas de esquizofrenias declaradas. Os cuidados relativos a essa síndrome devem se concentrar sobre a recuperação da confiança no laço social.

Palavras-chave:

Autoexclusão; Precariedade; Insegurança social; Sofrimento psíquico; Individualismo; Saúde mental.

¹ Artigo recebido em 02/07/2021

² Psicóloga, doutora em Psicopatologia e Psicanálise, especializada no acompanhamento de populações em situação de grande precariedade social e de trabalhadores sociais do serviço público e associativo.

**SOCIAL ARIDITY, SUBJECTIVE DESERTIFICATION:
THE SYNDROME OF SELF-EXCLUSION AND THE PSYCHIC AND
PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES OF EXTREME SOCIAL
PRECARIOUSNESS IN THE FRENCH CONTEXT**

Tereza Pinto

Abstract:

Contemporary liberal societies tend to deconstruct collective solidarity models with a growing appreciation of individuals who try to guarantee their own protection. This context exposes individuals to the risk of finding themselves in a situation of great precariousness, as they have fewer resources and support in the event of a crisis. The resulting feeling of social insecurity and the concrete and symbolic lack of support cause a specific form of psychological suffering with a social origin. It was defined as usury and can culminate in a “psychic collapse” leading to psychopathological conditions such as the self-exclusion syndrome. Starting from a morbid defense as depressive symptoms, self-exclusion ends up disconnecting the subject from his environment and from himself, generating deficient and negative symptoms as the typical schizophrenic ones. Treatment for this syndrome should focus on restoring trust in the social bond.

Keywords:

Self-exclusion; Precariousness; Social insecurity; Psychological suffering; Individualism; Mental health.

*No mentido alicerce de
morta civilização
a luta que sempre ocorre
não é tema de canção.
É a luta contra o deserto,
luta em que sangue não corre,
em que o vencedor não mata
mas aos vencidos absorve.*

*É uma luta contra a terra
e sua boca sem saliva,
seus intestinos de pedra,
sua vocação de calíça,
que se dá de dia em dia,
que se dá de homem a homem,
que se dá de seca em seca,
que se dá de morte em morte.*

*João Cabral de Melo Neto
Paisagens com figuras*

Introdução

Todas as sociedades produzem seus excluídos, seus marginais. As razões são tão diversas quanto as formas de organizações sociais e elas englobam um número infinito de situações: condições socioeconômicas e pobreza, idade, nacionalidade, orientação sexual, religião, doenças etc. A particularidade das sociedades contemporâneas globalizadas é que elas produzem, além de exclusão, uma crise de confiança em relação à própria sociedade e à sua capacidade em constituir uma rede de amparo apta para proteger os indivíduos na eventualidade de uma crise. É muito comum que encontremos hoje indivíduos que são habitados pelo medo de serem confrontados com a espiral descendente da miséria. Na França, uma pesquisa realizada em 2009 pela associação Emmaüs revelou que mais da

metade da população, exatamente 56%, declara ter o receio de perder a habitação e se tornar assim *SDF*³ (EMMAÛS, 2009). Tal angústia compartilhada é em larga escala o resultado do ataque progressivo e sistemático aos dispositivos de amparo e proteção sociais pelas políticas públicas liberais, que fazem do indivíduo o sustentáculo exclusivo de sua própria proteção. Os discursos construídos sobre sucessos e falhas individuais como consequência de supostos mérito e adequação social remetem incansavelmente a uma responsabilização estritamente individual sobre o destino dos percursos pessoais.

A corrosão do laço social que decorre dessa configuração atual faz com que qualquer acidente da vida comporte um risco sério de exclusão e desfiliação. Desemprego, crise familiar, luto, doença, qualquer ruptura pode representar a entrada do sujeito num deserto que ele terá de atravessar sozinho. Mas, sozinhos, não vamos muito longe e pouco a pouco morremos de fome e de sede, à míngua, desconectamo-nos do outro e de nós mesmos. E compreendemos assim que necessitamos de forma vital de um meio suficientemente bom.

A grande precariedade é assim sentida como uma ameaça ao sujeito contemporâneo já fragilizado pela perda da confiança e, quando ela acontece de fato, ataca sua integridade física e mental. Nesse artigo, tentaremos abordar os efeitos psíquicos dessas experiências extremas e exporemos o que ficou conhecido no contexto psicológico e psiquiátrico francês como a síndrome de autoexclusão. Veremos que ela tem um impacto psicológico intenso com consequências graves que retroalimentam o processo de exclusão e que as intervenções propostas atualmente tentam quebrar esse círculo vicioso com práticas inspiradas no amparo encontrado nas relações precoces. É no âmago das questões ligadas à perda de confiança no outro e em si mesmo e no sentimento de insegurança social que se alojam esses quadros psicopatológicos nos quais é o laço social que está sendo colocado fundamentalmente em questão.

1. Sociedades áridas, sujeitos à míngua

Não existe clínica sem contexto social. E por contexto social compreendemos ao mesmo tempo, e interagindo entre si, as estruturas macrossociais e ideológicas caracterís-

³ *Sans domicile fixe*, expressão francesa que designa a população em situação de rua.

ticas de um período determinado, assim como as condições particulares que enquadram o percurso de um indivíduo: seu lugar de origem, sua história familiar, as categorias econômicas às quais pertence, os percalços presentes em sua vida etc. Qualquer que seja a natureza da clínica em questão, ela lida com eventos pessoais inseridos em uma história que não se limita em absoluto à manifestação sintomática de que ela deve tratar, e, por outro lado, o olhar e a escuta do clínico não podem tampouco escapar a essa contextualização.

No entanto, as clínicas psicológica e psiquiátrica construíram tradicionalmente seus respectivos arsenais teóricos relegando a um segundo plano questões sobre as determinações sociais que teriam, ao contrário, mais influência sobre os estados individuais de saúde mental do que se quis (ou se pôde) afirmar em um primeiro momento. Longe de querer relegar por sua vez as estruturas psíquicas a um segundo plano, atentamos ao fato de que o sofrimento psíquico de origem social foi muitas vezes absorvido em diagnósticos psicológicos e psiquiátricos, isolando o fenômeno em uma esfera puramente subjetiva. Ora, alguns percursos são marcados por quadros sociais dramáticos, como o de uma guerra, por exemplo, ou o da experiência da extrema miséria e da exclusão social de que falaremos mais especificamente nesse artigo. Essas experiências trazem consigo o peso importante de um sofrimento psíquico que demanda mais do que um tratamento individual, e é nesse sentido que o psiquiatra francês Jean Furtos defendeu a ideia de que os atores da saúde mental dos excluídos são tanto os que lhes dão amparo e os acompanham no cotidiano – os ditos trabalhadores sociais – quanto os profissionais de um eventual tratamento médico-psicológico⁴.

Na França, foi preciso esperar os anos 1990 para que o sofrimento psíquico ligado às condições sociais começasse a ser reconhecido pelos dispositivos sociais e de saúde mental, e viesse a se tornar objeto de reflexão teórica. Duas delegações interministeriais, a delegação *Cidade e Desenvolvimento Social* e a delegação *Renda Mínima de Inserção*⁵, constituíram um grupo de trabalho cujo resultado foi o relatório publicado em 1995 sobre a saúde mental e sua relação com as condições de vida precárias das grandes cidades francesas (*Rapport Lazarus*). Intitulado “Um sofrimento que não podemos mais esconder”

4 “Minha posição consiste essencialmente em trabalhar com aqueles que trabalham em primeira e em segunda linhas com essa saúde mental num sentido amplo, e que são em grande parte profissionais, não do cuidado médico [*non soignants* no texto original], mas que *têm cuidado* [*prennent soin*] com seus concidadãos no âmbito de suas profissões: trabalhadores sociais, gestores de locações sociais e tantos outros, sem contar a implicação de certos políticos eleitos” (FURTOS, 2007, p. 24, tradução livre).

5 Délégation Interministérielle à la Ville et au Développement Social e Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d’Insertion.

(LAZARUS; STROHL, 1995), o relatório discorre sobre o mal-estar crescente na franja da população dita vulnerável socialmente, mas também sobre o mal-estar presente nos profissionais que trabalham no auxílio a essa população: assistentes sociais, educadores, psicólogos, conselheiros escolares, enfermeiros, clínicos gerais, psiquiatras. A razão estaria no que os autores identificaram como o “desmoronamento psíquico” das pessoas em situação de precariedade que tolhe nelas toda forma de motivação e engajamento em programas sociais (LAZARUS; STROHL, 1995, p. 11). Por outro lado, esse mesmo desmoronamento impede o profissional dos programas sociais a exercer sua missão, pois ele não consegue reconstruir sozinho os alicerces de um sujeito que desmoronou perante as impossibilidades que se erguem em seu entorno.

Os pesquisadores do grupo de trabalho puderam observar que esse desmoronamento psíquico, com seu corolário de desligamento social, estaria presente em todas as dimensões trabalhadas nos serviços sociais franceses: inserção profissional e busca de emprego, busca de alojamento ou habitação, acesso aos auxílios financeiros, regularizações administrativas, percursos escolares e de formação entre outros. Concretamente, as pessoas assim afetadas se encontravam na impossibilidade de realizar quaisquer procedimentos relativos às solicitações burocráticas das quais elas eram objeto, mesmo aquelas para as quais elas manifestavam alguma forma de demanda. Tal imobilismo tem como consequência não somente o desligamento social em termos de relações que se perdem, mas igualmente o desligamento em relação ao estado como centralizador da existência administrativa do indivíduo. Tal processo culmina na perda dos registros necessários para a gestão do cotidiano como certidões, carteiras diversas, número de seguro social, endereço, dados bancários... É a existência mesma do sujeito que desaparece das escrituras e dos dispositivos sociais, e tudo precisa ser refeito ou recuperado.

Para o sociólogo francês Robert Castel (1994), ocorreria nesse momento um processo que ele nomeou de desfiliação (*désaffiliation*), pois o indivíduo perderia todos os laços, todos os vínculos que o permitiriam fazer parte da comunidade humana: “Os excluídos constituem uma coleção, não um coletivo” (CASTEL, 2003, p. 47). Na experiência da grande precariedade, o indivíduo perderia ao mesmo tempo os espaços ligados ao trabalho e ao contexto de segurança a que ele remete e que são mediados pelo Estado (renda, seguro saúde, direito à aposentadoria...), bem como os laços relacionais que assegurariam a proteção do indivíduo pela comunidade. Para Castel (2003), o processo de precarização fragilizaria os laços de pertencimento social porque a lógica da sobrevivência não une indivíduos entre si, ao contrário, ela os separa. É essa mesma separação que estaria, para o sociólogo, nas origens dos movimentos sociais violentos que buscam bodes expiatórios

supostamente culpados pelas mazelas do mundo. Como nos lembra Freud, todo sofrimento é profundamente narcísico no sentido de fechado em si mesmo e incapaz de empatia⁶.

Em seu ensaio sobre a insegurança social, Castel chama a atenção para o fato de que as configurações sociais liberais contemporâneas tendem para a desconstrução dos modelos de solidariedade coletivos e estatais com a valorização crescente de uma sociedade de indivíduos que tentam desse modo garantir sua própria proteção. Tal lógica cria evidentemente uma insegurança social de fato, pois alguns dispositivos e bens sociais são atacados, deixando o indivíduo cada vez mais à sua própria sorte. Por outro lado, a instabilidade crônica gera o que Castel chama de *ressentimento social*, destruindo o que resta dos laços de solidariedade. E como bem observa o psiquiatra Jean Furtos (2008, p.13), a sociedade se torna ela mesma precária quando produz relações tão inseguras a ponto de deixar o indivíduo obnubilado pela eventualidade de perda de seu lugar e de seu estatuto. A grande precariedade não se resumiria então a uma questão de pobreza, ela estaria relacionada sobretudo a uma experiência crônica de insegurança, de instabilidade e de crise de confiança. Como diz Castel,

A insegurança social não alimenta apenas a pobreza. Ela age como um princípio de desmoralização, de dissociação social à maneira de um vírus que impregna a vida cotidiana, dissolve os laços sociais e mina as estruturas psíquicas dos indivíduos. Ela induz uma “corrosão do caráter” [...]. Estar na insegurança permanente, é não poder nem controlar o presente nem antecipar positivamente o futuro (CASTEL, 2003, p. 29).

O desinvestimento no corpo social é, para o filósofo Gilles Lipovetsky (1993), um dos pontos mais marcantes que caracterizam o individualismo das sociedades contemporâneas. Ele tende para o abandono das instituições porque elas são progressivamente esvaziadas de sua substância e de seu poder de mobilização afetiva. Desconectados entre si, sem o apoio de uma rede de solidariedade, os indivíduos se transformam progressivamente em pequenas ilhas autônomas e em concorrência. Eles só podem contar com seus próprios méritos ou falhas e são assim muito menos aptos a enfrentar os acidentes da vida como doenças, desemprego ou ruptura familiar. Além disso, como assinala Ulrich Beck

6 “Diríamos então que o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu, enviando-os novamente para fora depois de curar-se. ‘No buraco do seu molar’, diz Wilhelm Busch do poeta que sofre dor de dente, ‘se concentra sua alma.’” (FREUD, 1911/2010, p. 26).

(2008), esse modelo remete ao indivíduo toda a responsabilidade sobre as escolhas que ele faz e sobre as consequências que essas terão sobre seu percurso, produzindo assim uma culpabilização individual exacerbada nas histórias de fracasso e, eventualmente, de precariedade e de exclusão. O que poderia ser tratado como um problema coletivo é concebido, pela lógica de um modelo essencialmente biográfico, em percalços internos a uma existência isolada. Isso equivale a “transformar as causas exteriores em responsabilidades individuais e os problemas ligados ao sistema em fracassos pessoais” (BECK, 2008, p. 202).

A degradação das redes coletivas de solidariedade foi também observada nos indicadores de saúde pública pelo sociólogo Michel Joubert. Suas pesquisas indicam que a falta dessas redes no suporte à vida cotidiana de uma pessoa incide diretamente sobre sua saúde mental pela ação do que ele designa como *usura* (usure). “As lógicas da usura”, diz o autor, “trazem com elas fragilizações e insegurança exacerbadas, assim como processos centrados na degradação de si”. Tais processos culminariam em estados depressivos graves, tentativas de suicídio, “sem que as pessoas tenham sequer tido a sensação de estarem doentes ou tentando buscar ajuda” (JOUBERT, 2001, p. 83).

Assim, segundo Joubert, a usura se instala de forma insidiosa, como uma doença silenciosa que corrói o indivíduo por dentro sem fazer alardes. Até que se perceba, muitas vezes tarde, que o sujeito que sofre já está isolado e sem recursos para reagir. Progressivamente, as pessoas assim afetadas perdem suas balizas e são invadidas irremediavelmente por uma impressão de dissolução dos princípios organizadores de suas vidas: trabalho, família, estatuto social, lugar de pertencimento, tudo se desconstrói. A usura dá então lugar ao esgotamento psíquico que retroalimenta a desconexão social e coloca o sujeito em um círculo vicioso que apresentará grandes dificuldades para ser rompido.

Dois eixos de incidência em direção à usura são destacados por Joubert: primeiro, o do sofrimento psíquico diretamente ligado às condições de sobrevivência dentro do nosso contexto sociopolítico no qual os mecanismos e dispositivos de solidariedade e de enquadramento social têm sido profundamente atacados e deteriorados⁷. Em segundo lugar, e em consequência do primeiro, observa-se o sofrimento ligado a uma percepção degradante de si mesmo. A culpa e a vergonha iniciais dariam lugar progressivamente ao

⁷ Robert Castel dedicou boa parte de sua obra à análise de tal deterioração operada pelas políticas neoliberais e os conflitos que elas geram na sociedade francesa, cuja organização foi sustentada justamente pelas noções de solidariedade coletiva e de bem social. Tal história aumenta consideravelmente a força dos conflitos internos que são específicos da França, com um sentimento de abandono que se instalou de forma massiva na população francesa. Não somente seu ensaio sobre a insegurança social trata do tema, mas também o seu já clássico estudo sobre as metamorfoses sociais. (CASTEL, 2003; 1995).

sentimento de usura levando, por sua vez, a um estado de esgotamento psíquico. Como diz Beck, esse processo se assemelha a uma longa “via crucis da autoestima” na qual o indivíduo termina muitas vezes crucificado. É o caminho de uma “autodestruição aceita em silêncio”, na realização de estratégias mórbidas de defesa. (BECK, 2008, p.202)

No contexto das estruturas de cuidados em saúde mental francesas, as interrogações sobre o que fazer com esses quadros sintomatológicos se apresentam de forma recorrente. Os serviços sociais, desorientados com essa população desfilhada e à deriva, solicitam por demasiado os serviços psiquiátricos do setor público. O intuito é o de estabelecer um diagnóstico para uma orientação a outros serviços especializados que tratam exclusivamente de pessoas portadoras de transtornos mentais. Embarçada com essa demanda, a psiquiatria ora responde oferecendo diagnósticos e tratamentos puramente sintomáticos e de conforto, ora retorna à orientação aos serviços sociais em questão, alegando se tratar de um problema de cunho social e não psíquico. No entanto, como abordado acima, podemos notar que as fronteiras entre essas duas dimensões – social e psíquica – são extremamente porosas. O sofrimento “que não podemos mais esconder” encontra enormes dificuldades em ser reconhecido e as respostas institucionais são, muitas vezes, inadequadas. Esse vai e vem institucional, que piora a crise de confiança nos dispositivos, é o resultado de uma concepção da saúde mental ainda ancorada em categorias diagnósticas rígidas e da falta de uma linguagem comum que possa nomear e assim determinar os contornos do problema que se impõe no campo em termos práticos e teóricos.

Os autores do *Rapport Lazarus* (LAZARUS; STROHL, 1995) tomaram um partido e defenderam uma posição sobre as intervenções possíveis, e lançaram bases para a compreensão teórica do problema. Primeiramente, eles não veem nesses estados de sofrimento psíquico um sinal de doença mental no início do processo, porém lançam um alerta quanto ao risco de cronificação e, assim, de transformação em um quadro psicopatológico caracterizado e grave. Logicamente, quanto mais próximo de um quadro grave, mais complexa se torna a situação e, inversamente, menos favorável será o prognóstico. A cronificação desse estado é o que se definiu mais tarde como síndrome de autoexclusão.

Em segundo lugar, e para que a cronificação tente ser evitada, as ações necessárias e eficazes devem ser essencialmente ações de prevenção e de promoção do bem-estar e não apenas curativas. As situações complexas de sofrimento em indivíduos desfilhados não pedem exclusivamente intervenções dos profissionais das redes de cuidado em saúde mental, e nem de cuidados médicos em geral. Elas devem ser tratadas por um ângulo mais amplo em que entram o meio e as condições de vida, o acesso aos direitos básicos, o acesso

à educação, à cultura e ao lazer. Podemos lembrar aqui a simples, e ao mesmo tempo intrincada, definição da saúde proposta pela OMS desde 1946 que afirma que “a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade”⁸ (OMS, 1947, p. 1). *In fine*, isso significa que a saúde não pode ser compreendida como um bem alcançado por um esforço puramente individual. Ao contrário, ela está ancorada em um princípio relacional e mesmo ecológico. “Chegará o dia em que explicaremos que a saúde depende, antes de tudo, dos laços do indivíduo com seu círculo e com seu meio” (ELIAS, 2012, p.52).

Esse tríptico coloca no mesmo patamar o bem-estar físico, mental e social como fatores fundamentais da saúde como um todo. Como um nó borromeano, ao se separar um elemento, a estrutura se desestabiliza por completo e todos os elementos se separam ao mesmo tempo. Poderíamos então dizer que a autoexclusão é um processo psicopatológico resultante do desatamento desse nó tríplice: sem amarras, o sujeito parte à deriva.

2. Deserto subjetivo: Abandono, autoexclusão

A precariedade social produz então no sujeito um efeito de descrença em si, no outro e no futuro com consequências psíquicas precisas: ao desacreditar no que o torna humano entre outros humanos, o sujeito se desconecta de seus valores, de sua identidade e de si mesmo como alteridade⁹. Para Jean Furtos¹⁰, psiquiatra francês que forjou o conceito de autoexclusão, uma pessoa assim afetada corre o risco de desaparecer da cena social, às vezes definitivamente, e de perder desse modo sua qualidade primeira de “animal político” que normalmente se manifestaria pelo corpo, pela ação no mundo e pela linguagem

8 Constituição da OMS de 22/07/1947, disponível em: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.

9 Vale lembrar que, para Lévi-Strauss (1967), o fundamento da condição humana está na aliança entre grupos como contraponto da interdição do incesto. É, sob esse ângulo, o que defende Freud (1930/1996) em seu artigo sobre o mal-estar na civilização, no qual afirma que, ao invés de se instalar em um paradigma de destruição de si e do outro numa primazia de suas pulsões, o homem escolhe a vida por meio de uma cooperação com esse outro no intuito de sobreviver. O contraponto aqui, é que isso representa ao mesmo tempo uma séria fonte de limites para suas satisfações pessoais imediatas.

10 Jean Furtos é uma figura de destaque na psiquiatria francesa contemporânea, sobretudo no que toca o atendimento à população em situação de grande precariedade. Trabalhando num dos maiores hospitais psiquiátricos da França – o hospital Vinatier, em Lyon –, ele participou da criação das equipes móveis de psiquiatria dedicadas a pessoas em situação de rua, as EMPP (Equipes móveis psiquiatria e precariedade).

(FURTOS, 2008a, p.13). De certo modo, pode-se dizer que, na síndrome de autoexclusão, o sujeito sai de cena por não suportar a desqualificação, a desmoralização e a humilhação continuadas da exclusão social, ele se defende assim de forma mórbida de um sofrimento psíquico e social contínuo, e sem possibilidades de transformação. A autoexclusão funciona como uma anestesia social e psíquica, pela ação da qual o sujeito não seria mais testemunha de sua própria decadência. E “para tal, afirma Furtos “o sujeito se obriga a sair de si mesmo, ele desaparece” (FURTOS, 2007, p. 27)

Sair da cena social e perder o que nos faz humanos não é obra de uma simples opção, de um desejo excêntrico de solidão em uma vida de misantropia. Escolher e ter a capacidade de estar só é uma posição nas antípodas da autoexclusão, pois para poder sustentar sua autonomia, o sujeito precisa ter introjetado a noção de um outro como suporte e como amparo possíveis. Ora, como vimos anteriormente, as sociedades contemporâneas têm falhado sistematicamente na oferta desse amparo, sobretudo com o ataque às estruturas reguladoras e protetoras das instituições sociais.

É no seu desenvolvimento mais precoce que o sujeito aprende a lidar com a figura do outro que lhe serve de espelho para a construção de sua própria identidade. Sem o outro, o sujeito não poderia advir, como nos explica Winnicott, psicanalista e pediatra inglês. “Não existe essa coisa chamada bebê”, diz ele com um tom de provocação, para explicar que o bebê como entidade igual a ela mesma e independente de seu meio, não existe, já que onde há um bebê há necessariamente um adulto que o acolhe (WINNICOTT, 1947, p.107). Assim, o bebê só pode existir dentro de uma relação. De fato, é impossível separar um bebê de seu meio pois, ao nascer, sua imaturidade fundamental instaura uma relação da qual depende sua sobrevivência. Freud (1930/1996) já chamava atenção para o fato de que, na sua imaturidade, o homem se constrói, do ponto de vista físico e psíquico, com o outro. É por meio dessa relação que o princípio de realidade se introduz e se superpõe ao imediatismo destrutor do princípio de prazer. A presença do outro, necessária, frustra e ao mesmo tempo protege o sujeito dos perigos do mundo externo e sobretudo dos perigos da autodestruição provocada pelo gozo sem limites. Em outras palavras, a presença e o amparo do outro tornam a vida possível.

Caso não haja acolhimento da parte de um adulto, não somente a integridade física do bebê é ameaçada, mas entraríamos também nos modos psicopatogênicos de relações de abandono entre um sujeito e seu meio, aquelas justamente que afetam sua integridade psíquica e que plantam as sementes de angústias, ansiedades e outras depressões futuras. O abandono incide sobre o que Winnicott (1956/1996) chamou de “sentimento

de continuidade da existência” (p. 45), o que tem como maior consequência, não um simples sentimento de frustração, mas o sentimento de ser ameaçado de aniquilação. Para o psicanalista inglês, esse seria a manifestação da angústia mais primitiva de um sujeito. As carências da relação de abandono não seriam assim ressentidas como carências relativas ao outro, mas como inerentes a si mesmo, é o *eu* que seria negado no seu aspecto mais fundamental, o de existir no desejo do outro.

É a experiência de amparo pelo outro que torna o sujeito capaz de se separar desse outro que o amparou e de explorar o mundo de forma autônoma e criativa. Ou seja, é a presença de um outro benévolo que oferece ao sujeito as bases que lhe permitem ser independente, e é a criação de um vínculo persistente e consistente que oferece ao sujeito as condições de compreender e internalizar a sua própria existência e a existência do outro. Ainda que esteja só, o sujeito amparado compreende que o outro existe como possibilidade, como recurso e ele pode assim suportar momentos solitários sem angústias ligadas ao medo do abandono. Ele se torna capaz de estar só sem a necessidade de demandar permanentemente a presença concreta de alguém a seu lado. Isso significa que a experiência da autonomia depende da construção prévia de um quadro de suporte e de amparo pelo meio.

Ora, o contexto atual da escassez crescente de cuidados e amparos sociais propulsa o sujeito em uma experiência de abandono, de desaparecimento do outro. O meio assim estabelecido não é mais nem consistente nem persistente, ele é arbitrário e incompreensível. Focalizando no indivíduo como único protetor de si mesmo, o discurso social atual o deixa à própria sorte ao mesmo tempo em que o culpabiliza fazendo-o acreditar que não se esforçou o suficiente. Ou seja, as carências do meio retornam sobre o sujeito como um questionamento sobre o valor de sua própria existência.

Vale ressaltar que, para Winnicott (1956/1996), o outro que suporta e ampara o sujeito não é em absoluto perfeito, ele não está à disposição e sempre pronto a oferecer soluções e respostas perfeitas. Ao contrário, o outro deve ser apenas “suficientemente bom”, para retomar uma expressão muito conhecida do psicanalista inglês. O adulto cuidador de um bebê, por exemplo, o faz dentro de seus limites. A única verdadeira condição para que esse adulto cumpra bem o seu papel é a presença de seu desejo para estar nesse lugar de cuidador e de cuidar do bebê singular com que ele lida. Nem sempre esse adulto saberá satisfazer o bebê, nem sempre ele o poderá, nem sempre ele terá disponibilidade física ou psíquica para tal, mas seu desejo permanecerá como suporte para a existência de um sujeito a advir que não possui ainda a capacidade de desejar por si mesmo. Ser suficiente-

mente bom significa, assim, poder acompanhar o sujeito na construção de sua identidade e de seu desejo – enfim, de sua autonomia – sem imposições tirânicas nem ameaças de abandono.

Muito se questionou sobre a eventualidade de uma fragilidade psíquica já presente e que tornaria o sujeito suscetível, com poucas possibilidades de reação perante as duras provas da vida. No entanto, fragilidades não são o privilégio de alguns somente, pois todos somos sujeitos vulneráveis em certas situações de crise, com nossas cicatrizes secretas prontas para sangrar novamente caso sejam por demais solicitadas. Nesse excesso de solicitação se alojaria justamente o caso da grande precariedade social: ela demanda por demais esforços do indivíduo, ela exige um investimento adaptativo intenso e constante. Não haveria assim cicatriz capaz de resistir a tamanha solicitação, seria tão somente uma questão de tempo para que cicatrizes mais leves e superficiais terminem por sangrar também. Dito isso, pessoas cujas histórias são já marcadas por rupturas e abandonos são mais suscetíveis a apresentarem um quadro psicopatológico caracterizado de autoexclusão, pois elas apresentam estruturas psíquicas fragilizadas por uma construção vacilante.

Assim, o efeito psíquico produzido pela grande precariedade seria comparável, segundo Furtos, ao que se verifica em experiências traumáticas. “O maior horror para um humano”, diz Furtos “a plataforma traumática comum, é de não ser reconhecido e respeitado como um humano”. (FURTOS, 2008b, p.120) A distinção mais importante residiria no fato de que os eventos traumáticos são, em geral, determinados dentro de um intervalo de tempo e, muitas vezes, são vivências de um evento único, enquanto a desfiliação, mesmo sendo mais discreta e menos abrupta, é cotidiana, repetitiva e durável. Winnicott já afirmava que, mesmo em indivíduos sãos – quer dizer, aqueles que não apresentam vulnerabilidades psíquicas particulares e que se relacionaram com um meio suficientemente bom – algumas experiências traumáticas podem desconstruir o que foi erguido. Nas palavras de Winnicott:

[...] se tomamos conhecimento de indivíduos dominados no lar, prisioneiros, que passaram sua existência num campo de concentração ou que são vítimas de um regime político cruel, supomos, antes de mais nada, que somente algumas dessas vítimas permaneceram criativas. [...] Parece, a princípio, que todos os outros [...] abandonaram a esperança, deixaram de sofrer e perderam a característica que os torna humanos, de modo a não mais perceberem o mundo de maneira criativa. Estas circunstâncias representam o lado negativo da civilização. Referimo-nos à destruição da criatividade em indivíduos pela ação de fatores ambientais, numa data tardia do crescimento pessoal. [...] Em casos graves,

tudo o que importa e é real, pessoal, original e criativo permanece oculto e não manifesta qualquer sinal de existência. Nesse caso extremo, o indivíduo não se importaria de fato em viver ou morrer. O suicídio, pouca importância tem, quando tal estado de coisas está poderosamente organizado num indivíduo, e nem mesmo o próprio indivíduo se dá conta do que poderia ter sido, ou do que foi perdido ou do que lhe está faltando (WINNICOTT, 1975, p. 114).

A autoexclusão é assim o resultado de um processo traumático longo e repetitivo, e o tempo de exposição é aqui uma variável essencial. Concretamente, esse processo se inicia com um quadro pré-patológico no qual primam manifestações como inércia, desânimo, apatia, desinteresse. Nos seus primórdios, ela se apresenta assim a um estado depressivo pela sua falta de élan vital. Furtos denominou “desencorajamento” essa fase inicial, que poderíamos aproximar do que os autores do *Rapport Lazarus* observaram como o “desmoronamento” e do que Joubert definia como usura e esgotamento psíquico ligados a uma “falta de energia” para executar as tarefas cotidianas e fazer projetos para o futuro. Como diz Joubert,

A usura se traduz na dificuldade a se manter na posição de equilíbrio que torna possível um certo número de atos elementares da vida cotidiana. O simples ato de encarar uma dificuldade supõe que se use um “estoque de energia” (no sentido de Durkheim). Quando as pessoas estão engajadas num ciclo de usura, suas bases energéticas dão a impressão de não mais se renovarem, conduzindo a diversas formas de esgotamento (JOUBERT, 2001, p. 84).

Uma vez instalada e tornada crônica, a autoexclusão passaria de uma sintomatologia próxima de estados depressivos a sinais deficitários ou negativos mais típicos da esquizofrenia e outros relativos a quadros paranoides. Tais sinais seriam: anestesia ou hipostesia, embotamento afetivo ou hipomania, inibição intelectual e cognitiva, incapacidade para formular uma demanda, reações terapêuticas negativas, rupturas, errância, incúria, abolição da vergonha e do pudor, morte por indiferença a si mesmo. O abuso de substâncias psicotrópicas, especialmente o álcool, é extremamente frequente e vem reforçar a anestesia e abulia já presentes. Como ressalta Furtos, o desespero é tal que o sujeito não pode nem sabe mais colocá-lo em palavras e ele opera assim uma dessubjetivação das experiências internas e externas, “uma desconexão sensorial e do pensamento, e a impossibilidade de internalizar a realidade que afeta o corpo e o ser corporal” (FURTOS, 2008b,

p.120). Assim, como diz Furtos, a síndrome de autoexclusão como lógica de sobrevivência se erige como um imenso paradoxo: aquele que sustenta que é necessário impedir a vida para se continuar vivendo. FURTOS, 2008b, p. 124)

Psicanalista e antropólogo tendo se dedicado às pessoas em situação de grande precariedade, Patrick Declerck (2001) descreve em um ensaio sua sideração face aos sintomas apresentados por essa população. Dentre todas as negações de si que se podia verificar nos sujeitos, as mais impressionantes eram, para Declerck, as que tocavam o corpo. Em um estudo entre abordagem clínica e análise antropológica, ele descreve uma grande quantidade de situações nas quais o corpo se torna uma realidade totalmente estrangeira ao sujeito, a tal ponto que, muitas vezes, a putrefação já se fazia bem presente sem que nenhuma manifestação fisiológica tenha sido percebida. Um corpo sem febre nem dores, mudo, inexistente, até que a morte, ela, venha a se manifestar.

O diagnóstico diferencial em relação à esquizofrenia é absolutamente essencial, pois ele dará ao clínico o rumo a seguir. Se considerarmos os sintomas de um ponto de vista puramente normativo, esse trabalho diferencial será dificilmente realizável. É necessário assim que se observe a lógica de construção do quadro para além dos sintomas manifestos. O interesse da abordagem psicodinâmica é precisamente o de abrir os horizontes do clínico, para que ele possa ver e escutar, para além dos fenômenos, o que se passa profundamente com o sujeito que ele encontra.

3. Conclusão: dar água a quem tem sede

A síndrome de autoexclusão coloca um problema real no tocante às estratégias de cuidado tanto sociais quanto psicológicas e psiquiátricas. Se falamos de desfiliação e desconexão social, então o grande obstáculo que se apresenta é já o de se conseguir estabelecer um laço que permita intervenções terapêuticas. Ora, sem que se instaure uma relação pela qual o sujeito invista o outro do saber e do poder ajudar, o ato terapêutico se encontra tolhido desde o início. Em outras palavras, sem uma relação transferencial não há clínica possível e esse aspecto já é fonte de um grande embaraço, posto que a “demanda” e o “sujeito-suposto-saber” não podem ser tomados aqui como ponto único de partida. Seria certamente muito mais simples se conseguíssemos evitar a instalação e a cronificação dessa síndrome por meio de intervenções preventivas como defenderam os autores do

Rapport Lazarus, mas isso infelizmente não é sempre possível, haja vista o contexto social no qual nos encontramos.

A autoexclusão força então o profissional para os confins da clínica pois é necessário, antes de tudo, reconstruir a capacidade mesma de se criar laços com um sujeito ausente da cena. É preciso então reconvocá-lo, como numa sorte de reanimação psíquica, e é por essa razão que as estratégias clínicas relativas à síndrome de autoexclusão se concentram sobre práticas que injetam na realidade do sujeito um outro benévolo e um meio que oferece amparo. Desse modo, tornou-se evidente que não se poderia esperar por uma demanda elaborada e endereçada ao clínico, era preciso “ir até o sujeito” (*aller vers*), para instigar um movimento, qualquer que fosse, em relação ao outro. O profissional clínico foi assim inserido nas estruturas mais diversas que não tinham, em princípio, nenhuma missão ligada às estruturas clássicas de saúde mental, como é o caso, por exemplo, de alojamentos e serviços públicos de assistência social. Trabalhadores sociais, psicólogos e psiquiatras fazem assim parte da mesma equipe e podem, num esforço comum, “ter cuidado” com as pessoas que frequentam essas instituições para além de um estatuto de paciente. Dito isso, é necessário que se guarde uma grande parcimônia para que, na ânsia de acordar esse sujeito anestesiado, não haja mais maus-tratos do que ajuda. *Primum non nocere*.

Por outro lado, um *setting* clínico clássico, estabelecido entre um profissional que escuta e um sujeito que discorre sobre suas experiências, presta-se mal à tarefa de ir até os confins do deserto buscar um sujeito que se perdeu. São assim privilegiadas práticas que inscrevem na lógica do cuidado o reconhecimento do sujeito inserido numa rede de suporte coletivo como, por exemplo, grupos e clubes terapêuticos diversos, grupos de apoio entre pares, associações de usuários. Do mesmo modo, atividades como refeições, ateliês de artes plásticas, passeios em lugares como museus e parques, práticas corporais como Yoga ou meditação, todas tentam suscitar no sujeito seu pertencimento à comunidade dos humanos reconstruindo aos poucos (bem aos poucos) sua confiança no laço social, ou ao menos no laço que essa comunidade restrita tece com ele. E isso já é um início.

Do mesmo modo que o clínico deve estar ciente de que a “evolução positiva” da síndrome de autoexclusão é lenta e se inscreve no tempo a longo prazo, ele deve também atentar para o fato de que casos crônicos instalados por anos a fio podem não ser mais reversíveis. Nesses casos, o importante é que a rede de suporte coletivo constituída por profissionais pluridisciplinares exista para “ter cuidado” com o indivíduo e ampará-lo em caso de crise ou de urgência. Que o sujeito não tenha condições de perceber e reconhecer

essa rede não impede que ela seja constituída. Ainda, é absolutamente necessário que tais expressões como “evolução positiva” sejam sempre problematizadas pelos profissionais que se servem delas para que elas não sejam confundidas com um ideal de autonomia absoluta, no qual se aloja o individualismo das nossas sociedades liberais.¹¹

Na ausência da força mediadora e protetora do Estado, a sociedade civil se organiza cada vez mais para ocupar o espaço das redes de amparo desconstruídas. No contexto francês, são as associações e ONGs que fazem parte das linhas de frente na luta contra a exclusão social. São elas que empregam a maioria dos trabalhadores sociais e outros profissionais do acompanhamento, como psicólogos, e se estabeleceram como atores incontornáveis que sabem mobilizar a opinião e o ímpeto de cidadania da população. O avesso de tal organização é que ela pode estimular separações entre grupos de cidadãos e contribuir para o sentimento de insegurança.

O que a síndrome de autoexclusão nos ensina, fundamentalmente, é que a saúde mental não pode ser reduzida à única esfera de uma clínica psicológica ou psiquiátrica, mesmo que estas tenham inspirações autênticas de ajudar a restabelecer a cidadania de seus usuários. É necessário que os campos político, econômico, sociológico, educacional e, claro, clínico, sejam capazes de ultrapassar os individualismos atuais para construir espaços de reflexão comuns onde se possa conceber modos de proteção inéditos que assegurem um meio suficientemente bom, um ambiente capaz de suportar a criatividade individual sem ameaças ou retaliações. Se tal empreendimento consegue ser criado e mantido ao menos – e por enquanto – dentro dos limites de uma instituição de cuidados, isso também já é um início.

11 Sobre esse assunto, ver o excelente artigo de Mizrahi e Garcia (2007).

Referências

BECK, U. *La société du risque*. Paris: Fammarion, 2008.

CASTEL, R. La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologiques*, s/v., n. 22, p. 11-27, 1994. Disponível em: <<https://www.erudit.org/en/journals/crs/1994-n22-crs1516985/1002206ar/>>. Acesso em: 22/11/2021.

CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

CASTEL, R. *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Seuil, 2003.

DECLERCK, P. *Les naufragés*. Paris: Plon, 2001.

ELIAS, N. *La solitude des mourants*. Paris: Christian Bourgois Éditeur, 2012.

EMMAÛS. Sondage exclusif de l'association. *EMMAÛS Solidarité*. 19 nov. 2009. Disponível em: <<https://www.emmaus-solidarite.org/sondage-exclusif-de-lassociation/>>. Acesso em: 23/11/2021.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. *Obras Completas – Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Vol. 12. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1914/2010. p. 13-50.

FREUD, S. Mal-estar na civilização. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud: O Futuro de uma Ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931). Vol. XXI. Trad. James Strachey. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996. p. 67-148.

FURTOS, J. . Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, s/v., n. 11, p. 24-33, 2007. Disponível em: <https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/Les_effets_cliniques_de_la_souffrance_psychique_d_origine_sociale-J_Furtos_Sept.2007.pdf>. Acesso em: 21/11/2021.

FURTOS, J. L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité: la précarité de la confiance. In: FURTOS, J. (Org.) *Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2008a. p. 11-22.

FURTOS, J. Le syndrome de l'auto-exclusion. In: FURTOS, J. (Org.). *Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2008b. p. 118-133.

JOUBERT, M. Précarisation et santé mentale: déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires In: JOUBERT, M et al.(Org.). *Questions en santé publique: Précarisation, risque et santé*. Paris: INSERM, 2001. p.69-95.

LAZARUS, A. & STROHL, H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher: rapport du groupe de travail santé mentale, ville, précarité et exclusion Sociale*. 1995. Disponível em: <https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_LAZARUS_et_STROHL_1995_Une_souffrance_qu_on_ne_peut_plus_cacher.pdf>. Acesso em: 21/11/2021.

LÉVI-STRAUSS, C. *Les structures élémentaires de la parenté*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1967.

LIPOVETISKY, G. *L'ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain*. Paris: Gallimard, 1993.

MIZRAHI, B.; GARCIA, C. A capacidade de estar só: um contraponto winnicottiano ao ideal contemporâneo de autonomia absoluta. *Psicologia em revista*, v. 13, n. 2, p. 267-280, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n2/v13n2a04.pdf>>. Acesso em: 21/11/2021.

OMS. Constitution (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 22 juillet 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-fr.pdf#page=7>. Acesso em: 21/11/2021.

WINNICOTT, D. A criatividade e suas origens. *In: WINNICOTT, D. O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971/1975. p. 108-138.

WINNICOTT, D. La préoccupation maternelle primaire. *In: WINNICOTT, D. La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot, 1956/1996. p. 33-50.