



Anais do X Simpósio do
Programa de Pós-graduação
em Psicanálise da UERJ

Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito

ISBN: 978-85-88769-54-0

SUMÁRIO

Objeto do desejo e fetiche da mercadoria: a ética da psicanálise e a demanda perversa do capitalismo.....	5
<i>Ligia Gama e Silva Furtado de Mendonça</i>	
Intervenção psicanalítica em UTI neonatal: uma intervenção precoce?.....	13
<i>Alcione da Penha Vargiu Vasconcellos de Andrade</i>	
O sem sentido do sintoma e o furo no saber médico.....	20
<i>Roseane Freitas Nicolau e Aline da Costa Jerônimo</i>	
Os efeitos da ciência e do capitalismo nos sintomas da contemporaneidade.....	26
<i>Angélica Cantarella Tironi</i>	
A concepção do sujeito fundada na categoria da identidade e suas implicações para a clínica....	35
<i>Augusta Rodrigues de Oliveira Zana</i>	
Farão tudo o que seu mestre mandar?.....	44
<i>Cintia Ribelato Longhini, Taia Franco de Albuquerque e Wael de Oliveira</i>	
Pensando as possibilidades para a psicanálise nas clínicas escolas: a transferência em questão..	51
<i>Emilie Fonteles Boesmans, Antônio Dário Lopes Júnior e Karla Patrícia Holanda Martins</i>	
Uma invenção para construir um corpo.....	58
<i>Fabio Malcher</i>	
Psicanálise no batalhão da polícia militar: uma aposta ética no sujeito.....	66
<i>Fernanda Cabral Samico</i>	
A direção do tratamento na clínica com anoréxicas: a ética da psicanálise frente ao ‘risco de vida’.....	73
<i>Francisco Anderson Carvalho de Lima, Erika Silva Rocha e Emilie Fonteles Boesmans</i>	
A tragédia, o trágico e a ética da psicanálise: Édipo em colono e o desamparo.....	80
<i>Isabela Vieira de Almeida</i>	
A psicanálise aplicada ao tratamento do autismo: a oficina de teatro como dispositivo clínico...86	86
<i>Katia Alvares de Carvalho Monteiro, Martina Schneider Rodrigues e Marianna Miranda Bauerfeldt</i>	
As funções do diagnóstico na psicanálise e na psiquiatria.....	94
<i>Leonardo de Miranda Ferreira</i>	
A presença do analista numa enfermaria de crise psiquiátrica: uma aposta no sujeito.....	100
<i>Lorenna Figueiredo de Souza e Sonia Leite</i>	
O discurso psicanalítico e a modernidade: Foucault, leitor de Freud.....	108
<i>Luiz Paulo Leitão Martins</i>	
O acompanhamento terapêutico no serviço de internação psiquiátrico: a afirmação de uma prática clínica.....	117
<i>Luiza Medina Tavares</i>	

A avaliação como efeito do discurso capitalista no hospital universitário.....	126
<i>Marcus Vinícius Rezende Fagundes Neto</i>	
Inovações da interpretação psicanalítica face aos desafios de novos sintomas.....	135
<i>Mariana Mollica da Costa Ribeiro</i>	
Incidências do discurso da ciência e do capitalista na educação: notas de uma pesquisa.....	144
<i>Marina Sodré Mendes Barros</i>	
Incidências do diagnóstico psiquiátrico no processo de análise: da forclusão à inclusão do sujeito.....	152
<i>Raquel Coelho Briggs de Albuquerque</i>	
Políticas públicas na educação e o sujeito.....	161
<i>Renata Mendes Guimarães Geoffroy</i>	
O gozo desmedido da paixão feminina: uma experiência do excesso na clínica.....	169
<i>Isis Fraga Segal e Rita Maria Manso de Barros</i>	
O sintoma nas instituições de saúde: entre o discurso da medicina e o discurso da psicanálise.....	176
<i>Roseane Freitas Nicolau, Ana Elizabeth Araújo Luna, Adalberto Jorge Ribeiro da Costa, Ingrid de Figueiredo Ventura e Oziléa Souza Costa.</i>	
Um lugar para a família: entre a família, a lei e a assistência.....	183
<i>S�nia Elisabete Altoé, Fernanda Hermínia Oliveira Souza e Tatiana Borsoi</i>	
Políticas de saúde e clínica do sujeito: um diálogo possível?.....	191
<i>T�isa de Araújo Serpa</i>	
Impactos e efeitos do trabalho constante com a dor e com a morte nos profissionais de saúde em oncologia pediátrica.....	200
<i>Marcelia Marino Schneider Côgo</i>	
O normal e o patológico sob o olhar da psicanálise.....	207
<i>Alinne Nogueira Silva Coppus</i>	
A mulher e a demanda desmedida de beleza.....	215
<i>Maria Cristina Bion Cardoso</i>	
A Nomea�o do Sexo: um sintoma entre Estado e sujeito?.....	223
<i>Heloisa Shimabukuro e Nelly Brito</i>	
Estado, Saúde e Psicanálise: a incorpora�o da psicanálise no Brasil pela via higienista.....	231
<i>Luciana Cavalcante Torquato</i>	
Amanda: traficante ou embaraçada com a feminilidade?.....	240
<i>Thaís Lima Silva</i>	
O burnout do profissional de saúde na rela�o de trabalho contemporânea.....	248
<i>Lúcia Helena Carvalho Dos Santos Cunha</i>	
Psicanálise e capitalismo: quando o não-todo denuncia o panis et circenses.....	256
<i>Taina Cavalcanti Rocha</i>	

O desejo e a angústia do cuidador de adolescente atendido em um ambulatório especializado: de qual ato e limite falamos?	265
<i>Wagner Hideki Laguna</i>	
Discursos da psiquiatria, do direito e da psicanálise sobre o estigma de periculosidade e o ideal securitário do louco infrator	271
<i>Ana Elizabeth Araujo Luna e Roseane Freitas Nicolau</i>	
Inspirações possíveis para uma direção de tratamento psicanalítico da psicose: uma “Prática entre Vários Generalizada”	280
<i>Fernanda Mara da Silva Lima</i>	
O excesso nos primeiros escritos freudianos	286
<i>Mariana Barreiros Meliande, Ricardo Defranco Lobato da Fonseca, Vladimir Porfirio Bezerra e Marcia Defelippe Durso</i>	
A clínica das toxicomanias e a construção do tratamento	293
<i>Leticia Amadeu Gonçalves e Silva</i>	
Adolescência e ética: articulações sobre a pertinência do psicanalista na instituição	301
<i>Aline Lima Tavares e Sonia Alberti</i>	
Psicanálise e clínica ampliada: o discurso psicanalítico na instituição hospitalar	309
<i>Gardênia Holanda Marques e Karla Patricia Holanda Martins</i>	
Psicanálise e saúde: sobre a invenção	316
<i>Ana Claudia Marinho Soares</i>	
Algumas considerações sobre o diagnóstico na psicanálise e na psiquiatria	324
<i>Deborah Lima Klajnman</i>	
O trabalho da psicose: o sujeito entre a clínica e a política	331
<i>Claudia Maria Tavares Saldanha e Andréa Hortélio Fernandes</i>	
A rede de saúde mental: articulações possíveis a partir da clínica da recepção	339
<i>Renata de Oliveira Fidelis</i>	
As insígnias do universo feminino: construindo laços	347
<i>Jacqueline de Andrade Loeser dos Santos</i>	
A clínica da compulsão e dos excessos: uma discussão das perspectivas médica e psicanalítica	354
<i>Érika Teles Dauer e Karla Patrícia Holanda Martins</i>	
Algumas questões sobre o transexualismo	363
<i>Barbara Zenicola</i>	
O diagnóstico do abuso sexual de crianças e adolescentes: do âmbito jurídico à psicanálise	370
<i>Roseane Freitas Nicolau e Oziléa Souza Costa</i>	
Acerca das evidências e da eficácia na psicanálise com idosos	377
<i>Glória Castilho e Giselle Falbo</i>	
O Real insiste onde o estado fracassa	385
<i>Mignon Pereira Lins</i>	

O que se faz na rua?	393
<i>Milton Nuevo de Campos Neto e Raonna Caroline Ronchi Martins</i>	
A clínica e a pesquisa psicanalítica e o campo da saúde do trabalhador	402
<i>Elaine Cristina Schmitt Ragnini e Vinicius Anciães Darriba</i>	
O prognóstico do espectro do autismo em seu início	409
<i>Evacyra Viana Peixoto e Rita Maria Manso de Barros</i>	
A ex-sistência do sobrenome paterno: o mistério de maria	418
<i>Antônio Carlos Félix das Neves</i>	

**OBJETO DO DESEJO E FETICHE DA MERCADORIA: a ética da psicanálise
e a demanda perversa do capitalismo**

Ligia Gama e Silva Furtado de Mendonça

Psicanalista. Doutoranda e mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pela UERJ.

Professora substituta da UERJ.

Email: ligia.mendonca@gmail.com

RESUMO

Esse trabalho propõe-se a investigar a ética da psicanálise e sua relação com a perversão, além de abordar as semelhanças entre perversão e o discurso capitalista. Essa questão nos implica uma vez que constatamos na cultura e na clínica práticas que sobrepõem à ética e cerceiam a atuação psicanalítica. A ética se aproxima da perversão uma vez em que ambas se distanciam de uma moral universal, no entanto, a busca incessante por gozos une o perverso ao capitalista. Basearemos-nos, sobretudo, em Lacan, no seu seminário sobre ética (1959-1960/2008) e no seu escrito sobre Kant e Sade (1966/1998).

Palavras-chave: perversão, ética, capitalismo.

RÉSUMÉ

Cet article se propose d'enquêter sur l'éthique de la psychanalyse et sa relation avec la perversion, en plus d'aborder les similitudes entre la perversion et le discours capitaliste. Cette question nous implique une fois que nous remarquons des pratiques dans la culture et dans la clinique qui se chevauchent à l'éthique et limite la pratique psychanalytique. L'éthique s'approche de la perversion car tous les deux se distancient d'une morale universelle, cependant, la jouissance joint le pervers au capitaliste. Notre recherche est surtout dans la théorie de Lacan, spécialement dans son séminaire sur l'éthique (1959-1960/2008) et dans son écrit sur Kant et Sade (1966/1998).

Mots-clés: perversion, éthique, capitalisme.

Esse trabalho propõe-se a investigar, visto a pertinência do tema deste Simpósio que convida-nos a interrogar e evidenciar o papel da psicanálise entre o sujeito e o Estado, a ética da psicanálise e sua relação com a perversão. Essa questão nos implica uma vez que constatamos na cultura e na clínica práticas que sobrepõem à ética e cerceiam a atuação psicanalítica, como podemos exemplificar através da recente campanha ocorrida na França para proibir as equipes de saúde em utilizar a psicanálise como abordagem para casos de autismo. É pela perversão que discutiremos a dimensão ética e seu distanciamento da moral, além de abordarmos sua afinidade com o discurso capitalista.

Devemos, no entanto, atentar para não confundirmos perversão com perversidade, nem moral com ética. A perversidade é facilmente percebida através da violência alastrada em nossos dias, nas condutas desviantes e antissociais que vão contra as leis morais, impossibilitando a construção de laços sociais. A História nos fornece diversos exemplos, como a criação nazista das câmaras de gás, as bombas de nitrogênio, os muros de Berlim, na atual Israel e na fronteira entre EUA e México; não é outro o cenário que temos visto e ouvido. Com Freud percebemos que esses atos classificados como perversos não predizem a estrutura do sujeito. A ressalva é importante uma vez que a estrutura perversa diz respeito à subjetivação resultante da negação (*Verleugnung*) da castração na dialética edipiana.

O diagnóstico diferencial estrutural é feito por meio de três modos de negação do Édipo - negação da castração do Outro - correspondentes às três estruturas clínicas. No caso do neurótico, nega-se o material, mas conserva-o no inconsciente, onde ele se manifesta através do recalque (*Verdrängung*). Na psicose, seu modo de negação - a forclusão, rejeição (*Verwerfung*) - não deixa traço ou vestígio; a resolução é mais definitiva, pois o sujeito se livra do material, descartando-o. Já o perverso nega (*Verleugnung*) o material conservando-o no fetiche. É como se o sujeito soubesse da existência daquilo que ele recusa, porém persiste em negar a sua presença. Com isso, percebe-se que a *Verleugnung* é uma contradição: é um movimento no qual saber e negar este saber coexistem juntamente. Isso é bem salientado no texto de Freud *Fetichismo* (1927/2007), onde fica explícito que o fetichista tem um saber sobre a castração, o que não o impede de gozar como se não soubesse. O fetiche, paradoxalmente, atua como um triunfo sobre a ameaça de castração e também é um símbolo que relembra a todo instante, justamente, a castração. Há um compromisso intermediário entre desmenti-la e reconhecê-la.

A perversão-polimorfa pertence a outro terreno, distinto da perversão estrutural e da perversidade, mas também interligado a elas. Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2006), Freud entende a perversão como um desvio de uma função normal,

especialmente no tocante à esfera sexual, para assim introduz o conceito de pulsão. Ele demarca outros contornos para as questões que cercam a diferenciação entre normal e patológico, pois a noção de pulsão, ao contrário do instinto, desconstrói a possibilidade de uma versão ‘natural’ do desejo. Deste modo, perversão, desvio, transgressão e aberração são facetas da sexualidade humana.

Precisamos distinguir também moral de ética. A moral trata das coisas práticas e a ética debruça-se sobre o comportamento moral, fazendo dele seu objeto de estudo. A moral está vinculada às normas de conduta que os homens desenvolvem para viver em sociedade, enquanto a “ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, o da moral, considerado porém na sua totalidade, diversidade e variedade” (VÁSQUEZ, 1999, p. 21). A moral sustenta a prática, a ética constrói uma teoria sobre a prática.

Aqui interessa-nos pensar a perversão através da ética, pois assim atrelamos o saber clínico ao social. Ao abordar o campo da ética, Lacan assimila tópicos tradicionalmente relacionados a este assunto, tais como o Bem, o Belo, a morte, o prazer, a felicidade. Inspira-se na filosofia grega clássica em que a ética refere-se a uma boa maneira de ser ou de se conduzir na vida. No entanto, como bem diz o título do seu sétimo seminário, a reflexão lacaniana sobre a noção ética é fundamentada com rigor no pensamento psicanalítico, o que implica precisamente na dimensão do desejo. Pode-se afirmar que a ética da psicanálise está centrada no desejo e, por conseguinte, se afasta dos imperativos do supereu e dos ideais sociais, sem os desprezar. Ela, ao contrário da moral, não está articulada ao Bem supremo: a ética psicanalítica tem como horizonte o real, enquanto a moral tenta recobrir a impossibilidade do real através de regras e proibições, e é por isso que “a dimensão do bem levanta uma muralha poderosa na via de nosso desejo” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 274). Afinal, o que é fazer o bem para o outro ou para si mesmo?

Por menos que Freud tenha se aprofundado na questão ética em si, seus comentários feitos a respeito da alegoria schopenhaueriana dos “porcos-espinhos no frio” e da afirmação de Plauto (retomada por Hobbes) de que “o homem é o lobo do homem” (1930/1976) demonstram que o tema sempre esteve presente em seu pensamento. Mais especificamente, Freud abre uma via (“lá onde isso estava, o eu [sujeito] deve advir”¹) que enfatiza a função fecunda do desejo no direcionamento da ação humana que, por sua vez, está no centro da

¹ O texto no original em alemão é: *Wo es war, soll ich werden* (FREUD, 1933 [1932]/2006, p. 84).

discussão ética. Desta maneira, entende-se a posição lacaniana (1959-1960/2008) em defender que a psicanálise não é um idealismo, muito menos uma ética do Bem Supremo.

Ao destacar o posicionamento ético de Freud quanto ao alcance e limites da psicanálise e à posição do analista, Lacan (1966/1998) discutirá questões referentes à ética da psicanálise como sendo do alcance da própria teoria que embasa o trabalho dos psicanalistas. A ética é da psicanálise e não de cada um dos que a exercem.

Circunscreveremos a discussão lacaniana sobre ética através da relação do perverso com a lei a partir dos textos contemporâneos de Kant (1788) e Sade (1795). Com os ensinamentos de Lacan acerca da diferenciação entre ética e moral (1959-1960), pensamos, à primeira vista, que Kant e Sade se posicionam de maneira oposta no que concerne à lei moral. No entanto, suas obras são compatíveis e até mesmo se completam. Lacan (1966/1998) chega a afirmar que *A filosofia na alcova* (1795/2008) fornece a verdade da *Crítica da razão prática* (1788). O denominador comum destes dois textos é a ética, mas Kant defende o *bem* enquanto lei da natureza e Sade, o *mal*. Através de sua obra, Kant aspira a uma lei moral *universalizante*, pois se não fosse assim, a lei seria fornecida pela natureza e o homem seria nada mais que o resultado de suas circunstâncias; uma vontade livre sem sentido. Como aponta Martinho (2011), para Kant não há liberdade quando somos guiados pelo bem-estar, quando a lei está submetida à vontade, mas quando o sujeito pode determinar de forma autônoma um objeto à vontade através da universalidade da razão. A lei moral regula a conduta racional do homem, agindo nele como uma ‘voz interior’. Há aqui a conformação da vontade à lei, que proporcionaria um gozo para além do prazer, sendo puramente moral.

Assim como Kant, Sade tem aspirações universais que visam à purificação da vontade, liberando-a de todo conteúdo empírico e patológico, como o direito de gozar do corpo do outro. E ele fundamenta seu princípio justamente nos Direitos dos Homens, como afirma Lacan (1966/1998, p. 782): “É pelo fato de que nenhum homem pode ser de outro homem propriedade, nem de algum modo seu apanágio, que não se pode disso fazer um pretexto para suspender o direito de todos de usufruírem dele, cada qual a seu gosto”. Portanto, é o Outro como livre que o discurso do direito ao gozo instaura como sujeito de sua enunciação. Nesse plano, coloca-se o desejo como vontade de gozo.

Podemos perceber que Kant e Sade acordam quanto ir além do bem-estar. Lacan vai adiante ao afirmar que o segundo completa o primeiro, pois Sade revela o *objeto a* – voz (enquanto mandato do supereu) – que está oculto em Kant, sendo assim mais honesto que o filósofo alemão. A ‘voz interior’ que guiaria as ações humanas demonstra bem a ideia de Kant quanto ao desejo e a lei: há desejo, e por isso há a lei para limitá-lo, uma ‘voz interior’ que

impediria ceder a seus desejos. Lacan, por outro lado, recusa inteiramente esta posição, pois se a aceitamos, estamos comungando com uma teoria do desejo naturalista: “a lei e o desejo recalçado são uma única e mesma coisa” (LACAN, 1966/1998, p. 794). Sendo assim, compreende-se que o desejo não é naturalista como aponta a concepção kantiana, mas um efeito da palavra no campo da linguagem, do Outro, o que nos permite entender que a dimensão moral se enraíza no próprio desejo. No caso de Sade, ele só transgride a lei porque, de alguma forma, está atrelado à ela.

Marquês de Sade, fonte de inspiração para o termo *sadismo*, trouxe à luz a violência do erotismo que a cultura sempre tentou ocultar. Para ele, se a natureza era o verdadeiro fundamento, não cabia aos homens reprimirem seu próprio lado destrutivo natural; seria a civilização e suas leis morais que desumanizariam o homem. Com que direito deve-se reprimir aquele que só sente prazer infligindo dor aos outros, se tal prazer é ditado pela própria natureza, a qual, em verdade, está acima dos homens?

Poderia-se dizer que, para Sade, dar vazão às pulsões seria a sua ética e o gozo seria a sua finalidade. Ética esta que estaria acima das meras convenções humanas de bem e mal, certo e errado. Ele justifica ponto por ponto a demolição dos imperativos fundamentais da lei moral, e preconiza o incesto, o adultério, o roubo, e assim por diante. Se em Kant, a lei impera, mas não é sem gozo, para Sade é o gozo que o rege, mas não sem lei; é um tratado da moral às avessas. O perverso está no campo da Lei (castração do Outro), este responsável por fundar o desejo. No entanto, o desejo, tanto quanto a Lei, forma uma barreira em relação ao gozo, e este último, por sua vez, é essencial ao perverso para tapar o furo do Outro, a castração, que ele insiste em desmentir.

Por essa e outras que Lacan considera *A filosofia na alcova* (1795/2008) um tratado da moral, e não do desejo, assim como a *Crítica da razão prática* (1788) de Kant. No entanto, Kant acredita que somente uma lei moral absoluta poderia impedir o homem de ir aos extremos, enquanto Sade demonstra que não é uma lei moralizante que barra o sujeito.

Desta forma, ratificamos que não podemos colocar na conta da perversão estrutural as condutas desviantes, que desafiam a lei, e muito menos aquelas que sobrepõem à ética. Pelo contrário, a perversão, como nos demonstrou Lacan, pode elucidar os contornos éticos, afastando-os de uma moral normalizante. Todavia, as condutas sociais que percebemos hoje, atreladas ao capitalismo, podem ser aproximadas da perversão no que tange ao gozo.

Lacan respondeu aos acontecimentos que balançaram a cultura ocidental em 1968 com sua conhecida teoria dos quatro discursos de 1969. Segundo Braunstein (2010, p. 143), “essa concepção articulava a compreensão da subjetividade, tal como aparece na clínica

psicanalítica e nos processos históricos”. O discurso assume a definição de ‘laço social’ e admite quatro, apenas quatro, formas (do mestre, do universitário, do analista e da histórica), sendo a primeira, o discurso do mestre, sua fórmula matriz.

Lacan (1969-1970/2007) em seu décimo sétimo seminário afirma que o discurso do mestre desenvolvido plenamente demonstra sua chave no discurso do capitalista. Lacan frisa que não se trata de um novo discurso, mas um pequeno giro do discurso do mestre. Braunstein (2010, p. 148) demarca a distinção do mestre antigo, “que promovia a formação de indivíduos juridicamente regulados em sua relação com o Soberano, súditos obedientes dotados de direitos e deveres”, e o mestre moderno “que incita a satisfação direta de aspirações e demandas, roçando e perfurando as linhas de fronteira (borderlines) da lei”. Se um mestre era o da repressão, o outro, o do discurso capitalista, comanda o gozo. Assim, todo discurso que se aparenta com o do capitalismo “deixa de lado isso que de maneira simples chamaremos coisas do amor” (LACAN, 1972 *apud* BRAUNSTEIN, 2010, p. 149).

Desta forma, próximo ao capitalista que busca desenfreadamente um gozo ‘roçando e perfurando a lei’ e que deixa de fora de seu discurso as ‘coisas de amor’, localizamos o perverso que, fixado no pólo pulsional da fantasia, do gozo, do *objeto a*, elide o pólo do amor, do inconsciente, do $\$$. Coutinho Jorge (2006) fundamenta justamente a fantasia como a articulação entre o inconsciente ($\$$) e a pulsão (*objeto a*), entre o simbólico e o real. Situa, ainda, no primeiro pólo, o amor, e do outro lado, o gozo. Para o perverso, o gozo fica como uma defesa em relação ao vínculo amoroso, pois este alude a certa castração do gozo.

Em busca por gozos sem fim, tanto a perversão quanto o capitalismo abolem a diferença, o desejo do Outro, indo justamente contra a psicanálise e o discurso do analista, que visam a singularidade irredutível do sujeito, S_1 , aquilo pelo qual ele é como é e, por isso, não é como ninguém. Esse objetivo só é possível sustentado por uma ética, ética da psicanálise, ética do desejo, demonstrado aqui através da relação do perverso com a lei. Não estamos indo contra a singularidade e o desejo, ou seja, não estamos indo na contramão da direção ética quando um governo proíbe uma forma de tratamento para um sujeito autista, mesmo esta sendo aquela que o familiar gostaria? No capitalismo, percebemos a fetichização da mercadoria, já apontada por Marx (1867), quando a matéria bruta da coisa (valor de uso) passa para o sistema de intercâmbio (valor de troca), e se envolve de características que não são delas (visíveis e inapreensíveis), servindo, assim, aos caprichos do capitalismo. A selvageria do capitalismo não revestiria então uma relação social entre homens com suas respectivas singularidades em uma relação entre coisas? O fetichismo aqui representa a ruptura entre a utilidade e o valor, fazendo com que as mercadorias, como os fetiches,

pareçam possuir sua própria energia, elevando um objeto comum a um outro estatuto. Como se só gozaríamos com determinado objeto, seja ele um item de consumo ou um símbolo *imaginizado* que tampona a castração; qualquer coisa que sirva para proteger-se contra a angústia. Abre-se, então, espaço para se pensar na forma fetichizante entre capital e dinheiro, através da ganância, dos mecanismos de interesse e da renda.

Desta forma, esperamos ter suscitado questões que ajudem na reflexão das práticas atuais e que consigamos, com ética, sustentar o lugar da psicanálise frente aos desafios que nos cercam.

Referências bibliográficas:

BRAUNSTEIN, N.A. O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): sexto discurso? *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, v.2, n.1. São Paulo: Educ, 2010, p. 143-165.

COUTINHO JORGE, M.A. A travessia da fantasia na neurose e na perversão. *Estudos Psicanalíticos*, n. 29, 2006, p. 29-37.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In: _____. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v.7, p.119-231.

_____. Fetichismo [1927]. In: _____. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente: obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007, v. 3, p. 125-134.

_____. O mal-estar na civilização [1930 (1929)]. In: _____. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 21, p.67-148.

LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. Kant com Sade [1966]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p.776-803.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise [1969-1970]*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

MARTINHO, M. H. *Perversão: um fazer gozar*. 2011. 341f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

RINALDI, D. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Zahar, 1996.

SADE, M. *A filosofia na alcova [1795]*. São Paulo: Editora Iluminuras, 2008.

VÁSQUEZ, A. S. *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA EM UTI NEONATAL: uma intervenção precoce?

Alcione da Penha Vargiu Vasconcellos de Andrade

Mestranda em psicanálise pela UERJ. Especialista em Saúde Mental pela UFES e em Psicologia Hospitalar pelo CRP. Membro da Escola lacaniana de Psicanálise de Vitória.

Email: alcionepsi@terra.com.br

RESUMO

É frequente a utilização da expressão “intervenção precoce” para se falar de clínica com bebês. Essa expressão nos coloca de saída um questionamento acerca do tempo: precoce em que sentido e para quem? O que se entende por “intervenção precoce” em psicanálise? Qual seria a especificidade da clínica psicanalítica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, um campo que tem em sua essência mesma, a questão da precocidade da intervenção? Tomando como base o texto laciano *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*, podemos concluir que a estrutura da intervenção psicanalítica é sempre referida a uma temporalidade que é lógica.

Palavras-chave: intervenção precoce, tempo lógico, UTIN.

RÉSUMÉ

Il est courant d'utiliser le terme «intervention précoce» pour parler de la clinique avec les bébés. Cette expression nous met dans un souci sur le temps: au début dans quel sens et pour qui? Qu'entend-on par «intervention précoce» en psychanalyse? Quelle est la spécificité de la pratique psychanalytique à l' Unité de thérapie intensifs néonataux - UTIN , un champ qui possède dans son essence, la question de l'intervention précoce? Sur la base du texte lacanien *Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée*, nous pouvons conclure que la structure de l'intervention psychanalytique se réfère toujours à une temporalité qui est logique.

Mots-clés: l'intervention précoce, temps logique, UTIN.

É frequente a utilização da expressão “intervenção precoce” para se falar de clínica com bebês, seja essa intervenção no campo da medicina, fisioterapia ou psicologia. Mesmo em psicanálise essa expressão vem sendo correntemente utilizada, haja vista ser tema de algumas mesas redondas e conferências em congressos nacionais e internacionais de Psicanálise. Essa expressão nos coloca de saída um questionamento acerca do tempo: precoce em que sentido e para quem?

O que se entende por “intervenção precoce” em psicanálise? Quando se inicia a constituição do sujeito? Qual seria a especificidade da clínica psicanalítica em UTIN, um campo que tem em sua essência mesma, a questão da precocidade da intervenção?

A precocidade em neonatologia se estabelece diante de um tempo fixado como “normal”, para uma gestação. Um nascimento é precoce quando acontece fora do tempo esperado, adiantado, antecipado; e o bebê nasce prematuro, ou seja, ainda não maduro o suficiente, para respirar ou ser capaz de sugar para se alimentar, por exemplo.

Mas, a UTIN intervém também nos casos de atraso do nascimento, no fora do tempo no sentido de uma demora em relação ao esperado, o que também pode acarretar danos para o bebê, como a falta de oxigenação no cérebro.

Coriat (1997) prefere o termo castelhano “temprana”, para falar da estimulação realizada com bebês, em vez da expressão que é normalmente utilizada: “estimulação precoce”. Temprano se refere àquilo que acontece cedo, nas primeiras horas; enquanto precoce (precoz em castelhano), é relativo ao que está antecipado, adiantado, prematuro, fora do tempo esperado. Em português, não há um adjetivo equivalente a “Temprano”, utilizando-se sempre a palavra precoce.

A neonatologia é, nesse sentido, um campo da medicina que intervém cedo, uma vez que seu objeto de estudo é o bebê recém-nascido e ao mesmo tempo, intervém precocemente, já que também trabalha com bebês que nascem antes do tempo.

A clínica psicanalítica em UTIN é uma intervenção “temprana”, que se dá cedo; mas pode ser considerada precoce, “antes de”?

Se o inconsciente e o desejo não seguem a norma estabelecida pelo biológico ou a que é socialmente aceita como normal, o que esse nascimento fora do tempo pode dizer do tempo dos pais, de seu desejo em relação a esse filho, que enquanto desejo inconsciente é sempre atemporal?

No trabalho que venho realizando na UTIN do HUCAM, meu paciente é sempre o bebê, pois é o bebê o paciente para a equipe da qual faço parte. Mas como pensar a psicanálise com bebês se eles ainda não falam? Não penso fazer psicanálise com os bebês no

sentido de um percurso que visa a passagem de analisando a analista de seu sintoma, até porque nada garante ainda, que poderão constituir para si algum sintoma um dia. Também é diferente de psicanálise com crianças, pois estas já falam, a seu modo, de sua posição no desejo dos pais. A intervenção aqui é sobre o infans, aquele que ainda não pode falar.

Esse infans precisa, para se tornar um dia sujeito, das marcas significantes que o Outro vai produzindo nele. Mas, diante da prematuridade ou do atraso do nascimento, enfim, nesse descompasso entre o esperado e o acontecido, há sempre a necessidade de um tempo para que os pais possam tomar esse infans como seu objeto, ou seja, investi-lo com o envoltório de imaginário, fazendo dele o seu bebê. Essa é a única possibilidade para que esse bebê venha a ser um dia, sujeito.

No texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1974), reconhece na atitude afetuosa dos pais para com os filhos, a revivescência e a reprodução de seu próprio narcisismo. Assim, tomam seus filhos como objetos de amor, supervalorizando-os, a ponto de atribuir a eles toda perfeição, numa tentativa de concretizar através deles, a ilusão narcísica da qual tiveram que abrir mão em relação a si mesmos, forçados pela realidade.

Essa revivescência do narcisismo dos pais é mais fácil de acontecer diante de bebês que nascem sadios, grandes, gordinhos, bonitos, enfim, bebês que, apesar de jamais coincidirem totalmente com o esperado, têm mais potencial de encantar os pais e deixa-los orgulhosos de seu produto.

Os bebês internados na UTIN são geralmente pequenos, frágeis, doentes, feios, com anomalias congênitas; acarretando uma ferida no narcisismo dos pais, que costumam a se reconhecer neles.

O psicanalista opera em UTIN no tempo de reconhecimento por parte dos pais desse infans como seu filho; no tempo do reconhecimento da autoria, através do reencontro com as marcas de si mesmo, no bebê que se produziu. Opera no tempo do estabelecimento, ou não, das condições mínimas do advento do sujeito. Nesse sentido, a intervenção psicanalítica em UTIN é precoce em relação ao tempo de estruturação do sujeito. Essa é sua especificidade.

É através do trabalho com os pais e com a equipe, que será possível intervir junto ao bebê. Na clínica psicanalítica em UTIN, se intervém no momento do acontecimento, da erupção do real. Em que posição pode se situar o analista nesta clínica?

Ansermet (1997), durante os debates da mesa redonda sobre a questão da psicanálise diante da medicina perinatal em Lausanne, diz que o analista, nesta clínica, faz face a uma distorção temporal, num efeito de estranheza, efeito de báscula que faz com que intervenha ao lado, na defasagem. Como não se tem acesso ao tempo, uma vez que a intervenção é limitada

pela duração da internação do bebê na UTIN, o analista deve criar um espaço discursivo, aberto para uma possível resposta.

É nesse pouco tempo que se pode operar, com base numa transferência à instituição hospitalar e ao discurso médico, sobre uma demanda que não é dirigida ao analista, mas que ele toma para si ao escutá-la de um outro lugar. Escuta analítica, na medida em que abrindo um espaço discursivo, possibilita ao sujeito, cada um dos pais no caso, a construção de algum sentido diante dessa erupção de real, afinal, como nos diz Lacan (1953/1998), não há nada na urgência que não gere sua superação na fala.

No entanto ao abrir esse espaço discursivo, o psicanalista deve situar o fora-de-sentido e saber que isso não é alguma coisa sobre a qual se pode agir, segundo Laurent:

A interpretação consiste em situar o ponto que escapa à nossa ação, em fixar o fora-de-sentido num ponto e, em seguida, além deste ponto, abrir para o sujeito tecer sentido. Há aí, se quisermos, um certo efeito sugestivo, no pouco de autoridade que a transferência instalada permite nestas situações, transferência que é fraca. Mas é, mesmo assim, uma alavanca para dizer que aí há sentido a ser tecido (LAURENT, 1997: texto inédito).

Há que se ter cuidado para que a psicanálise não se torne, nesta clínica, um cúmulo de sentidos que tampona qualquer acesso do sujeito ao que se refere a sua verdade. É preciso apontar para o fora-de-sentido, para que os pais possam se angustiar o suficiente ao ponto de se perguntar o que querem deste infans, e só então poderem tomá-lo como objeto; objeto de sua angústia uma vez que denuncia a falta. Ao mesmo tempo, cuidar para que a angústia não seja avassaladora demais, impossibilitando mesmo o menor olhar em direção ao real do corpo do bebê. O analista serve nesse momento de ponte, de mediador, às vezes introduzindo uma dúvida, uma questão; outras vezes emprestando um pouco de sentido, no lugar de um espelho, num lugar terceiro, função do Outro.

Mas, a estrutura da intervenção psicanalítica não seria sempre a mesma, apesar das especificidades de cada clínica? Estruturalmente, pode-se falar de intervenção psicanalítica precoce?

Segundo Costa (1998) a intervenção psicanalítica é baseada numa espécie de “saber operativo” responsável por uma atividade interpretante.

Ele é operativo no sentido de que a atividade produzida ‘sabe’ mais que o eu. (...) Deste (saber) não se sabe antecipadamente muita coisa, na medida em que se organiza da mesma forma que a produção do sujeito do inconsciente, num tempo da posterioridade (COSTA, 1998, p. 12).

No texto *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*, Lacan (1945/1998) utiliza o sofisma dos três prisioneiros para falar dos três momentos do tempo lógico: instante de ver, tempo para compreender e momento de concluir.

Na clínica psicanalítica em UTIN, o instante de ver é a própria erupção do real do acontecimento, os dados do problema já estão lá, seja ele um nascimento prematuro, ou em atraso, ou ainda uma doença ou má-formação no bebê recém-nascido; chamo aqui de dados do problema, às articulações significantes que prepararam a emergência mesma do real, numa repetição ou no cumprimento de uma tragédia já prevista por oráculos parentais. Assim, na função do tempo, simbólico e real se conjugam (LACAN, 1953/1998). É porque no acontecimento presente se encontram os dados que o determinam, “que o sujeito pode objetivar algo mais do que os dados de fato cuja aparência lhe é oferecida” (LACAN, 1945/1998, p. 205).

É no que a erupção de real traz de ‘certeza antecipada’, certeza que se baseia em referências que já estão dadas para o sujeito, como os dados do problema no instante de ver, e que, de certo modo levam a um momento de concluir, que se pode intervir. A intervenção precipita os momentos conclusivos durante o tempo para compreender.

Neste sentido, ou toda intervenção psicanalítica é precoce, uma vez que opera com base num tempo sempre anterior, um tempo constitutivo que dá as bases mesmas do acontecimento presente; ou nenhuma intervenção em psicanálise deveria ser chamada precoce, já que é somente numa lógica do só-depois, ou seja, num atraso conclusivo, que o sujeito pode significar o tempo anterior; uma vez que, como nos diz Lacan no texto sobre o tempo lógico, o depois se faz de antecâmara para que o antes possa tomar seu lugar (LACAN, 1945/1998).

Portanto, a estrutura da intervenção psicanalítica é sempre referida a uma temporalidade que é lógica.

Referências bibliográficas:

CORIAT, E. *A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed., 1997.

COSTA, A. M. M. da. *A ficção do Si Mesmo: interpretação e ato em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: uma introdução [1914]. In:_____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v.14, p. 85-119.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada [1945]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 197- 213.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise [1953]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 238-324.

LAURENT, E. *A atribuição real do corpo, entre ciência e psicanálise*. Mesa redonda sobre a questão da psicanálise diante da medicina peri-natal, no contexto da Jornada de estados da EEP – Desenvolvimento “Saúde mental e psicanálise aplicada”. Texto avulso transcrito por François Ansermet. Lausanne, 1997.

O SEM SENTIDO DO SINTOMA E O FURO NO SABER MÉDICO

Roseane Freitas Nicolau

Psicanalista. Professora Adjunta do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará. Membro do colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA.

Email: rf-nicolau@uol.com.br

Aline da Costa Jerônimo

Graduanda em Psicologia pela UFPA. Bolsista PIBIC.

Email: alinejrm@hotmail.com

RESUMO

Considerando que há uma falha estrutural nos discursos médico e psicanalítico, este trabalho discute as diferentes concepções de sintoma para esses campos do saber. Enquanto a medicina visa à eliminação deste, desconsiderando seu caráter subjetivo, o psicanalista oferece sua escuta, e não o sentido, possibilitando que o saber que não se sabe do paciente entre em jogo, promovendo a partir desta fala a renúncia ao gozo.

Palavras-chave: sintoma, instituição, psicanálise.

ABSTRACT

Considering that there is a structural flaw in the medical and psychoanalytical discourses, this work discusses the distinct conceptions of symptom to these fields of knowledge. While Medicine aims to the elimination of these, disregarding its subjective character, the psychoanalyst offers his listening, and not the sense, allowing that the knowledge that isn't known about the patient to come into play, promoting through this speech the renunciation of pleasure.

Keywords: symptom, institution, psychoanalysis.

A psicanálise se inicia a partir das práticas médicas desenvolvidas por Freud. Porém, o caráter subversivo de suas descobertas encaminhou seu fazer clínico à investigação de uma “outra cena” que escapava do saber constituído até então. Os sintomas histéricos, tais como: paralisias, cegueiras e outros distúrbios funcionais, colocavam à prova o modelo anátomo-clínico, pois este falhava na sua tentativa de explicá-los, na medida em que eram marcados pela total falta de relação entre sintomatologia e anatomia corporal. As histéricas, que através de seus corpos denunciavam um furo no saber médico, uma impossibilidade de tudo saber, desvelavam essa falha que se apresenta como algo de ameaçador ao conhecimento médico até então estabelecido.

Freud, em sua clínica, não recuou diante do enigmático que se apresentava a ele sob a forma de sintomas histéricos, que denunciavam a existência de algo que transcendia o biológico. O criador da psicanálise se engajou em uma investigação que culminou com a criação de um novo saber sobre o sintoma, descobrindo a existência de sofrimento psíquico que o causa. Este que se atualiza hoje nas instituições hospitalares, a partir das queixas direcionadas à equipe médica que, orientadas pelos ideais positivistas de ciência, fragmentam o corpo em números, gráficos, tabelas, órgãos, excluindo o sujeito do desejo, cujo corpo é afetado pelas pulsões.

Porém, há um retorno do que foi excluído, então, o sintoma e o gozo se fazem presente no corpo. Surge então um impasse, pois, se a medicina entende o sintoma como uma disfunção, a psicanálise o considera como um modo particular de gozar, tratando-o de forma diversa. Ou seja, o confronto de concepções diferentes entre estes campos de saber leva a maneiras distintas de operar com ele. Se para a medicina o sintoma aponta para um distúrbio que deve ser eliminado, para a psicanálise o sintoma constitui uma metáfora que diz do sujeito e de seus modos de obtenção de gozo. Para Freud, o sintoma é portador de um sentido inconscientemente construído, que é formado a partir de uma cadeia de associações, portanto, uma construção psíquica oriunda de um processo defensivo (SILVA, 2009).

A partir da revisão bibliográfica e entrevistas realizadas com pacientes e profissionais de saúde do Hospital Universitário Betina Ferro, em Belém/PA, constatamos a diferença entre as formas da psicanálise e da medicina de tratar o sintoma, e o benefício que a presença do psicanalista traria à instituição, na medida em que possibilitaria que a subjetividade implicada com ele fosse inserida. A abordagem médica do sintoma difere da exercida pela medicina, pois é enviesada pelos ideais científicos de positividade, que buscam causas orgânicas e diagnósticos fechados, aplicando um saber sobre o sujeito que se torna depositário de um saber por ela aplicado.

A psicanálise concebe de forma particular a doença pela qual padece o paciente e propõe outra postura profissional perante o mal que o acomete. Para ela a relação à verdade está do lado do sujeito e não do profissional de saúde. Sendo assim, as causas subjetivas de formação e manutenção do sintoma são escutadas, o que antes era desprovido de sentido é recoberto pelo simbólico, possibilitando ao sujeito uma nova forma de posicionar-se perante sua doença.

Fica evidente o confronto entre as concepções médica e psicanalítica de sintoma, isto demonstra a maneira distinta desses dois campos de operar com ele. Se para a medicina o sintoma aponta para um distúrbio que deve ser eliminado, para a psicanálise o sintoma constitui uma metáfora que diz do sujeito e de seus modos de obtenção de gozo. Para Freud, o sintoma é portador de um sentido inconscientemente construído, que é formado a partir de uma cadeia de associações, portanto, uma construção psíquica oriunda de um processo defensivo (SILVA, 2009).

A psicanálise não estabelece um ideal de cura, recusa-se a fixar padrões de normalidade e anormalidade. Ao analista não cabe dar conselhos ou orientações, a independência do paciente deve ser respeitada. A medicina opera com o saber lógico enquanto a psicanálise opera com a escuta do inconsciente, saberes diferentes, porém não excludentes.

Já operadores da ciência médica buscam tamponar as falhas de seu conhecimento minimizando os erros através de sofisticadas tecnologias, tais como exames de funcionamento cerebral e circuitos neuroquímicos. Para tudo há uma resposta, uma localização cerebral, e em nome desse discurso do “tudo saber”, a subjetividade é desconsiderada. A medicina, por intermédio de suas práticas terapêuticas, visa ao retorno do indivíduo a um suposto estado de bem estar, buscando o alívio das dores, e a cura do sofrimento. No entanto, este é um objetivo impossível de ser e o sintoma, como constituindo a estrutura do sujeito, resiste. Algo escapa ao conhecimento médico-científico, pois está além dos limites do organismo, relacionando-se ao sujeito e não a agentes infecciosos ou afecções fisiológicas.

Tais profissionais não se dirigem ao sujeito e sim a um corpo, passível de ser esquadrihado, dissecado por exames e terapêuticas modernas. A fala é ouvida para logo ser silenciada, o ser pulsional é desconsiderado, a dimensão do gozo no sintoma também. O que é feito é uma leitura dos sintomas corporais, tendo como parâmetros padrões de normalidade e saúde convencionados e de pretensões universalizantes, tudo é feito para minimizar possíveis erros (FONSECA, 2007).

Fonseca (2007) atesta a impossibilidade da postura do médico ser semelhante à de um analista, existe um lugar o qual ele é convocado a ocupar. O caminho apontado pela autora é a sensibilização dos médicos e professores, afim de que uma nova postura seja assumida e cause efeitos na sua escuta, uma escuta para além do biológico, que levasse em consideração um “outro saber”. Tal postura, não o faria abandonar os ideais de objetividade, cientificidade, porém tornaria o sujeito mais ativo no processo de cura.

A psicanálise não ignora o furo no saber, ao contrário, entende que há uma falha estrutural que constitui o sujeito. Os chistes, sonhos, atos falhos, sintomas, apontam para o saber que emerge do inconsciente, denunciam o que é rechaçado pelos ideais positivistas que primam pela racionalidade. Enquanto Descartes considera o ato de pensar como condição de existência para o sujeito, Freud entende que somos regidos pela lógica do inconsciente, que é alheia à consciência. Segundo Baratto (2012), a noção de sujeito dividido evidencia a impossibilidade do sujeito em apreender e definir a si próprio no ato de pensar. Percebemos os discursos médico e psicanalítico se diferenciam pelo manejo da falha que comportam. A psicanálise enxerga a falta não como impossibilidade, mas como lugar onde o sujeito pode advir por intermédio da palavra.

Nota-se que a proposta da psicanálise não é a de uma vida equilibrada, mas de um *savoir-faire*, um saber fazer com o sintoma, este que é da ordem do imprevisto e que interpela o sujeito. Algo em nosso desejo se dirige para além do que pensamos querer para nós, está para além de qualquer intencionalidade. O conceito de pulsão de morte traz a noção de uma “cota de organizável resistente aos esforços do eu” (SILVA, 2009), o sofrimento psíquico é inerente à condição humana. O que não quer dizer que o sujeito deva renunciar ao enigma do desejo que o causa.

Referências bibliográficas:

BARATTO, G. O Sujeito Barrado do Inconsciente: O sujeito do pensamento e do desejo. In: *Psicologia Argumento*, v. 30, 2012, p. 239-244.

CEDARO, J. J. *O fenômeno transferencial na instituição hospitalar*. 2000. 197f. (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* [1986]. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

FONSECA, M. C. B. Fenômeno psicossomático (FPS) - entre a Psicanálise e a Medicina. *Estudos de Psicanálise*, v. 30, n.30. Belo Horizonte, 2007, p. 95-102.

FREUD, S. Estudos sobre a Histeria [1893-1895] In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 2.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. [1894] In:_____. *Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 3.

_____. A interpretação dos sonhos. [1900]. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 4 e 5.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 7.

_____. Além do princípio do prazer [1920]. In:_____. *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004, v. 2.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. In: *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32. São Paulo: ed. Eólia, 2001, p. 8-14.

_____. *O Seminário: Livro 17: o avesso da psicanálise* [1969-1970]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

SILVA, M. M. Para além da saúde e da doença - o caminho de Freud. *Ágora* (PPGTP/UFRJ), 2009, v. 12, p. 259-274.

VILLARDO, A. M. S.; MOTTA, C. S.; ALBERTI, S.; SILVA, S. C. da. A psicanálise e a prática multidisciplinar no hospital, na clínica com adolescentes. *Adolescência & Saúde* (UERJ), v. 8, p. 56-63, 2011.

OS EFEITOS DA CIÊNCIA E DO CAPITALISMO NOS SINTOMAS DA CONTEMPORANEIDADE

Angélica Cantarella Tironi

Psicanalista, correspondente da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Rio de Janeiro (EBP-RJ). Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora dos Cursos de Especialização de Psicopedagogia e de Psicologia Jurídica da UERJ, e da Escola Preparatória.

Email: angelicatironi@gmail.com

RESUMO

As mudanças sócio-econômicas e ideológicas ocorridas na contemporaneidade pela associação entre o discurso da ciência e do capitalista contribuem para o surgimento de novas expressões sintomáticas. Esses sintomas acarretam dificuldades em relação ao diagnóstico e fazem com que alguns casos pareçam inclassificáveis em relação à clínica freudiana, formalizada por Jacques Lacan. Neste artigo discuto o inclassificável em duas vertentes: como obstáculo ao sistema classificatório, que precisa ser extirpado dos manuais psiquiátricos, e como o que há de mais próprio à psicanálise, na medida em que o inclassificável expressa o irreduzível do sintoma e indica o singular de cada caso.

Palavras-chave: psicanálise, sintomas contemporâneos, inclassificáveis, caso a caso.

ABSTRACT

The socio-economic and ideological changes occurring in contemporaneity by the association between the discourse of science and capitalism contribute to the emergence of new symptomatic expressions. These symptoms cause difficulties in relation to the diagnosis and make some cases seem unclassifiable regarding the Freudian clinical formalized through Jacques Lacan. In this article I discuss the unclassifiable in two aspects: as an obstacle to the classification system, which must be extirpated from psychiatric manuals, and how what is most proper to psychoanalysis, the extent that the unclassifiable expresses the irreducible symptom and indicates the singular of each case.

Keywords: psychoanalysis, contemporary symptoms, unclassifiable, case by case.

É fácil constatar que atualmente vivemos em um mundo diferente daquele de alguns anos atrás. A internet e as redes sociais modificaram substancialmente a maneira de viver, a relação com o tempo, a economia de mercado e a arquitetura do laço social, inclusive com o parceiro amoroso.

Os celulares acoplados à internet são ferramentas cotidianas que facilitam o sujeito estar sempre atualizado em relação ao mundo globalizado e acompanhar em tempo real as notícias do planeta. Eles transformam de forma radical o acesso a dados e a documentos, e a quantidade de informações que chegam o tempo todo a cada um de nós.

As redes sociais na internet agrupam em torno de 29 milhões de brasileiros por mês, ou seja, oito em cada dez pessoas conectadas no Brasil têm um perfil inserido em algum site de relacionamentos. O Facebook, por exemplo, lançado em fevereiro de 2004, em apenas oito anos contabilizava mais de 845 milhões de usuários ativos. Essas redes oferecem uma nova dimensão de acesso às informações, à produção de conhecimento e ao próprio lazer, na medida em que permitem realizar negócios, conhecer pessoas e manter contato com amigos.

No entanto, concomitante aos diversos benefícios ofertados por elas, surge um imperativo que impele o sujeito a ficar sempre plugado para evitar a impressão de estar perdendo algo. O fluxo constante de informações pessoais cria um paradoxo: ao mesmo tempo em que ele é necessário para cativar a atenção dos amigos virtuais, pode colocar em risco a imagem pública do internauta. Significa dizer que, no mundo contemporâneo, o limite entre o público e o privado se tornou bastante rarefeito, ou seja, ele não é mais como antigamente.

Estudiosos de diversas áreas, como psicanalistas, filósofos, historiadores, sociólogos, analisam os fenômenos sociais de nosso tempo e destacam a relevância da globalização e dos desenvolvimentos técnico-científicos para as transformações sociais. Dentre os fatores responsáveis por essas mudanças, ressaltam a quebra dos valores tradicionais ocorrida no decorrer do século XX e a busca de êxito e de sucesso promovida pelo discurso da ciência associado ao discurso do capitalista.

Este triunfo cientificista está expresso nas abundantes pesquisas e nos diversos índices estatísticos veiculados pelos meios de comunicação sobre as formas de adoecimento mais comuns em nosso tempo. Investigações recentes descrevem pormenorizadamente doenças contemporâneas, destacando a síndrome do pânico, as depressões, as doenças psicossomáticas, as compulsões, o fracasso escolar, etc.

Desta forma, constata-se um aumento significativo no reconhecimento de doenças legitimadas pela Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID) e pelo Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), lançado há poucos meses em sua quinta versão. Baseados no ideal da transparência e da precisão, eles pretendem ser um instrumento que, através dos índices estatísticos, associam o máximo da descrição a uma margem mínima de erro.

Ao lado desse reconhecimento cada vez maior de patologias clínicas, uma série de programas de orientação em relação a dietas saudáveis e aos cuidados com o corpo estão disponíveis a todas as faixas etárias. Aos que não respondem aos programas, ofertam-se diversos tipos de tratamento que prometem ser rápidos e eficazes.

Nesse contexto, as psicopatologias contemporâneas são interpretadas como um fracasso psíquico diante de novos ideais, tais como o mundo idealizado das imagens, o sucesso profissional, o máximo de eficácia, o culto narcísico e o imperativo da urgência. Se o sujeito não atinge os ideais proclamados pela sociedade, ele se encontra na condição de exclusão e de doente.

A relação do sujeito com o tempo é outro fator que revela uma mudança na ordem simbólica atual. Estamos vivendo em uma época na qual o *imediato* impera por meio da ligação permanente a dispositivos dessubjetivantes, tais como os telefones portáteis e os sistemas de comunicação virtual que chamam a atenção do sujeito para além do si mesmo, sem que isso se conclua em laços. As pessoas estão sempre correndo de um lado para o outro, se queixando que o tempo é escasso para realizarem todos os compromissos listados na agenda. E quando o tempo sobra, estão tão cansadas que não sabem como utilizá-lo, a não ser se alienando na frente da televisão ou respondendo às pendências que se acumularam no mundo virtual.

Trata-se de uma época marcada pela *hiperatividade* e pela exigência do tempo fixado no *instante de ver*. O aumento radical dos transtornos de atenção em crianças e jovens em período escolar evidencia que eles estão permanentemente agitados, a tal ponto que, em determinados locais das Américas, um terço da população jovem é diagnosticado como hiperativo e submetido a tratamentos com o uso de *Ritalina*. Ao lado dessa agitação, nota-se, sobretudo nos países asiáticos, o aumento vertiginoso das estatísticas de suicídio entre os jovens. As chamadas fobias escolares, que antes eram dados marginais da educação, se tornaram fenômenos de massa em determinadas regiões.

Vale ainda notar que o discurso capitalista associado ao discurso científico interfere de forma radical na maneira como o sujeito se relaciona com o objeto na atualidade. O comércio segmenta os compradores e aprimora a apresentação dos objetos expostos nas vitrines das lojas, elevando-os ao estatuto de resposta frente à busca incessante e imediata do êxtase

hedonista. A obsessão em comprar é certamente a expressão deste hedonismo, mas também um paliativo ante as inseguranças e incertezas que ameaçam o sujeito. O consumo compulsivo evidencia a busca incessante de sensações prazerosas e constitui uma espécie de compensação diante do vazio da própria subjetividade. Isso se evidencia claramente quando a psiquiatria entra no discurso do capitalista e os medicamentos se tornam objetos de consumo em massa que prometem o encontro da felicidade e da satisfação.

A sedução do mercado consumidor remete o sujeito ao circuito do excesso. Isto porque a associação desses discursos oferece a ilusão do *tudo ter* que franqueia um sem limite, sem demora, e que reivindica sempre um direito à satisfação. Por meio de *gadgets* introduzidos pelo discurso da ciência, os sujeitos recriam um tempo renovado, isto é, a novidade do objeto fornece a ilusão de um recomeço sempre fugidio. Porém, é uma corrida sem fim, onde não há mais do que a exigência do tudo, do imediato, que não cessa de impor suas repetições. Esses objetos oferecidos são isentos de história e, exatamente por isso, permutáveis ao infinito, são sistemas artificiais a serviço de um gozo que termina por transbordar o próprio sujeito.

Isso ocorre por que a globalização suscita um afrouxamento do laço do sujeito com o lugar da autoridade simbólica e acarreta uma maior liberdade para o *gozo individual* através de uma enorme oferta de novos serviços e produtos. Conseqüentemente, o sujeito contemporâneo se vê livre diante de uma multiplicidade de escolhas em relação às quais necessita tomar decisões. Se anteriormente ele estava orientado por uma sociedade regida pelo ideal, pelo universal coletivista, hoje se sente desorientado em função da multiplicidade que têm ao seu dispor.

No entanto, sob este fundo de multiplicação infindável, o sujeito estanca frente ao imperativo sedutor do *tudo desejar e ter*. No lugar da singularidade, vemos emergir uma epidemia de angústia que faz as pessoas recuarem a portos supostamente seguros, tais como as religiões, os livros de autoajuda e a medicina baseada em evidências com sua ideologia de que na vida tudo tem remédio.

Se entendermos que a apresentação dos sintomas é fruto de cada época, percebemos que as mudanças sócio-econômicas e ideológicas ocorridas na contemporaneidade contribuem para o surgimento de novas modalidades de subjetivação. Nelas, há uma maior pregnância da produção sintomática na dimensão do corpo em detrimento do conflito psíquico, visto que os sintomas contemporâneos se caracterizam por um empobrecimento do mundo interno e por uma diminuição da capacidade de elaboração que dificultam as retificações subjetivas. Estes sintomas são definidos como expressões desmedidas do mais-de-gozar inscrito no corpo e que

não comportam um efeito de sentido capaz de remeter o sujeito a um saber. Esses sintomas acarretam dificuldades em relação ao diagnóstico e fazem com que alguns casos pareçam inclassificáveis em relação à clínica freudiana, formalizada por Jacques Lacan, a saber, neurose, psicose e perversão.

Segundo Ariel Bogochvol (2007, p.41), o termo inclassificável é utilizado para definir os casos que não se inserem na nosografia atualmente utilizada pela psicanálise. É a evidência de que não há um diagnóstico para eles, ou seja, que os “nossos termos, conceitos, critérios e julgamento fracassaram em apreender uma dada realidade clínica e em inseri-la na classificação estabelecida”. Independente do campo teórico em que se está trabalhando, quando se trata de um sistema classificatório, é necessário incluir a classe dos inclassificáveis como uma exigência lógica. Pois, quando se nomeia um caso desta forma ele é incluído em uma classificação, apesar desta inclusão não ser suficiente para a criação de uma nova categoria.

Para a psicanálise, o termo inclassificável nunca figurou como um diagnóstico. Se ele tivesse sido legitimado deste modo, os analistas teriam que incluir mais uma peça no rol das estruturas clínicas freudianas, o que colocaria em xeque alguns pilares analíticos determinantes, tal como a posição do analista, a direção do tratamento e o diagnóstico em psicanálise. Ao contrário, a psicanálise inclui os inclassificáveis na medida em que eles são a expressão do irreduzível do sintoma que escapa a qualquer classificação diagnóstica e indicam o que há de mais próprio em cada sujeito.

No entanto, os inclassificáveis também denunciam os limites de uma classificação que precisam ser extirpados do sistema classificatório. Isso fica claro nas constantes revisões dos manuais psiquiátricos. Segundo Sérgio Laia (2009, p.94), o manual vigente, o DSM-IV, exigiu uma revisão para acertar fundamentalmente duas características: 1) já que os transtornos mentais eram definidos por diversos sintomas, não era necessário que todos os sintomas listados estivesse presente para se diagnosticar um transtorno mental; 2) as categorias nas quais o DSM-IV se estrutura são referidas a conceitos binários que não permitem nem a exceção e nem tampouco as gradações que podem existir entre as simples presença ou ausência de um determinado transtorno mental.

As pesquisas psiquiátricas almejam o fim das categorias e das tipologias dos métodos de classificação exatamente porque dessa forma alguns casos restam fora do sistema classificatório. A mudança da abordagem categorial para a abordagem dimensional pretende captar as diversas variações sintomatológicas que caracterizam as perturbações mentais, permitindo aos profissionais a avaliação e a quantificação das queixas em referência às

categorias preconcebidas. Essa padronização permite tanto uma comunicação mais confiável entre clínicos e pesquisadores quanto a regulamentação de uma padronização medicamentosa.

Portanto, podemos entender o inclassificável em duas vertentes: uma negativa e outra positiva. A primeira diz respeito aos limites de uma classificação que precisam ser extirpados do sistema classificatório. Isso fica claro nas constantes revisões dos manuais psiquiátricos que almejam evitar que alguns casos restem fora do sistema. A vertente positiva diz respeito ao fato de, na experiência analítica, o inclassificável ser considerado exatamente aquilo que se tenta anular em outros campos, ou seja, o estilo pessoal que faz com que cada sujeito se apresente em sua diferença absoluta.

Jésus Santiago (2010, p.5) afirma que o DSM representa uma das maiores mutações da ordem simbólica nos últimos tempos. Quando o DSM é considerado um instrumento compartilhado em uma determinada sociedade, corre-se o risco da normatização do que há de mais singular no sintoma de cada um, estruturalmente irreduzível a qualquer tentativa de classificação. Constata-se uma evidente anulação do sujeito do inconsciente por transformar a existência em uma terapêutica medicamentosa veiculada por uma publicidade que visa fortalecer o mercado. Sobre este assunto, Éric Laurent (2010/2011, p.130) comenta que: “a noção de depressão encontrou um grande êxito. A acepção comum do termo depressão passou a fazer parte da linguagem atual. Agora é uma espécie de *continuidade* que vai da tristeza acentuada até a depressão grave, a melancolia, etc”.

Jorge Forbes (2003/2006, p.IX) considera a avaliação como um efeito da quebra dos ideais promovida pela globalização, o que a define como um fenômeno essencial dos tempos atuais. Ela generalizada a possibilidade de tudo ser cifrado e avaliado, encerrando de forma ilusória com o que escapa às medidas do avaliador. A radicalidade dessa questão é a promessa de que não há nenhum problema da experiência humana que não tenha uma solução fornecida pela ciência. Portanto, tanto a avaliação quanto o sistema classificatório dos manuais psiquiátricos se aproximam no sentido de fornecer de forma imaginária uma solução ao que não cessa de se inscrever no sujeito.

A clínica de orientação lacaniana insiste em transmitir a necessidade de diagnósticos precisos, bem fundamentados, sem jamais esquecer a perspectiva do caso único, do um por um. O lugar ocupado pelo caso único em psicanálise remete à ideia do inclassificável na medida em que inscreve sempre este algo que escapa a qualquer classificação diagnóstica. Nesse sentido, o caso único pode ser considerado como o que existe de mais próprio à clínica psicanalítica.

Apesar de ser uma ferramenta fundamental, a psicanálise está atenta ao fato de que toda classificação diagnóstica contém algo de artificial, pois ameaça excluir o singular de cada caso. Miller (2001/2006, p.20) ressalta que as classificações possuem algo de relativo por serem fundamentadas em uma verdade que varia de acordo com o discurso nas quais elas se inserem. Ao mesmo tempo em que essas categorias diagnósticas universais funcionam como balizas e orientam a práxis, elas escondem exatamente aquilo que a psicanálise evidencia.

Ao utilizá-las, o psicanalista deve saber manejá-las para decidir se uma regra se aplica a singularidade de um determinado caso clínico. Ele deve estar atento para não utilizar o diagnóstico como uma classificação restritiva à escuta do singular, buscando os princípios individuais que possam orientar cada diagnóstico. Nas palavras de Miller (2001/2006, p.25):

O universal da classe, seja ela qual for, nunca está completamente presente num indivíduo. Como indivíduo real, pode ser exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar com uma lacuna. Há um déficit da instância da classe num indivíduo e é justamente por causa desse traço que o indivíduo pode ser sujeito, por nunca poder ser exemplar perfeito.

O caso único expressa a resistência do sujeito aos enquadramentos e classificações comuns no discurso dominante da ciência, que escraviza o sujeito a um saber que *ex-siste* a ele mesmo. É uma dominação pelo saber ao qual o sujeito só tem acesso através de um Outro que se apresenta muitas vezes inacessível. É um exemplo típico do que se apresenta através das quantificações em classes e métodos, e tampona o único em cada sujeito. Ao tomar um caso como único a prática analítica resgata o que se mostra típico. Diante do impossível de tratar, deve-se encontrar uma solução contingente que retire o sujeito das classificações padronizadas e o afaste de qualquer possibilidade classificatória nas séries estatísticas utilizadas pela clínica objetiva.

Referências Bibliográficas:

BOGOCHVOL, A. Borderline. In: Alvarenga, E.; Favret, E.; Cárdenas, M. H. (Orgs.). *A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007, p.41-49.

FORBES, J. Prefácio. In: *Você quer mesmo ser avaliado?: entrevistas sobre uma máquina de impostura*. São Paulo: Manole, 2006, p.9-12.

LAIA, S. Categoria e dimensão no DSM-V e na psicanálise de orientação lacaniana. *Curinga – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n.29. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009, p.93-102.

LAURENT, É. Las psicosis ordinarias [2010]. In: *El sentimiento delirante de la vida*. Buenos Aires: Diva, 2011, p.127-137.

MILLER, J. A. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan [2001]. *Curinga – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n.23. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 2006, p.15-33.

SANTIAGO, J. A ordem simbólica no século XXI. Ela não é mais o que era antes. Quais as consequências para o tratamento analítico? *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.58. São Paulo: Edições Eolia, 2010, p.5-7.

**A CONCEPÇÃO DO SUJEITO FUNDADA NA CATEGORIA DA IDENTIDADE E
SUAS IMPLICAÇÕES PARA A CLÍNICA: Psicanálise e saúde entre a ética e a
terapêutica**

Augusta Rodrigues de Oliveira Zana

Psicóloga do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO).

Mestre em Teoria Psicanalítica pelo Programa de Pós Graduação em Teoria Psicanalítica da
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço eletrônico: augusta_rodrigues@yahoo.com.br

RESUMO

Nos dias atuais, a identidade aparece como modo hegemônico da apreensão da experiência subjetiva. Apresentaremos a crítica da categoria da identidade por duas vias: pela desconstrução empreendida por Butler e pelo descentramento do sujeito trabalhado por Birman. Essa leitura nos conduziu a uma crítica de uma antropologia normativa, associada a uma teoria das “condições que asseguram o homem em sua humanidade”. O modelo identitário reduz a experiência subjetiva por meio do apagamento das diferenças, por isso procuramos discutir outras possibilidades, a partir do campo da singularidade.

Palavras-chave: identidade, ética, terapêutica.

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, l'identité apparaît comme le mode hégémonique de l'appréhension de l'expérience subjective. Nous présentons la critique de la catégorie d'identité de deux façons, à partir de la déconstruction entreprise par Butler et par l'idée de décentrement du sujet, comme travaillée par Birman. Cette lecture nous conduit à une critique d'une anthropologie normative, associée à une théorie des “conditions susceptibles de garantir l'homme dans son humanité”. Le modèle identitaire réduit l'expérience subjective au moyen de l'effacement des différences, et ainsi nous cherchons à discuter d'autres possibilités, à partir du champ de la singularité.

Mots-clés: identité, éthique, thérapie.

Nos dias atuais, a identidade aparece como modo hegemônico de apreensão da experiência subjetiva. Um exemplo bastante representativo da hegemonia da categoria da identidade pode ser encontrado na observação de Foucault (1981/1994a) sobre a tendência de levar a questão da homossexualidade para o questionamento sobre ‘Quem sou eu? Qual o segredo do meu desejo?’. Sibilía (2008) também afirma que hoje o foco é desviado do ato sexual para o ser, o que significa que algo que poderia ser um comportamento pontual passa a ser visto como uma característica constitutiva do sujeito. A leitura desses autores nos chama a atenção para o fato de que a sexualidade não necessariamente precisaria ser vista como algo que define a identidade. Se algo que não precisaria ser compreendido nos termos da categoria da identidade passa a ser, podemos pensar nessa categoria como forma hegemônica de enunciação de si.

A origem do conceito de identidade na filosofia diz respeito à integridade e permanência do sujeito no tempo. A percepção de si como íntegro e coerente no tempo traz segurança e conforto, mas, como nos lembra Cunha (2009), é preciso questionar se tal experiência é de fato possível. Cunha (2009) coloca a própria concepção de identidade em questão, e, para tanto, recorre a Butler, que discute a questão da identidade e a categoria de sujeito a partir da referência a Foucault.

Butler (2003) questiona o pressuposto de que a identidade está baseada na permanência e persistência no tempo, uma vez que estas não são características lógicas da personalidade, mas sim normas de inteligibilidade socialmente instituídas. Sendo historicamente construído, o conceito de identidade não designaria uma categoria natural, mas normativa.

Essa questão da construção histórica da categoria da identidade revela o caráter político da temática. A questão da justiça e igualdade aparece no discurso em termos de “reconhecimento” de identidade, uma vez que as culturas são vistas como “portadoras” de identidades diferentes, e o sujeito jurídico ocupa o centro das lutas emancipatórias, em busca de representação política e reconhecimento de direitos (CUNHA, 2009).

Quando Foucault (1979/1996, p. 268) trata dos movimentos homossexuais, afirmando que “continuam muito presos à reivindicação dos direitos de sua sexualidade, à dimensão do sexológico”, está indicando que tais movimentos estão regidos pelo princípio da identidade. Acreditamos que isso se dá por duas vias: os homossexuais desejam ter sua identidade reconhecida para ter seus direitos assegurados, e também desejam que esses direitos sejam idênticos aos dos heterossexuais. Estamos na lógica da identidade, enquanto Foucault

(1981/1994a) propõe a invenção de um modo de vida, que comporta o não-idêntico, a criação de novas possibilidades.

No entanto, isso não significa que se deva prescindir da categoria da identidade nem que os direitos reivindicados não sejam importantes. Foucault (1982/1994b) considera fundamental que o indivíduo tenha a possibilidade e o direito de escolher sua sexualidade, ou seja, os direitos individuais que concernem à sexualidade são importantes.

O problema da identidade é discutido pelo autor considerando que tal categoria pode ser de grande valia dependendo do uso que dela se faz. Se a identidade se torna a preocupação central, de maneira que “descobrir” e manter coerente a identidade são imperativos, o recurso à categoria da identidade estaria sendo limitador. Mas se nos situamos em relação à identidade a partir da singularidade e compreendemos que a relação consigo mesmo não é uma relação de identidade em que o sujeito se mantém sempre igual, mas uma relação de criação, novas potencialidades podem se abrir.

Nesse ponto, a análise de Butler é muito interessante, porque nos permite questionar: existe algo como uma “identidade homossexual” ou uma “identidade feminina”? E, mais do que isso, será que as classificações se reduzem a oposições binárias (homem/mulher, homossexual/heterossexual) ou há espaço para outras possibilidades? Assim como Foucault (1981/1994a) propõe inventar um modo de vida completamente novo, seria possível sermos reconhecidos a partir de categorias ainda não existentes ou inteligíveis?

Numa perspectiva foucaultiana, Butler (1998) afirma que o sujeito é constituído pelo poder. Tal fato resulta numa contínua produção e reprodução, que indica a dimensão política do sujeito: “Pois se o sujeito é constituído pelo poder, esse poder não cessa no momento em que o sujeito é constituído, pois esse sujeito nunca está plenamente constituído, mas é sujeitoado e produzido continuamente. [...] E como tal, é totalmente político” (BUTLER, 1998, p. 31). Por isso, a autora discute a categoria de sujeito considerando que é preciso interrogar como tal categoria foi construída.

A partir da perspectiva da psicanálise, Safatle (2012, p. 1) afirma que a categoria de sujeito, como autoidêntico e substancialmente determinado é a “figura maior das ilusões do pensamento da identidade”. Por isso, Safatle (2012) procura pensar uma experiência de outra ordem, que busca sustentar o princípio da subjetividade sem um pensamento da identidade. “Sujeito” não deve ser compreendido como entidade substancial, idêntica a si mesmo e capaz de se autodeterminar, mas, ao contrário, deve ser visto a partir da não-identidade e da clivagem.

O Imaginário promove a subsunção do diverso do sensível à imagem, que “unifica o diverso a partir de um princípio de ligação e de identidade derivado do próprio Eu como unidade sintética e autoidêntica” (SAFATLE, 2012, p. 143). O Eu não sustenta o reconhecimento da não-identidade, mas, ao contrário, constitui “um princípio rígido de conformação da experiência à forma geral da identidade” (SAFATLE, 2012, p. 171).

Acreditamos que o Eu é o centro de nossa autonomia e autoidentidade, mas, na verdade, o eu é um outro. A agressividade e rivalidade indicam a impossibilidade do Eu de assumir o papel constitutivo do outro em sua identidade, pois tudo que não se submete a autoidentidade aparece de forma conflitiva. Essa crítica do Eu serve de base para a crítica da identidade (SAFATLE, 2012).

Na visão de Safatle (2012), Lacan reorienta a clínica psicanalítica recorrendo à centralidade da noção de pulsão de morte para indicar que o problema clínico não seria limitar o impulso de destruição da pulsão de morte, mas, ao contrário, produzir inicialmente uma ruptura da unidade almejada por Eros, já que esta é fundamentalmente narcísica e imaginária por ser vinculada à projeção e introjeção da imagem do Eu. Assim, Lacan pôde compreender a pulsão de morte para além da repetição compulsiva do instinto de destruição, abrindo a possibilidade de reflexão sobre as figuras do negativo na clínica.

Para Birman (1997, p. 86), “A singularidade do desejo não admite a possibilidade de qualquer solução normativa para o sujeito”. Tal formulação tem como implicação que o que é possível é que o sujeito se defronte com sua condição de desamparo e possa inventar um destino condizente com sua singularidade, sendo que, para isso, não há nada determinado. A experiência psicanalítica se desenvolve no sentido de possibilitar ao sujeito a produção de um estilo para sua existência, de maneira a dar um lugar para a singularidade do seu desejo. Isso não significa dizer que a psicanálise não transforme o funcionamento psíquico, mas sim que as transformações não são da ordem da cura e da terapêutica.

Mas o que seria uma terapêutica, e em que medida tal procedimento se diferencia da psicanálise? Safatle (2012) designa como “terapia” um “conjunto de procedimentos que visam tanto impor certa normalidade como padrão de normatividade da vida quanto fortalecer a vida, assim normatizada, contra tudo o que possa adoecê-la, tirá-la da sua norma” (p. 228). Dessa maneira, a noção de terapia está associada a livrar-se de um estado anterior de sofrimento.

Tal concepção está relacionada a um ideal normativo, que define um padrão de “normalidade” que se deve restaurar. Mas se a psicanálise considera que o desejo se

caracteriza pela abertura e cada sujeito deve dar lugar à singularidade de seu desejo, não caberia colocar qualquer ideal em relação à “cura”.

Por isso, são apontadas as limitações das concepções humanistas, que colocam o humano como ideal normativo. Safatle (2012, p. 228) associa esse ideal humanista àquilo que denomina terapia: “[...] o homem como entificação de certo regime de pensar é, além de um projeto teológico-político, um projeto eminentemente terapêutico”.

No Seminário 7, “A ética da Psicanálise”, Lacan inscreve a ética da psicanálise visando à relação do sujeito com seu desejo. Para Safatle (2006, p. 166), isso implica que a psicanálise é da ordem de uma ética, e não de uma terapêutica:

[...] a partir de Kant com Sade, Lacan verá a psicanálise não exatamente como uma terapêutica, mas como uma ética com consequências clínicas. Contudo, no caso de Lacan, fundar uma clínica da subjetividade com base em considerações de ordem ética só é uma operação viável se admitirmos a possibilidade de julgar nossas ações a partir da Lei da ética do desejo, esta Lei que nos manda não ceder em nosso desejo. Trata-se pois de saber se é possível avaliar nossas ações do julgamento: “Agistes em conformidade ao desejo que vos habita?”.

Podemos questionar se é possível conciliar uma ética humanista com a ética da psicanálise. No Seminário 2 - “O eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica”, Lacan (1954-55/1985) questiona se a psicanálise seria um humanismo, e responde indicando que Freud não é um humanista. A resposta a essa questão passa pelo questionamento do ego autônomo: “Falamos de ego autônomo, de parte sadia do eu, de um eu que é preciso reforçar, de um eu que não é suficientemente forte para que nele possamos apoiar-nos para fazer uma análise, de um eu que deve ser o aliado do analista, o aliado do eu do analista, etc” (LACAN, 1954-55/1985, p. 91).

Perelson (1999) explica que a crítica ao humanismo coloca em questão a autonomia do eu, e está associada ao questionamento de Lacan à psicologia do ego em sua crença de que haveria uma parte sadia do eu na qual a análise deveria se apoiar, com o objetivo de fortalecê-lo. De fato, Lacan (1954-55/1985, p. 91) denuncia o caráter ilusório do ideal de um eu autônomo: “miragem segundo a qual é o indivíduo, o sujeito humano - e por que ele entre todos os outros? -, que é deveras autônomo e que existe nele [...] o homenzinho que está dentro do homem, que faz funcionar o aparelho”.

Esse “homenzinho que faz funcionar o aparelho” se refere, como afirma Perelson (1999), à crença de que haveria alguma parte do homem sem conflito, em que a libido estaria neutralizada, e que poderia colocar em marcha o aparelho psíquico. Nas palavras de Lacan (1954-55/1985, p. 92), trata-se da ideia “de que há coisas boas neste sujeitinho boa praça, de

que há uma esfera sem conflito onde a libido está neutralizada, deslibidinizada, onde a própria agressividade está desagressivada”.

A crítica ao humanismo é a crítica ao homem como centro, como medida de todas as coisas (LACAN, 1954-55/1985). Essa crítica está associada ao pensamento freudiano, que coloca em questão as ilusões da síntese filosófica que postula uma integração para o homem.

Safatle (2012) afirma que hoje existe a crença de que a articulação entre autonomia, autenticidade e unidade permitiria a orientação segura no agir e no julgar, de maneira que a humanidade do homem aparece em contraposição à indeterminação. O autor se questiona sobre o que é o inumano e afirma que tal conceito não deve ser compreendido como tudo que não é conforme a imagem do homem, pois isso significaria definir “humano” e “inumano” como se entre eles houvesse apenas relação de exterioridade. Diferenciar radicalmente a humanidade do inumano significa negar com violência tudo o que é da ordem dos impulsos e pulsões.

Podemos pensar ainda que a afirmação da humanidade como aquilo que se contrapõe à indeterminação não deixa espaço para aquilo que não é passível de representação. Para Birman (2003), a proposição freudiana do descentramento do sujeito implica, na verdade, três descentramentos: 1) da consciência para o inconsciente, 2) do eu para o outro, 3) da consciência, do eu e do inconsciente para as pulsões.

O terceiro descentramento coloca em questão justamente o registro da representação, e esse deslocamento está presente na releitura promovida por Lacan (1959-1960/1997) do *estranho* como o não representado, por meio do conceito de *das Ding*. Na experiência do *Nebenmensch*, temos o encontro com a alteridade não como a unidade imaginária na qual o sujeito reconhece seu semelhante, mas sim ao encontro com *das Ding*. Podemos pensar, então, em uma relação com o outro em que este não se esgota na imagem especular, mas traz consigo um resto que não é passível de representação e, por isso, causa estranheza. Esse resto não passível de representação se faz presente tanto no eu quanto no outro, e, com isso, podemos problematizar a ideia de um eu íntegro.

Essa concepção de integridade do eu já é colocada em xeque no segundo descentramento (do eu para o outro). Se o eu é constituído por identificações imaginárias e destituído de função de síntese, temos novamente que os ideais de integridade e permanência ficam abalados.

Desde a formulação do inconsciente até a da pulsão de morte, podemos pensar que foi sendo questionada a possibilidade de previsibilidade, controle e inteligibilidade da experiência subjetiva, que são categorias implicadas na concepção de identidade pautada pela integridade

e permanência. Como afirma Birman (1997), a existência da pulsão sem representação implica que não há um sistema de representações e de objetos que poderia conferir unidade e constância às formas estabelecidas de subjetivação, o que coloca a questão da singularidade e a necessidade de busca pela constituição de possibilidades de subjetivação.

É justamente por haver essa falta, esse resto não passível de representação, que se coloca a possibilidade do desejo e de outras possibilidades para a experiência subjetiva. Esse é o território por excelência da psicanálise, que não se constitui como uma terapia, mas como uma ética que comporta o novo, o aberto, o sem solução.

Referências bibliográficas:

BIRMAN, J. *Freud e a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Editora 34, 1997.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “Pós-Modernismo”. *Cadernos Pagu*. Campinas, n. 11, 1998, p.11-42.

CUNHA, E. L. *Indivíduo singular plural: a identidade em questão*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

FOUCAULT, M. De l’amitié comme mode de vie. Entrevista com R. de Ceccaty, J. Danet e J. Le Bitoux. *Gai pied*, n. 25, abril de 1981. [1981] In: _____. *Dits et écrits, 1954-1988*, Tome 4, Paris: Gallimard, p. 163-167, 1994a.

_____. Michel Foucault, une interview: sexe, pouvoir et la politique de l’identité. Entrevista com B. Gallagher e A. Wilson, Toronto, junho de 1982. [1982] In: _____. *Dits et écrits, 1954-1988*, Tome 4, Paris: Gallimard, p. 735-746, 1994b.

_____. *Microfísica do poder* [1979]. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

LACAN, J. *O Seminário, livro 7: a ética da Psicanálise* [1959-60]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* [1954-55]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

PERELSON, S. *La loi du désir et l’éthique de la psychanalyse: entre démocratie et totalitarisme*. 1999. 443f. Tese (Doctorat en Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse) – Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse, Université Paris 7 Denis Diderot, Paris, 1999.

SAFATLE, V. *Grande hotel abismo: Por uma reconstrução da teoria do reconhecimento*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

SAFATLE, V. *A paixão do negativo: Lacan e a dialética*. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

SIBILIA, P. *O show do eu: a intimidade como espetáculo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

FARÃO TUDO O QUE SEU MESTRE MANDAR?

Taia Franco de Albuquerque

Residente em Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar HC/UFPR.

Email: taiafranco@yahoo.com.br

Cintia Ribelato Longhini

Residente em Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar HC/UFPR.

Wael de Oliveira

Preceptora de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar HC/UFPR

RESUMO

Este trabalho discute como os procedimentos burocráticos de uma instituição hospitalar de Curitiba (PR) influenciam o fazer clínico da Psicologia pautado pela Psicanálise. Esta discussão advém da experiência construída na Residência Multiprofissional do HC/UFPR, a partir de pedidos de consulta feitos aos psicólogos pela equipe multiprofissional. Uma vez recebido o pedido de consulta devemos respondê-lo por dever profissional. Respondê-lo a quem? Respondê-lo de modo literal não corroboraria com a visão de que o paciente ocupa o lugar de objeto, destituindo-lhe o estatuto de sujeito? São estes os questionamentos que permeiam nosso fazer clínico e que serão abordados neste trabalho.

Palavras-chave: instituição hospitalar, procedimentos burocráticos, psicanálise.

ABSTRACT

This paper discusses how bureaucratic procedures at a hospital in Curitiba (PR) influence the clinical practice of psychology guided by psychoanalysis. This discussion stems from the experience built in Multidisciplinary Residency HC / UFPR from consultation requests made to psychologists by the multidisciplinary team. Once received the query request we will reply you by professional duty. Answer it to whom? Answer it so literal does not corroborate with the view that the patient takes the place of the object, removing it the status of subject? These are the questions that underlie our clinical practice and that will be addressed in this work.

Keywords: hospital institution; bureaucratic procedures; psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho advém da experiência construída na Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), no Programa de Saúde do Adulto e do Idoso, relativa aos pedidos de consulta dirigidos às residentes de Psicologia pela equipe multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e farmacêuticos. O trabalho visa discutir como tais pedidos de consulta influenciam o fazer clínico do psicólogo.

O pedido de consulta se configura como um procedimento de comunicação institucional, em que um profissional da equipe formaliza por escrito uma solicitação de avaliação e atendimento para determinado paciente, de acordo com a sua percepção da necessidade de acompanhamento psicológico. Nestas solicitações, encontramos os mais variados motivos, como por exemplo: “preparar o paciente para receber um diagnóstico grave”, “tirar informações do paciente e familiares, para a equipe”, “convencê-lo a comer, tomar determinada medicação ou a aderir certo procedimento/tratamento”, “porque o paciente não é colaborativo com a equipe”, entre outras referências literais.

No âmbito hospitalar, sabemos, não é incomum perceber a relação entre o profissional de saúde e o paciente como uma relação entre sujeito (que toma decisões) e objeto (que sofre passivamente as ações) (SANTOS; MASSAROLO, s/d, *apud* VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007). Entendemos que, frequentemente, o profissional ocupa o lugar de sujeito e o paciente, o lugar de objeto, na instituição hospitalar. Entretanto, ao longo do internamento, nem sempre o paciente se conforma a esta posição, gerando incômodo à equipe. São estes momentos, em que aquele se apropria novamente (às vezes, de modo fugaz) de sua condição de sujeito, como quando questiona a equipe sobre alguma intervenção, que somos convocados para *discipliná-lo* (FOUCAULT, 2003).

Uma vez recebido o pedido de consulta, devemos respondê-lo por dever profissional. Respondê-lo a quem? Com que finalidade? Responder o pedido de consulta de modo literal não seria justamente corroborar com a visão de que o paciente ocupa o lugar de objeto, destituindo-lhe o estatuto de sujeito? São estes alguns dos questionamentos que permeiam nossos fazer clínico, nosso posicionamento frente à equipe multiprofissional e que nos permitem refletir a prática orientada pela psicanálise numa instituição hospitalar, os quais iremos discutir neste trabalho.

2. METODOLOGIA

Configuramos este trabalho como um relato de experiência pensada a partir da Residência Multiprofissional, como já comentado, seguido por uma revisão bibliográfica de algumas obras psicanalíticas que discutem a temática. Além disso, concordamos com Freud (1996/1923) quando afirma que a psicanálise é uma teoria, um método de pesquisa da experiência humana e, ainda, um recurso de tratamento.

Por essa razão, apostamos neste trabalho, pois Mezan *apud* Silva (1993) declara que “pesquisa em psicanálise parte do singular, tenta apreender as determinações dessa singularidade e visa extrair dela a dimensão universal que, por sua própria natureza, ela contém” (p. 89). Acreditamos que a cada sujeito, sujeito este do inconsciente, apresenta-se uma nova psicanálise, por isso a pesquisa teórica em psicanálise deve ser reconhecida, porque ela tem como proposta buscar o sujeito na sua pesquisa, em seu procedimento. Para Garcia-Roza *apud* Neto; Morreira (2010), a pesquisa teórica em psicanálise tem como objetivo submeter a teoria psicanalítica a uma análise crítica, com a finalidade de verificar sua lógica interna, a coesão estrutural dos seus conceitos e as condições de sua possibilidade, aprimorando suas teorias.

3. DISCUSSÃO

Em nosso trabalho no hospital percebemos que geralmente a solicitação de atendimento psicológico ao paciente parte da equipe multiprofissional. Como residentes, somos chamadas nestes momentos em que os profissionais *pedem ajuda* pelo e para o paciente, ao *decidirem* que este *precisa* de acompanhamento com a Psicologia. Formalizado o pedido de consulta, precisamos respondê-lo tanto por dever profissional, como devido à lógica institucional estabelecida. E este se configura como um desafio a nós: afinal, *como atender alguém que não pediu para ser atendido, mas que precisa ser acompanhado porque outros pediram por ele?* A quem devemos responder, à instituição ou ao paciente?

Responder à instituição ao pé da letra, compreendemos, seria atender ao que a equipe nos pede, “preparar o paciente para receber um diagnóstico grave”, “tirar informações do paciente e familiares, para a equipe”, “convencê-lo a comer, tomar determinada medicação ou a aderir certo procedimento/ tratamento”, “porque o paciente não é colaborativo com a equipe”, entre outras referências literais encontradas nos pedidos. A nosso ver, isto seria justamente corroborar com a visão de que o paciente ocupa o lugar de objeto, submetendo-o ainda mais a esta condição, uma vez que não lhe ofereceríamos um espaço em pudesse se

fazer sujeito, sujeito de si, de suas vontades e de suas queixas. Se respondêssemos à solicitação da equipe depositaríamos no paciente táticas e estratégias de convencimento, com o intuito de consolidá-lo nesta posição *cômoda* de passividade.

Por outro lado, ao dirigir a resposta ao paciente, através de um espaço de escuta, lhe ofertando a escolha de ser escutado ou não, estaríamos lhe devolvendo o estatuto de sujeito. Neste sentido, concordamos com Freud (1996/1905) quando escreve sobre a técnica sugestiva e a analítica:

Na verdade, há entre a técnica sugestiva e a analítica a maior antítese possível, aquela que o grande Leonardo da Vinci resumiu, com relação às artes, nas fórmulas *per via de porre* e *per via de levare*. A pintura, diz Leonardo, trabalha *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *per via di porre*; não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da ideia patogênica, cuja eliminação é sua meta. Por esse caminho de investigação é que ela faz avançar tão significativamente nossos conhecimentos (FREUD, 1905, p.247).

Com isso, queremos dizer que se respondêssemos literalmente à instituição e, portanto, à equipe, estaríamos depositando “sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali” (FREUD, 1905, p.247). Trabalharíamos, então, com a técnica sugestiva, sobrepujando o desejo do paciente. E não é esta nossa escolha de trabalho.

Segundo Simonetti (2011), o hospital é um espaço privilegiado onde o psicólogo se depara com pessoas diante de acontecimentos inesperados em suas vidas, acontecimentos que, pelo fato de serem inesperados, podem destituir o sujeito do lugar de sujeito submetendo-o a situações e decisões inesperadas. Neste momento, o paciente se depara com o real, com o que não tem nome, o que pode lhe causar angústia e sofrimento.

Concordamos com Moura (2000, p. 12) quando afirma que “o trabalho analítico é o de possibilitar o caminho da destituição à ré-instituição da pessoa na posição de sujeito”. É preciso responder ao chamado da equipe para que saibam que podemos oferecer um espaço para que o sujeito fale e possa ser escutado de um lugar outro onde ele não é só aquele paciente, doente ou o número de um leito. Afinal de contas, trata-se de sua vida, seu corpo e sua história.

Lacan (1993) afirma, em seu livro *Televisão*, que a psicanálise permite clarificar o inconsciente do qual somos sujeitos. Além disso, não se trata apenas de escutar, mas,

sobretudo, de levar quem fala a se escutar. O sujeito descobre que ele é responsável tanto por sua história passada como pela que virá, ou seja, que seu desejo encontra-se aí implicado para sempre.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, respondemos o pedido de consulta não porque aceitamos a solicitação dos profissionais como verdade literal, mas porque atendemos aquele paciente que a equipe multiprofissional julgou *precisar* de acompanhamento psicológico. Se o atendimento é com o paciente, é ele quem levaremos em conta. Afinal, ele não é passivo ou alheio ao que lhe acontece; muito embora, numa situação de internamento hospitalar, lhe seja concedido (e este frequentemente se submete a essa condição) tão somente o lugar de objeto. Apostamos que haja ali um sujeito que, através dos incômodos sentidos pela equipe – quando reclama demais, quando se recusa demais, quando pede demais, questiona demais... – deseje.

Portanto, cabe a nós sustentar um discurso do qual não resultem os efeitos imediatos e impressionantes esperados pela equipe, mas que permita, para o sujeito, que a doença se torne uma possibilidade do despertar de seu desejo (SOUZA; OHALLEM *apud* MOURA, 2000). Assim, acreditamos que “a palavra, o verdadeiro bem do ser falante, pode tornar mais suportável a condição humana” (MOURA, 2000, s/p.).

Referências Bibliográficas:

FREUD, S. Dois verbetes de enciclopédia [1923]. In: _____. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 18, p. 251-274.

_____. Sobre a Psicoterapia [1904/ (1905)]. In: _____. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 7, p. 243-254.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2003.

LACAN, J. *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

MOURA, D. de (Org). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda, 2ª edição, 2000.

NETO, F. K; MORREIRA, J. O. (Orgs). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena: Ed UEMG, 2010.

SILVA, M. E. L. da (Coord). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Caso do Psicólogo, 6ª edição, 2011.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. A autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 4, Curitiba: 2007, p. 509 – 513.

**PENSANDO AS POSSIBILIDADES PARA A PSICANÁLISE NAS CLÍNICAS
ESCOLAS: a transferência em questão**

Emilie Fonteles Boesmans

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.

Email: emilieboesmans@hotmail.com

Antonio Dário Lopes Júnior

Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará.

Karla Patrícia Holanda Martins

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

RESUMO

Este estudo diz respeito à experiência de estágio realizado no Serviço de Psicologia Aplicada de uma Universidade Pública do Ceará. Percebemos, neste espaço, uma série de questões institucionais que reverberavam no fazer clínico. Apoiados no ensino de Freud e Lacan, passamos a nos questionar acerca dos efeitos da lógica institucional no estabelecimento da transferência. Deste modo, pudemos lançar um olhar crítico sobre o serviço, no que tange às regras estabelecidas para seu funcionamento, e aspectos que decorrem do tipo de serviço oferecido. Os aspectos metodológicos dizem respeito, então, ao relato de experiência dos atendimentos, bem como sua respectiva articulação teórica.

Palavras-chave: psicanálise, transferência, universidade.

ABSTRACT

This study concerns the training experience in Applied Psychology Service of a Public University of Ceará. We realize, in this space, a number of institutional issues that reverberated in clinical practice. Supported the teaching of Freud and Lacan, we began to wonder about the effects of institutional logic in establishing the transfer. Thus, we cast a critical eye on the service, in regard to the rules for its functioning, and aspects that arise from the type of service offered. The methodological concern, then the reported experience of care, as well as its theoretical articulation.

Keywords: psychoanalysis, transference, university.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo diz respeito à experiência de estágio realizado no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) de uma universidade pública do Ceará. Neste, percebemos que, umas séries de questões institucionais reverberavam no nosso fazer clínico, que se apoiava na Psicanálise. Desta forma, por meio dos textos de Freud e Lacan, nos questionamos acerca dos efeitos da lógica institucional no estabelecimento da transferência.

Assim, pudemos lançar um olhar crítico sobre o serviço, no que tange às regras estabelecidas para seu funcionamento (questões burocráticas), ao fato de ser uma disciplina obrigatória para a graduação (questões acadêmicas) e aspectos que decorrem do tipo de serviço oferecido (questões inerentes ao serviço), sempre apoiados na clínica.

Sob o viés metodológico, optamos pelo relato de experiência, bem como, a posterior teorização acerca deste. Neste sentido buscamos uma articulação entre os conceitos de transferência e como esta se evidencia dentro da Universidade.

Tentaremos perfazer o seguinte percurso: relato da experiência no serviço, conceituação de transferência para Freud e Lacan, discussão das dificuldades e desafios encontrados para o estabelecimento da transferência e, por fim, como isso se relaciona com a inserção da Psicanálise na Universidade.

2. RELATO DA EXPERIÊNCIA

Nosso relato compreende a experiência de atendimentos na clínica escola (SPA) de uma Universidade pública do Estado do Ceará compreendido entre agosto de 2011 a novembro de 2012.

A clínica escola é um espaço de formação que confere ao graduando em psicologia a possibilidade de uma atuação prática do fazer psicológico. Assim, as instituições superiores proporcionam aos seus ingressos uma aproximação a duas das questões inerentes à formação do analista, tal como preconizadas por Freud: o estudo teórico e a discussão entre pares (a supervisão clínica dos professores já versados na arte da psicanálise).

Na instituição, em questão, este espaço diferenciado passa a ter maior evidência a partir do oitavo semestre, no qual os acadêmicos se convertem em prestadores do serviço, com todas as implicações que esta nova realidade admite. A qual modifica sobremaneira a relação professor-aluno, uma vez que, o estágio é uma cadeira obrigatória cujos critérios avaliativos não são claros, a este respeito Oliveira e Barros (2003, p. 177) apontam que:

[...] como atribuir uma nota àquilo que é da ordem do desejo? Podemos dar nota dez para aquele que escuta as produções do inconsciente do outro sem misturar ao seu imaginário? Ou para aquele que apresenta em Supervisão sua falta de saber como ponto de entusiasmo? (...) Ou devemos dar zero para o estagiário que nega o efeito de suas palavras sobre o outro?

As questões que afetam os docentes também perpassam o universo discente, mas com outras características, entre elas: O que será levado em consideração para a aprovação na disciplina: número e frequência dos pacientes? Ou a posição ética do aluno frente à sua responsabilidade? Ao elencarmos estas questões buscamos uma forma de problematizar a realidade vivenciada pelos acadêmicos, evidenciando as implicações narcísicas que perpassam esta relação.

Na tentativa de melhorar o serviço, foi estabelecida uma série de regras que visam normatizá-lo, dentre elas podemos destacar que: com três faltas (sem alguma justificativa) o cliente desligado do mesmo; o terapeuta que mantém contato com o paciente e, com relação à frequência institucional, cabe aos responsáveis à função de assinar a “presença” do cliente.

Creemos, em parte, que tais características podem auxiliar em um melhor funcionamento burocrático, mas, ao mesmo tempo, dificultam na implicação deste cliente com o processo.

Em primeiro lugar, consideramos problemática a questão da assinatura². Creemos ser o cliente, ou o responsável juntamente com ele que deveriam assinar, uma vez que o nosso dever é com aquele que atendemos. A sua assinatura individualizada, poderia ser considerada como, um primeiro passo, no processo de separação do mesmo do desejo do outro? Também consideramos problemática a averiguação das faltas, pois, esta é uma função do analista, a ele cabe ligar para averiguar o que aconteceu, como se buscando uma tentativa de justificá-la; assim, quem se responsabiliza pelo processo passa a ser, ou o responsável, ou o analista e, apenas em último caso o paciente.

3. TRANSFERÊNCIA EM FREUD E LACAN

As questões inerentes à transferência ocupam papel central para o desenvolvimento da técnica psicanalítica, neste sentido, Freud publica diversos textos na tentativa de compreendê-la. Neste contexto podemos situar: ‘A dinâmica da transferência’ (1912), e ‘Observações

² Quando da implantação do serviço crianças e adolescentes não podiam assinar sua própria frequência. Consideramos que os adolescentes teriam total possibilidades de assinar sua frequência, tendo em vista que para nós isso se colocava inclusive como um modo de assumir autonomia frente aos pais.

sobre o amor transferencial’ (1915). Entre eles temos o ‘Recordar, Repetir e Elaborar’ (1914), texto no qual autor a anuncia como uma repetição. O paciente tende a repetir com o analista um modo de relacionar-se com outra pessoa. O lugar onde o paciente o coloca é a encenação, a atuação da relação dele com um outro e disso o analista deve estar advertido para não responder deste lugar de onde é colocado pelo paciente.

Freud traz que o método que o neurótico conduz a vida erótica formando clichês estereotípicos é constantemente repetido. Parte da catexia libidinal do paciente direciona-se ao médico, de modo que o estabelecimento da transferência é a identificação pelo paciente de um desses clichês na figura do médico, ou seja, a inclusão, por parte da catexia libidinal, do médico “numa das ‘séries’ psíquicas que o paciente já formou” (FREUD, 1912/1996, p. 112).

Mas a transferência não é exclusividade da cena analítica, ela faz parte da neurose. Mas o que Freud se indaga é porque ela aparece na psicanálise como resistência. Quando algo do material complexo do paciente, no decurso do tratamento, serve para ser transferido para a figura do médico a transferência é realizada, produz associação e anuncia-se por meio de resistências (interrupção da associação livre). A ambivalência que permeia as relações do neurótico são a principal razão para que a transferência, que a priori liga o paciente ao médico e o torna influenciável, se tornar fonte, ela própria, de resistência.

O que não pode ser lembrado, ou seja, trazido à consciência, acaba sendo repetido na transferência em forma de ato. O paciente que estabelece transferência pode suportar toda a dureza que é o tratamento por meio do que Freud conceitua de: amor ao médico, tendo a transferência influência positiva sobre o paciente, fazendo-o inclusive melhorar de seus sintomas. Frente a isso o médico não deve nem retribuir, nem negá-los como se fossem demônios que se invoca e manda de volta sem nenhuma pergunta (FREUD, 1915/1996), mas manejá-lo, sabê-lo irreal e tomar isso como modelo para desvendar os modos de relação objetal do paciente e as fantasias ao redor disto.

Lacan dedica O seminário, livro 11, à tentativa de compreender o que Freud conceitua por transferência positiva e negativa, no entanto, para efeitos deste artigo vamos tomar apenas resumidamente suas considerações. O autor francês assevera que a transferência surge na situação analítica, mas ela por si só não é capaz de gerar todo o fenômeno transferencial: “[...] para produzi-lo, é preciso que haja, fora dela, possibilidades já presentes às quais ela dará composição, talvez única.” (LACAN, 1963-1964/2008, p. 124). Mas o que surge do que existia é da ordem de um impossível de dizer, de lembrar, é o resto de um traumatismo. Para Lacan a transferência não é repetição somente, por isso é possível romper com a repetição do paciente por meio da transferência.

O analista, enquanto presença, permite a emergência do Inconsciente e isso lhe confere, na visão do analisante, um poder especial, uma suposição de verdade. O analista, enquanto Outro, permite que o sujeito lhe transfira esse poder, pois a soma das possibilidades já preexistentes já coloca o Outro no lugar de tesouro dos significantes que tudo pode nomear, sendo tomado como um sujeito suposto saber sobre seu sintoma (LACAN, 1963-1964/2008).

Mas a transferência, enquanto “[...] o pivô sobre o que repousa inteiramente a estrutura do tratamento psicanalítico.” (LACAN, 1963-1964/2008 p. 131) indo muito além da “simples” repetição, como os pós-freudianos quiseram fazer parece. A transferência é também resistência. Quando ela surge na cena analítica algo na cadeia significativa se interrompe, pois algum conteúdo inconsciente emergiu em cena fazendo o analisante se deparar com algo da ordem do traumático em torno do qual o Inconsciente se estrutura e isso faz o sujeito regredir em sua elaboração. A transferência é, na verdade, o tempo do fechamento do Inconsciente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A TRANSFERÊNCIA E A PSICANÁLISE NA UNIVERSIDADE

As questões institucionais acabariam, então, por inverter a lógica da análise. Pois o aluno que estaria na posição de analista é quem demanda algo: demanda aprendizado, demanda nota, demanda pacientes? Com Lacan (1960-1961/1992) compreendemos que a transferência se estabelece por um significante do analista, um traço, que pode ser o próprio nome deste, mas no serviço citado, quem a demanda de saber é dirigida à instituição científica e não ao analista. Nestas condições, é preciso que a transferência seja literalmente deslocada da Universidade para o aluno-analista.

Por outro lado as regras padronizadas não permitem espaço para a condução do tratamento com base na transferência. O aluno, então, fica preso entre a necessidade dessa condução e a necessidade de atender a questões burocráticas e institucionais a fim de obter os requisitos necessários para aprovação na disciplina, ou o próprio reconhecimento de seus pares.

A questão do estabelecimento de um limite de tempo para o tratamento também interfere nesta questão, pois sabemos que a psicanálise não trabalha com o tempo lógico e especificado, mas com o tempo do Inconsciente.

Embora, por vezes, estas atuem de uma forma a não reconhecer a existência e os efeitos da transferência, pode-se concluir que ela pode se estabelecer, a depender das condições de passagem de ultrapassagem da demanda feita à instituição, representante de um

lugar onde vigora a suposição de um saber científico para uma demanda direcionada a um Outro que faz semblante de objeto a, a quem se direciona o desejo de saber.

Temos a nossa experiência como testemunho do estabelecimento da transferência. Citamos o caso de Letícia, de nove anos é atendida há quatro meses no serviço e, nas últimas sessões é informada pela analista que esta está formada e precisa finalizar o tratamento, mas que iriam encontrar alguém que pudesse atendê-la. Ela responde: “tá certo, tia.” E continua sua brincadeira já de muitas sessões: construir castelos de blocos de madeira o mais alto e o mais bonito possível. Ela o faz e logo começa a atirar blocos no castelo erguido. A analista indaga: “O que você está fazendo?”. Ela diz: “Tô destruindo o castelo, tia. Agora que ele tá formado precisa ser destruído.”

Temos também Mariana, de doze anos que, queixando-se de não ter ficado sabendo de muitas coisas sobre os pais diz: “eu conto tudo pra eles, não pra todo mundo, só pras pessoas importantes: minha mãe, meu pai, minha vó, você.” Diante destes relatos como não admitir a transferência que surge, a inclusão do analista das séries psíquicas do sujeito? É inegável que ela surge e então nos perguntamos como lidar com ela diante de todas essas questões que permeiam essa prática no espaço institucional e suas sucessivas interrupções.

Referências bibliográficas:

FREUD, S. A dinâmica da transferência [1912]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Recordar, Repetir e Elaborar [1914]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Observações sobre o amor transferencial [1912]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACAN, J. *O seminário, livro 8: a transferência* [1960-1961]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise* [1963-1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

OLIVEIRA, G. F. T.; BARROS, R. M. M. Efeitos analíticos da supervisão na Universidade. *Escola Letra Freudiana*, v. 32, Rio de Janeiro: 2013, p. 175-180.

UMA INVENÇÃO PARA CONSTRUIR UM CORPO

Fabio Malcher

Doutorando em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGTP/UFRJ). Psicanalista na Associação Cultural Centro de Estudos e Tratamento em Saúde Mental – CLITOP. Participante do projeto de pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos - do circuito pulsional ao laço social” na UFRJ, financiado pela FAPERJ e CNPq, em convênio com o Serviço Infante-Juvenil do Instituto Municipal Philippe Pinel, coordenado pela prof^a. Ana Beatriz Freire.

Email: fabiomalcher@hotmail.com

RESUMO

Sandro³ trabalha em análise para construir e se apropriar de um corpo, recorrendo a encenações lúdicas com bonecos, uma invenção, objeto autístico complexo capaz de localizar o gozo em uma borda, mediando a troca com o Outro. Há um mapeamento erógeno nos bonecos, partindo da *pequena diferença*, anatômica, não chegando à diferença lógica, que depende do preço da castração, da renúncia ao gozo do órgão, para ficar com o gozo ordenado pelo falo. Porém, como veremos, ele revela em seu trabalho um esboço simbólico para lidar com a questão da diferença sexual na construção de um corpo.

Palavras-chave: psicose, corpo, gozo, invenção.

RÉSUMÉ

Sandro⁴ travaille en analyse pour construire et s'approprier d'un corps, ayant pour recour des mises en scènes ludiques avec des poupées, une invention, objet autistique complexe capable de localiser la jouissance sur un bord, biais par lequel est possible un échange avec l'Autre. Il existe là une cartographie érogène chez les poupées, partant de la *petite différence*, anatomique, mais n'aboutissant point à la différence logique qui dépend, elle, du prix de la castration, du renoncement à la jouissance de l'organe, pour rester avec la jouissance ordonnée par le phallus. Cependant, comme nous verrons, il montre dans son travail une esquisse symbolique qui lui permet de faire face à la question de la différence sexuelle lors de la construction d'un corps.

Mots-clefs: psychose, corps, jouissance, invention.

³ Participante do projeto de pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos - do circuito pulsional ao laço social”, na UFRJ, financiado pela Faperj e CNPq, em convênio com o Serviço Infante-Juvenil do Instituto Municipal Philippe Pinel, coordenado por Ana Beatriz Freire e supervisão de Ana Beatriz Freire, Kátia Alvares e Doris R. Diogo. Projeto possui parcerias com UNIRIO, CPRJ e outras em andamento.

⁴ Participant du projet de recherche « *Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos - do circuito pulsional ao laço social* » [Circulant et traçant des liens et des partenariats: consultations pour jeunes autistes et psychotiques – du circuit pulsionnel au lien social], à l'Université Fédérale de Rio de Janeiro (UFRJ), avec financement de la Faperj et du CNPq, en partenariat avec le *Serviço Infante-Juvenil do Instituto Municipal Philippe Pinel* coordonné par Ana Beatriz Freire, Kátia Alvares e Doris R. Diogo. Lê projet est aussi partenaire de l' UNIRIO, du CPRJ et d'autres institutions.

Iniciei minhas reflexões para esse depoimento de trabalho a partir da questão: o que preocupa esse sujeito? A preocupação de Sandro⁵, 18 anos, parece estar muito ligada à questão do crescimento, preocupação que se estende em algumas direções. Como ocupar um lugar subjetivo diferente de “bebê”? Como se apropriar de um corpo púbere, diante dos impasses da partilha sexual? O presente depoimento pretende testemunhar, de que maneira Sandro vem trabalhando no dispositivo de análise de forma a produzir algo da diferença que possa atuar na construção de um corpo, articulado a um novo lugar diante do Outro que o forneça maior abertura ao laço social.

Em entrevista com a mãe, ela relata que por vezes Sandro lhe faz a pergunta “eu sou seu neném?”, geralmente seguida de “você me ama?”. Essa posição de “neném”, “bebê”, parece fornecê-lo um lugar mais bem definido, mais estável no campo do Outro. Por outro lado, “você não é mais criança” é uma fala muito recorrente à sua volta, o que parece ser muito demandante para ele. A mãe de Sandro não gosta quando ele brinca com bonecos em casa, considera coisa de “criança”. Como analista, minha decisão foi a de não tomar seu brincar como algo meramente infantil ou sem propósito, pelo contrário, esse recurso tem sido valorizado enquanto uma interessante forma de ampliar suas possibilidades de trabalhar suas questões. A encenação com o uso de bonecos parece funcionar para Sandro como um recurso capaz de mediar sua relação com o Outro, protegendo-o em certa medida, e possibilitando alguma localização de gozo, alguma abertura ao laço social.

Assim, Sandro recorre ao uso de bonecos em encenações lúdicas nas sessões, sempre comandando as cenas. Os personagens são quase sempre os mesmos, e dividem-se de maneira clara entre crianças e adultos, ambos com funções definidas. As crianças seguidamente atuam de maneira a burlar as regras e convenções sociais; aos adultos cabe a função de punir tais atos, bem como fornecer os cuidados, como dar mamadeira, chupeta, trocar fralda, dar banho, momentos em que o corpo fica em evidência.

Embora não haja uma definição diagnóstica pelo autismo, entendo o recurso aos bonecos como o uso de um duplo, de um objeto autístico complexo, que “[...] afasta o gozo do corpo do sujeito, localizando-o em uma borda, que não apenas faz barreira ao mundo externo, mas também promove uma conexão à realidade social.” (PIMENTA, 2012, p.171). Segundo Maleval, esse importante objeto tem como função:

⁵ Participante do projeto de pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos - do circuito pulsional ao laço social”, na UFRJ, financiado pela Faperj e CNPq, em convênio com o Serviço Infante-Juvenil do Instituto Municipal Philippe Pinel, coordenado por Ana Beatriz Freire e supervisão de Ana Beatriz Freire, Kátia Alvares e Doris R. Diogo. Projeto possui parcerias com UNIRIO, CPRJ e outras em andamento.

[...] deslocar o lugar de emissão da enunciação, fazendo falar um duplo ou um objeto no lugar do sujeito [...] é o duplo que fala, e não eles [...] dominar a troca, protegendo o sujeito, que permanece à distância dela, essa é a função do duplo, como suporte de uma enunciação artificial. (MALEVAL, 2012, p. 63)

Embora a posição de enunciação seja difícil para Sandro, não há uma recusa radical típica do autismo, falando por diversas vezes em primeira pessoa, respondendo algumas perguntas diretas, ou pedindo algo que queira; de qualquer forma, durante as encenações sua fala fica visivelmente mais fluente, havendo maior cessão de gozo vocal em tais momentos. Sobretudo, esse recurso cumpre a função de aparelhar um excesso pulsional, localizando o gozo nas falas e nos atos dos bonecos, mediando a relação do sujeito com o Outro.

Entretanto, um excesso de gozo também surge em alguns momentos das próprias encenações, na forma de movimentos exagerados, descontrolados, com riso muito intenso, em especial quando alguma criança faz algo errado, bem como quando o adulto aplica um limite ou punição, algo que nunca deixa de acontecer, sempre surgindo essa figura que representa alguma lei. Chama atenção como ambos os casos são igualmente deleitosos para Sandro, revelando-se certa indiferenciação entre os registros do gozo e da lei. Tal relação do sujeito com a dimensão da lei revela que, embora a forclusão do significante Nome-do-Pai não tenha possibilitado a Sandro a introjeção da Lei, essa questão o ocupa bastante, sendo grande parte de seu trabalho justamente em torno desse ponto, em um esforço repetitivo na tentativa de circunscrever alguma borda em torno desse furo. Logo, mesmo com sua dificuldade estrutural, Sandro enfrenta, ao seu modo singular, a questão da lei.

O primeiro momento lógico da análise de Sandro se deu dessa maneira, com o recurso ao duplo em encenações repetitivas. Como possibilitar o aparecimento de algo novo nessa repetição? Certamente que a resposta a essa questão teria de vir através do recurso eleito pelo próprio sujeito, de sua invenção, as encenações com os bonecos. Primeiramente, refleti acerca da própria construção de tal recurso por parte do Sandro, na medida em que uma invenção tende a surgir diante de algum ponto de insuportável, de avassalador ou inassimilável ao sujeito, como parece ser, para ele, a questão da diferença sexual, articulada à questão do crescimento. Decido esperar o tempo lógico do sujeito até que ele próprio opte por uma posição de buscar, sempre a partir de sua invenção, o novo, a diferença. Assim, tem início um segundo momento lógico da análise em que temos o surgimento do novo a partir das repetições nas encenações.

A condição “bebê” ou “neném” se articula privilegiadamente aos significantes “chupa chupeta”, “toma mamadeira” e “usa fralda”, cuidados pessoais que os adultos fornecem com

maior frequência nas cenas. O trabalho de Sandro em análise passa pela possibilidade de destacar algum significante que seja capaz de se articular a essa condição diferente de bebê, algum S_1 que se extraia de *alíngua* (LACAN, 1972-1973/1985) e que possa aparelhar o gozo de maneira a fornecer ao sujeito um novo lugar diante no Outro. Esse importante trabalho se dá no ângulo aberto entre o “bebê”, significante privilegiado ao sujeito, mas que não aponta para o laço social, e o “você não é mais criança”, significante que vem do Outro, mas que parece ser avassalador para ele. Em suma, uma missão nada simples se levarmos em conta sua condição estrutural, sem poder contar com o Nome-do-Pai nessa empreitada.

Entre os bebês, há uma personagem central. Em determinada sessão, Sandro a denominou como “muito bebê”, enquanto as outras bonecas eram somente “bebê”. Pergunto o que cada personagem faz sozinho, sem a ajuda de um adulto. Sandro indica que uma bebê toma banho, enquanto outra toma mamadeira sozinha; a “muito bebê” não fazia nada sem ajuda. Entendo a produção desse significante “muito bebê” enquanto uma nomeação, algo novo que surge na encenação, na invenção singular do sujeito.

Um terceiro momento se constitui a partir da disposição de Sandro para passar certo tempo de suas sessões sem recorrer ao duplo. Pergunta se tem jogo do seu time na televisão, indica suas preferências musicais. Diante disso, ofereço a possibilidade de termos na sessão um aparelho de som. Ele gosta da proposta, e escolhe a estação de rádio que costuma ouvir em casa e que toca o estilo de música que ele quer ouvir no momento. Lista outras estações que gosta, bem como outros estilos musicais e artistas. Indico que ele pode trazer de casa algum CD que queira ouvir na sessão, o que ele faz algum tempo depois. Cada vez mais há momentos em que ele prescinde do duplo nas sessões, mesmo que recorra a ele depois. Por vezes, foi possível articular o uso do som com as encenações, surgindo um rádio na escola, um baile funk com os alunos, ou alunos que choram pelo volume alto do som. Há momentos em que ele conversa sem recorrer nem ao som, nem ao duplo, falando em primeira pessoa e sobre assuntos variados, embora haja situações em que não dá prosseguimento ao assunto, revelando sua dificuldade em sustentar uma enunciação.

Entendo essa abertura por parte de Sandro também enquanto algo novo que pôde surgir em análise, construção de um novo lugar subjetivo diante do Outro, um posicionamento com maior abertura ao laço social. Contudo, isso não significa que o recurso ao duplo nas encenações com os bonecos tenha sido deixado de lado, sendo tal recurso ainda muito valioso na mediação de sua relação com o Outro. Ao longo das encenações, a professora ajuda os alunos em seus cuidados pessoais, dando banho, trocando fralda, momentos em que outros

alunos tentam espiar o corpo nu e Sandro, entre risos, aponta e nomeia partes do corpo, como “peito”, “mamilo”, “bumbum” e “isso” ou “aqui” para os genitais.

Esse mapeamento erógeno do corpo dos bonecos também surge nas incessantes oportunidades em que as crianças tiram a roupa em locais impróprios, e parece fazer parte de um esforço de Sandro na construção de um corpo, algo mais premente a partir das mudanças corporais que vem experimentando na puberdade. Temos aqui a fundamental questão de como se apropriar de um corpo púbere, algo que sempre implica em um chamado à partilha sexual. Neste sentido, a fralda parece ter certa função de véu com relação à diferença sexual, com um constante trabalho em torno desse velamento e desvelamento nas encenações. As trocas de fralda são frequentes, bem como o uso da mamadeira e da chupeta, as idas ao banheiro e os banhos dados nas personagens. Com o tempo, Sandro indica a diferença entre os genitais dos meninos e das meninas. Ele pega um boneco que possui um pequeno barbante no lugar do genital e diz “é de menino”, pegando em seguida o boneco do pai, que tem a área genital lisa, dizendo “ele também tem”. Quando pergunto sobre a boneca de uma menina, ele diz “ela não tem”. Ao enfrentar a questão da diferença entre os sexos, Sandro parte da *pequena diferença* (LACAN, 1971-1972/2012), anatômica, não chegando à diferença lógica, sustentada na ordem fálica. Embora não tenha condição estrutural para chegar à diferença lógica, que dependeria do preço da castração, da renúncia ao gozo do órgão, do pênis, para ficar com o gozo do significante, ordenado pelo falo, sua fala de que o boneco liso “também tem” revela um esboço simbólico para lidar com a questão da diferença entre os sexos, promovendo algum aparelhamento de gozo.

O corpo de Sandro vem se apresentando cada vez mais organizado, com um caminhar mais firme, uma maior coordenação de movimentos, e, segundo a família, com avanços em seus cuidados pessoais. Também como forma de dar lugar à dimensão corporal nas encenações, aponto a necessidade de encaminhar à enfermaria os personagens que sofrem agressões, e que ficam, assim, ausentes da sala de aula. Essa ausência de determinados locais foi possível com a delimitação de espaços estanques, a partir da introdução de bordas que fiz com tampas de caixas designando a sala de aula, o banheiro, a coordenação, a enfermaria, etc. Uma das maiores consequências da diferenciação entre os espaços foi a sala de aula ficar vazia depois de todos os alunos serem conduzidos à coordenação por atitudes como tirar a roupa ou ofender colegas e professora. Uma ofensa privilegiada entre as crianças é, curiosamente, “bebê chorona”.

As infrações por parte dos adultos passam a surgir também em outras ocasiões, embora com frequência muito menor às das crianças. Conforme avança no trabalho de

deslocar-se do lugar de “bebê”, seria importante para Sandro garantir algum gozo ao lugar de adulto? Seria essa uma forma de tornar esse lugar menos ameaçador em relação à perda de gozo? Não podemos afirmar isso, mas temos indicações da dificuldade de tal lugar para Sandro. A mãe relata que ele questiona e reclama muito do fato de ela trabalhar, e quando ela diz que é preciso e que um dia ele também trabalhará, ele responde que não quer, pois “trabalho dói”. Apesar disso, Sandro vem trabalhando intensamente em análise. Embora persista a dificuldade de inscrever simbolicamente algo da diferença, sustentando-a ao longo do tempo, o novo surge através das encenações lúdicas nas sessões.

A forclusão do Nome-do-Pai reduz significativamente os recursos simbólicos para o tratamento do gozo, o que torna o trabalho pela via do objeto uma interessante possibilidade na psicose. Segundo Faleiro, “Operar clinicamente com o objeto *a* permite construir um laço social a partir do gozo e não do Outro, a partir de *alíngua* e não da linguagem, com a finalidade de viabilizar a constituição de um corpo.” (FALEIRO, 2012, p.107). Sabemos que o psicótico não tem o objeto *a* a sua disposição para o tratamento do gozo, mas extraímos dessa passagem o valor da dimensão do objeto enquanto importante recurso na exteriorização de gozo. Mesmo sem dispor do Nome-do-Pai e do objeto *a*, o sujeito psicótico pode recorrer a outros significantes e objetos no tratamento de gozo. O recurso de Sandro a um duplo para mediar sua relação com um Outro não barrado, localizando gozo fora do corpo, pode ser entendido enquanto uma modalidade de extração, mesmo que não seja do objeto *a*. Justamente por não poder contar com o objeto *a*, o sujeito tem de lançar mão de alguma modalidade inédita de extração, o que Sandro faz com as encenações lúdicas com os bonecos em análise. Sandro recorre ao duplo enquanto um órgão *suplementar* de localização de gozo, criando um modo não falicizado, como seus impasses diante da diferença sexual revelam, de tratar o gozo.

A invenção de Sandro cumpre a missão de alojar a pulsão de morte fora de si mesmo, permitindo-lhe fazer de um corpo acochado por um gozo desarrimado um corpo próprio. Todavia, tal trabalho não se sustenta sem o recurso ao significante, sendo uma das funções do duplo a articulação entre corpo e significante, gerando uma nova forma de lidar com o gozo. Dos significantes à sua volta, trata-se de arrancar, extrair do Outro algum significante singular e se apropriar dele de alguma forma, mesmo que não seja pela via de se fazer representar por ele junto a outro significante, mas que seja possível, ao menos, articular gozo e significante, procedendo a certo tratamento do Outro, que fica, assim, senão barrado, menos pleno.

De qualquer forma, há muito trabalho pela frente, e Sandro tem mostrado disposição para tal. Mesmo que as soluções na psicose se revelem mais instáveis, menos duradouras, ainda assim, são soluções. Essa é a aposta do analista, que seguirá eticamente com seu desejo.

Referências bibliográficas:

BARROSO, S.F. *As psicoses na clínica com crianças: o corpo sem a ajuda de um discurso estabelecido*. 274 f. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica/UFRJ.

LACAN, J. *O Seminário, livro 19: ...ou pior [1971-1972]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

_____. *O Seminário, livro 20: mais ainda [1972-1973]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

MALEVAL, J.C. Língua verbosa, língua factual e frases espontâneas nos autistas. In: Murta, A.; Calmon, A.; Rosa, M. (Org.) *Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

PIMENTA, P. Objeto e linguagem em um caso de autismo. In: Murta, A.; Calmon, A.; Rosa, M. (Org.) *Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

PSICANÁLISE NO BARALHÃO DA POLÍCIA MILITAR: uma aposta ética no sujeito

Fernanda Cabral Samico

Mestre em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do grupo de pesquisa Psicanálise e Contexto Institucional da Universidade Severino Sombra em Vassouras – RJ. Professora do curso de Psicologia da mesma instituição.

Email: fesamico@gmail.com

RESUMO

Debatemos a psicanálise e seu papel de dispositivo, a partir da atuação de estagiários do curso de Psicologia da USS no 10º BPMRJ. É preciso pensar a criação de uma prática psicanalítica construída a partir da especificidade de um contexto dominado pelo Estado, cuja imposição de uma obediência sem questionamento, aliada à sobrecarga de trabalho e situações de risco e estresse que levam ao adoecimento e ao suicídio. Acreditamos que, com a aplicação da psicanálise e seu dispositivo, é possível acolher e fazer falar o próprio de cada um em detrimento do apagamento subjetivo que o uniforme representa.

Palavras-chave: psicanálise, ética, polícia, dispositivo.

RESUMEN

Discutiremos el psicoanálisis y su papel de dispositivo a partir de la actuación de los alumnos de la USS en práctica de psicología clínica en el 10º BPMRJ. Se hace necesario pensar la creación de una práctica psicoanalítica construyida sobre la especificidad de un contexto dominado por el Estado, cuya imposición de una obediencia ciega, junto con una dura carga de trabajo y situaciones de riesgo y estrés conducen a la enfermedad y al suicidio. Creemos que, con la aplicación del psicoanálisis y su papel de dispositivo es posible acoger y hacer ablar el propio de cada uno sobre el borramiento subjetivo que la farda representa.

Palabras-clave: psicoanálisis, ética, policia, dispositivo.

A psicanálise, atualmente, tem encontrado no campo universitário um espaço de diálogo, reflexão e pesquisa. (LO BIANCO, 2003) No entanto, a pesquisa calcada nos princípios psicanalíticos possui algumas particularidades muito importantes. Exatamente por trabalhar com o contingencial, que é típico do inconsciente, não há, na pesquisa em psicanálise, espaço para uma sistematização rígida, nos moldes positivistas. A pesquisa psicanalítica

[...] marca sua diferença em relação às demais abordagens pelo menos em dois pontos fundamentais: primeiro, porque ela não inclui em seus objetivos a necessidade de uma inferência generalizadora, seja para a amostra ou para a população, pois seus resultados modificam a maneira como os pesquisadores da comunidade psicanalítica irão demarcar sua posição em relação aos novos sentidos produzidos pelo texto que torna a pesquisa pública; segundo, porque suas estratégias de análise de resultados não trabalham com o signo, mas sim com o significante [...] (IRIBARRY, 2003, p.117-118)

Em “Recomendações aos médicos que exercem Psicanálise”, Freud (1912/1996) afirma que na execução da Psicanálise, pesquisa e tratamento coincidem. A partir disso, um trabalho de pesquisa em Psicanálise deve ter como proposta uma articulação entre a teoria e a clínica. A consequência disso engendra uma particularidade na pesquisa em psicanálise, que a separa das demais pesquisas. Ela propõe um olhar investigativo no singular, no caso a caso, nas exceções. Além disso, a pesquisa psicanalítica é uma apropriação do autor que, depois de se debruçar sobre o método freudiano, descobre um método seu filiado a essa vertente e o singulariza na realização de uma pesquisa.

Outra particularidade está no campo onde os elementos para a pesquisa são colhidos. A psicanálise, por seu avizinhamo com outras áreas de saber, como a filosofia, a lógica, a lingüística, a literatura, a psicologia e até mesmo a neurologia, pode utilizar os campos de pesquisa destas áreas como seus e fazer grandes avanços. Portanto, não é estranho verificar que muitos progressos teóricos em psicanálise acontecem na interlocução da mesma com outros saberes (ROSA, 2004).

Este trabalho, então, é fruto da colaboração entre a psicanálise e o campo da psicologia, uma vez que é por meio do curso de Psicologia da Universidade Severino Sombra que o espaço para nossa pesquisa foi-nos possibilitado, a partir da atuação de estagiários de psicologia no 10º Batalhão de Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. (10º BPMRJ). Mas não somente isso. Quando possibilitamos aos alunos a experiência de desenvolver uma pesquisa psicanalítica no campo da Universidade, isso “implica a transmissão de um saber que não se sabe, ou seja, a transmissão de um enigma, um dizer pela metade, que é fisgado

pela verdade, mas que não elide o abismo que há entre esta e o saber” (MAURANO, 2006, p. 222). Nós permitimos que o aluno experimente o hiato entre saber e verdade, entre a produção científica produzida pela academia e a produção subjetiva produzida pelo inconsciente. E conseguimos demarcar um espaço onde seja possível o engajamento do aluno no que é mais caro à psicanálise: “a questão do que pode determinar o sujeito, o que pode causá-lo, produzi-lo, fazê-lo emergir” (MAURANO, 2006, p. 215).

E assim, pelo caminho do contingencial, começamos o trabalho de pesquisa e estágio com os policiais do 10º BPMRJ. Começamos nossa atuação com a certeza da importância da prática da psicanálise em um contexto dominado pelo Estado, cuja imposição de uma obediência sem questionamento, aliada à sobrecarga de trabalho e situações de risco e estresse, leva ao adoecimento e a atitudes extremas como o suicídio. A aposta ética no sujeito do inconsciente, como aponta Birman (1994), e na psicanálise como dispositivo, foram (e ainda são) os pontos de sustentação e norteadores da atuação dos estagiários pesquisadores. Era preciso, portanto, possibilitar a criação de uma prática construída a partir da especificidade de um campo institucional e público, como o 10º BPMRJ, para que, a partir da aplicação da psicanálise e seu dispositivo, pudéssemos acolher e fazer falar o próprio de cada um em detrimento do apagamento subjetivo que o uniforme representa.

Nossa primeira frente de atuação foi disponibilizar uma agenda e uma escala com os horários que os estagiários estariam à disposição para marcação de consultas. Em contrapartida, o Batalhão nos forneceu uma sala e divulgou aos policiais o serviço que ofereceríamos. Esta estratégia não funcionou e durante algumas semanas nenhum atendimento foi marcado. Os estagiários, ociosos, começaram a circular no espaço do Batalhão, interagindo com os policiais que freqüentavam os pátios, cafeterias e estacionamentos. Percebemos que ao possibilitarmos a entrada da psicanálise e sua atuação na contramão do universalizante da farda e da patente, permitimos que os estagiários comparecessem, neste espaço, como promotores de implicações subjetivas. O resultado disso foi uma enorme resistência por conta dos próprios policiais, que no princípio não aderiram à proposta e reagiram à presença dos estagiários com brincadeiras, piadas e chistes.

Sabemos a atenção que a psicanálise tem com o humor e principalmente com o chiste, formalizando-o como uma formação do inconsciente, ao lado dos sonhos e atos falhos. Portanto, entendemos as piadas como indicadores que nos apontavam para um fenômeno clínico bastante conhecido: a resistência.

Freud nos ensina que resistências são passíveis de interpretação. São dados clínicos porque são indicadores do que estaria recalcado. (ROUDINESCO, 1998) Entendemos que os

policiais estavam reagindo a algo que os movia profundamente: a possibilidade de ter um espaço - dentro da instituição que muitas vezes associam como causadora de sofrimento - para falarem livremente sobre suas angústias e dores. A manobra que adotamos foi fundamental: resolvemos, então, não nos defendermos das piadas e nem nos recuarmos dos espaços de convivência. Decidimos utilizar esses momentos de descontração nos espaços de circulação como momentos de causação de saber.

Foi pela acolhida da escolha do caminho chistoso dos trocadinhos e brincadeiras entre os policiais e estagiários que percebemos uma mudança no laço entre os mesmos. Os policiais passaram a receber os estagiários com mais carinho e alegria. Mas ainda assim a adesão ao atendimento individual não acontecia.

Nas reuniões de pesquisa e supervisões nos perguntávamos por que não havia adesão ao tratamento individual. Lembramos que Lacan ([1954-1955]/1997) situa a resistência do lado do analista: aquilo que o analista não consegue escutar e manejar está diretamente relacionado com os pontos não analisados em sua própria análise pessoal. É a função do desejo do analista que atua como antídoto, porque não procura as identificações criadas pela fantasia, mas funcionar como semblante, para fazer-se o ponto de apoio para que a falta de objeto esteja em função.

Percebemos como estávamos idealizando nossa proposta de atendimento clínico como única estratégia de atuação no Batalhão. Mas, mais complicado ainda, enxergamos como estávamos nos posicionando narcisicamente como únicos portadores da solução para os males daquele grupo: a psicanálise os salvaria da dor, do adoecimento e da alienação ao sistema. Ledo engano! Começamos, então, a nos descolar do modelo clínico idealizado da psicanálise e começamos a debater sobre a possibilidade de estarmos no espaço do Batalhão, não como portadores de uma técnica terapêutica, mas de uma exigência ética. Passamos a estudar sobre a psicanálise aplicada e sobre o dispositivo psicanalítico nas instituições. Abandonamos a tanto idealizada paixão de curar e começamos a por em ação uma prática voltada para o mal-estar: passamos a simplesmente escutar o mal-estar na cantina, no pátio, onde ele pudesse ser anunciado. Abandonamos o “tratamento” e apostamos na “experiência” psicanalítica.

Com isso, também foi preciso aceitar e acolher o mal-estar que um modelo de intervenção tão solto causou no nosso próprio grupo de estágio e pesquisa. Muitos alunos o abandonaram e migraram para outros campos de estágio mais amarrados e sistematizados. Os que conosco permaneceram, suportaram brilhantemente o mal-estar e puderam participar do nascimento de uma estratégia de atuação em psicanálise lacaniana, calcada no acolhimento do real enquanto contingência e no desejo de produzir a mais pura diferença.

Começamos a pensar em maneiras alternativas de estarmos em contato com os policiais, sempre com a intenção de produzirmos a diferença. Daí surgiu nossa segunda estratégia: propomos aos policiais a organização de grupos de discussão sobre assuntos que eles próprios considerassem pertinentes. Esses grupos teriam o formato de oficinas e teriam duração de quatro a seis encontros. Dessa forma, pedimos para que eles nos “dissem” o que eles gostariam de “ouvir” que nós “falássemos”. Com esse convite travestido em opinião, eles começaram a falar sobre seus mal-estares e angústias. E nós, sem *furor sanandis* (FREUD, 1912/1996), pudemos finalmente encarnar uma “certa presença, que permite que a operação analítica aconteça, de maneira pura e/ou aplicada” (MATTOS, 2003, p. 20).

Os grupos de discussão foram pensados por nós como um espaço onde os policiais pudessem endereçar sua fala a um grupo de pares. Mas, diferentemente de uma terapia em grupo, os grupos trariam uma semelhança com os cartéis lacanianos. (LACAN, 1971/2001) À queixa individual feita ao grupo, daríamos a intervenção possível para conduzir o sujeito a se apossar de sua fala não como queixa, mas como pergunta. Pergunta essa que traria efeitos de divisão subjetiva e desejo de saber.

Ainda estamos em franco caráter experimental em nosso trabalho no Batalhão, mas já podemos afirmar que, para nossa grande surpresa, a adesão ao atendimento individual está acontecendo e em expansão. Já nos disponibilizaram duas salas para atendimento individual e uma sala de treinamento para os grupos de discussão, que estão a ponto de iniciar. E finalizamos com a certeza de que

[...] a estratégia e a tática da psicanálise aplicada não propõe soluções gerais; cada um responde como pode e como quer, não há fórmula para um final feliz, nem para o bem-estar, no entanto existe uma política, a política do bem dizer, que uma vez alcançada, produz efeitos no mal-estar, com resultados tanto para aquele que encontrou esse bem quanto para a comunidade (HOLCK, 2008, p. 24).

Aprendemos que, assim como na clínica, nossa prática na instituição é e sempre será contingencial. Devemos nos manter sensíveis para o sujeito e suas singularidades, acolhendo o real no sentido da impossibilidade de previsão de resultados, mas nem por isso recuando da posição de produtores de incompletudes no seio dos saberes que são estabelecidos e sustentam o adoecimento nas instituições. Nossas regras são congruentes ao real que existe e insiste em qualquer montagem da cultura do ser falante. E nosso grande aprendizado foi dar lugar à impossibilidade de previsão que toda atuação com o real traz.

Referências bibliográficas:

BIRMAN, J. A direção da pesquisa psicanalítica. In: _____. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994, p.13-53.

FREUD, S. Recomendação aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12, p. 125-133.

HOLCK, A. L. L. A psicanálise e a guerra; estratégia, tática e política. In: Machado, O. M. R.; Grova, T. *Psicanálise na favela. Projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Digai Maré, 2008, p. 19-24.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, v. 6, n. 1, p. 115-138, Jan/Jun. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a07.pdf> > Acesso em 02 mai. 2013

LACAN, J. Ato de fundação [1971]. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 235-247.

_____. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente [1957-1958]* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *O Seminário Livro 2: eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. [1954-1955]* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LO BIANCO, A. C. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, v. 8, n. 2, p. 115-123, Jul./Dez. 2003 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a03.pdf>> Acesso em 02 mai. 2013.

MATTOS, S. de A disponibilidade do analista. *Correio: revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n. 42, p. 19-26, 2003.

MAURANO, D. Um estranho no ninho ou a psicanálise na universidade. In: Jorge, M. A. C. (Org.) *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006, p. 209-227.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. 4, n.2, p. 329-348, Set. 2004, 329-348 Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/08.pdf>> Acesso em 02 mai. 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

A DIREÇÃO DO TRATAMENTO NA CLÍNICA COM ANORÉXICAS: a ética da psicanálise frente ao ‘risco de vida’

Francisco Anderson Carvalho de Lima

Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará. Estagiário do Ambulatório de Transtornos Alimentares (ATA). Bolsista estagiário do Pró-Saúde e PET-Saúde/RAS da Universidade Estadual do Ceará / 2012-2014.

Email: Acarvalho.eco@gmail.com

Erika Silva Rocha

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará. Bolsista da FUNCAP. Estagiária do Centro Regional Integrado de Oncologia – CRIO.

Emilie Fonteles Boesmans

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.

RESUMO

Os transtornos alimentares mais comuns são a anorexia e a bulimia nervosa. Os estudos psicanalíticos apontam ambas como sintomas. Neste trabalho pretendemos discutir as questões relacionadas ao atendimento clínico individual realizado no CETRATA (Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares, situado no Ceará) com pacientes que apresentam sintomas de anorexia e como a psicanálise, em sua ética, pode apontar caminhos para as dificuldades encontradas neste trabalho que tem caráter de urgência e de “risco de vida”. Para tal nos guiaremos pela obra de Freud, Lacan e comentadores, no que tange à ética da psicanálise, à transferência e à clínica das pulsões.

Palavras-chaves: psicanálise, transtornos alimentares, ética, transferência, pulsão.

ABSTRACT

The most common eating disorders are anorexia and bulimia nervosa. The psychoanalytic studies indicate both like symptoms. In this paper we intend to discuss issues related to clinical care conducted in individual CETRATA (Treatment Center of Eating Disorders, located in Ceará) with patients who have symptoms of anorexia and how psychoanalysis in his ethics, may point the way to the difficulties encountered in this work that has an emergency and "life-threatening". To do this we will be guided by the work of Freud, Lacan and commentators, regarding the ethics of psychoanalysis, and the transfer of vibrations to the clinic.

Keywords: psychoanalysis, eating disorders, ethics, transference, drive.

1. INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares são, sob o ponto de vista da Psicologia e Psiquiatria, psicopatologias de etiologia complexa, que envolvem aspectos biopsicossociais e caracterizam-se por comportamento alimentar inadequado, acompanhado de medo mórbido do ganho de peso e disfunção da imagem corporal. Os mais comuns são a Anorexia e a Bulimia Nervosa e a prevalência é maior em mulheres jovens, sobretudo, adolescentes. Os estudos psicanalíticos, porém, apontam a anorexia e a bulimia como um sintoma, sendo este um sintoma que representa risco à vida do sujeito, trazendo à tona questões relativas à ética da psicanálise na condução do tratamento. Frente a isto, em 1998 surge o CETRATA (Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares), que funciona em um Hospital Universitário de Fortaleza.

Neste trabalho, pretendemos discutir questões relacionadas ao atendimento clínico individual com pacientes que apresentam sintomas de anorexia, bem como as dificuldades encontradas nestes atendimentos e como a psicanálise, em sua ética, pode apontar caminhos para este trabalho, tendo em vista questões como a do não reconhecimento do sintoma pelo sujeito, a não responsabilização pelo tratamento, sendo obrigados por outrem a continuá-lo e, sobretudo, o caráter de urgência e de risco de vida ocasionados pela recusa a comer ou pelo ‘comer nada’, principalmente a desnutrição.

Iniciaremos com uma breve descrição do serviço oferecido pelo CETRATA. Faremos um percurso teórico em Freud, Lacan e comentadores, partindo da clínica das pulsões e de sua relação com a ética da psicanálise apontando como apenas uma intervenção com base na transferência pode permitir a emergência do sujeito da psicanálise. Ilustraremos estas questões com vinhetas clínicas dos atendimentos.

2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O CETRATA realiza atendimento de pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtornos Alimentares Não Especificados, através de uma equipe interdisciplinar que conta com profissionais e estudantes de Medicina (Psiquiatria), Nutrição e Psicologia.

O programa se fundamenta nos eixos de Ensino, Pesquisa e Extensão, realizando, além dos atendimentos clínicos, ações de educação e organização de eventos voltados para o

público em geral e acadêmico; pesquisas relacionadas ao tratamento e prevenção de tais psicopatologias e grupos de estudos internos para capacitação dos integrantes.

O atendimento clínico é realizado nas terças-feiras pela manhã, nas três especialidades, onde ao final de cada manhã há uma supervisão em grupo. Para se submeter a atendimento no programa, é necessário que o paciente seja submetido a uma triagem na qual são realizadas uma entrevista individual e/ou com a família, uma anamnese e aplicadas escalas que apontem para a preenchimento dos critérios diagnósticos presentes no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Baseado nesses critérios, o paciente é encaminhado para outro serviço ou é acompanhado no CETRATA semanalmente em sistema de coterapia (duplas) ou bipessoal.

Os critérios para diagnóstico para Anorexia Nervosa (AN), segundo o DSM-IV são: peso significativamente baixo; medo mórbido de ganho e/ou excesso de peso; disfunção de imagem corporal e amenorreia ou ciclos menstruais irregulares. A AN subdivide-se em duas subcategorias, restritiva e purgativa, no primeiro caso não há episódios de purgação e no segundo sim, o que diferencia a AN purgativa da bulimia é o peso significativamente baixo, isto é, com um Índice de Massa Corpórea abaixo do considerado normal e que represente risco eminente de morte. No caso da Anorexia Nervosa, a maioria das pacientes são mulheres jovens, sendo a maior parte adolescentes, correspondendo ao quantitativo de incidência na população. Apesar disso, há a presença de homens e também de mulheres adultas e com mais de 40 anos.

3. ANOREXIA NERVOSA E A CLÍNICA COM ANORÉXICAS

A Psicanálise considera a anorexia como um sintoma, que pode surgir em qualquer estrutura. A maioria das pacientes são adolescentes, trazidas por seus pais. Muitas não fazem ideia de que a maneira como se posicionam subjetivamente no momento, por meio de seu sintoma, é de risco à sua saúde, podendo levar à morte. Portanto, frequentemente não se responsabilizam pelo tratamento.

Há casos em que as pacientes são obrigadas pelos pais a virem ao serviço, tendo que o estagiário utilizar métodos que respeitem o desejo deste sujeito, não reforçando uma lógica esmagadora que funciona contrária à emancipação e convocação do sujeito face ao sintoma, o que se percebe como grande característica de melhora de pacientes anoréxicas.

Outro ponto é a recusa ao tratamento, posto que a própria anorexia possa ser entendida como uma negação à vida, em decorrência da rechaço à alimentação, que se configura, muitas

vezes, como uma oposição a uma determinada estrutura familiar, à sexualidade à se tornar mulher adulta. O processo terapêutico e o tratamento entra nesta série.

Desde sua fundação nunca houve caso de óbito de paciente no CETRATA. Porém, são frequentes os casos de internamento, que ocorrem, geralmente, quando o tratamento chega a um estado que mexe na configuração familiar. A adolescente que até então era passiva, mantendo um posicionamento de aceitar tudo que é imposto pelos pais passa a se colocar de maneira efetiva em suas relações, emergindo como sujeito, o que promove ajustamentos familiares que ocasionam desconforto para a família. Nesses casos geralmente alguma medida é tomada pela família, que leva ao agravamento do quadro clínico da paciente, sendo assim a equipe é “forçada” a lançar mão do internamento.

Citamos o exemplo de uma paciente, à época com 16 anos que era acompanhada há cinco meses no serviço, a qual passa a discutir com os pais, se posicionando em questões que lhe diziam respeito, diferentemente de quando iniciou o tratamento. O pai, alcoolista, político da cidade e uma figura autoritária, exercia controle em toda a família, fornecendo sustento financeiro e ditando as regras na casa, bate nela após ela ter se recusado a voltar da casa da amiga assim que o pai solicitou. Ele vai pegá-la a força e bate nela como punição. A mãe em nada se opõe às atitudes do pai. A paciente passa a não se alimentar durante a semana toda, perdendo muito peso. Quando comparece ao serviço, pesando 32 quilos, é encaminhada para o internamento. Depois da alta a paciente vai ainda a duas sessões e é retirada do tratamento pelos pais, pela sua insatisfação com os resultados do atendimento (rebelia e não ganho de peso). A paciente só é trazida ao serviço quase um ano depois, por conta de uma pneumonia agravado por conta do baixo peso.

A paciente diz que não quer estar ali. Diante de tal situação o analista diz: “sua mãe pode lhe obrigar a estar aqui, mas eu não vou assumir esse papel, como você sabe a porta está sempre aberta”, levantando e segurando a maçaneta da sala. A paciente então responde que “sim, desejo continuar aqui de verdade, o que não gosto é de falar com a nutricionista porque ela quer me engordar e eu não acho que precise disso, estou bem assim, não estou aqui especificamente obrigada pela minha mãe não”, pudemos então continuar a sessão. Percebi que a paciente estava mais espontânea, falando sem a necessidade de perguntas e mais abertamente, olhando no rosto, sem cabeça baixa e com menores espaços de silêncio, apesar de relatar “eu prefiro responder”, o que pode apontar para o seu processo apassivador.

4. CONSIDERAÇÕES DA PSICANÁLISE

Um dos conceitos fundamentais da teoria Psicanalítica é o de pulsão. Freud esboçou-o ainda em seu ‘Projeto para uma Psicologia científica’, em 1895, vindo a dedicar, em 1915, um artigo inteiro ao tema: ‘Pulsões e destinos da pulsão’. Neste texto o que Freud aponta sobre a pulsão é que ela é uma força constante que provém do interior do organismo e que, portanto, não permite a fuga para o retorno ao estado mínimo de tensão. A pulsão causa o que Freud chama de uma necessidade e o que suspende esta necessidade é uma satisfação (FREUD, 1915/2004). A pulsão impõem ao sistema nervoso exigências bem mais elevadas do que a simples descarga dos estímulos, para manutenção dos níveis o mais baixo possível, pois ela é uma força constante.

A pulsão, em sua característica de força constante, modifica o modo de organização do sistema nervoso. Inicialmente temos a regulação do aparelho psíquico pelo princípio do prazer: quando há alguma excitação, o organismo descarrega esta energia de forma motora e outra parte pela satisfação da pulsão. Isso é a experiência de satisfação, que deixa um traço atrás de si, mas também deixa um resto para sempre perdido.

Quando novamente houver uma excitação semelhante, Freud se utiliza do modelo da fome como paradigma, a criança reinvestirá o traço mnêmico e obterá satisfação por meio de uma alucinação, mas isto é um dispêndio de energia que não aplaca a necessidade da fome. Logo, o aparelho psíquico passa a se regular por outro princípio, que está a favor do princípio do prazer: o princípio de realidade. Este, por sua vez, possibilita ao *infans* não descarregar a energia logo, para a baixa das excitações, mas acumulá-la para empregá-la em uma ação que possa trazer-lhe o apaziguamento: a realização uma ação específica para convocar o Outro em sua ajuda.

Sonia Alberti (2007) traz uma explanação sobre o bem que se extrai do gozo. A autora nos traz que para cada experiência de satisfação que tenta ser repetida, o sujeito busca um mais-de-gozar, ou seja, busca reencontrar o objeto perdido da primeira experiência, mas ele não consegue, então o que se inscreve é uma perda de gozo, sempre uma a menos de gozo. Mas o sujeito neurótico não se conforma com isso e, toma como impotência o impossível e, da próxima vez, acumulará ainda mais energia, julgando que, se acumular mais energia para descarga, talvez alcance a totalidade do prazer experimentado na primeira experiência. Alberti aponta que Lacan considera que isso pode levar a um gozo perigoso, que para ser alcançado coloca o sujeito em situações de despreocupação com sua condição de vivente em favor da obtenção do gozo.

Podemos pensar, então, que, se um dos destinos da pulsão é o sintoma, na formação sintomática há uma satisfação e, mais além, há um gozo. Se a psicanálise considera a anorexia

um sintoma que pode surgir em qualquer das estruturas clínicas, podemos nos utilizar deste paradigma acima para entender, de que modo, a anoréxica se coloca em situação de risco para sua vida, sabe disso, mas não pode abrir mão desse modo de satisfação e desse gozo. É claro que há ainda uma série de outras questões envolvidas e que só podemos analisar o caso a caso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que pode então a psicanálise frente à escolha mortífera do sujeito, já que ética da psicanálise não é a ética do bem e do belo, mas a ética do desejo? A psicanálise compreende, pelas considerações de Lacan, em seu seminário 7: a ética da psicanálise, que o que seria o bem supremo do sujeito é a satisfação da pulsão. O sujeito que consideramos na psicanálise é um sujeito que visa a baixa das excitações. E aqui é curioso pontuar que Freud utiliza o termo sujeito em poucas ocasiões (o sujeito é elevado ao estatuto de conceito na obra de Lacan) e uma delas é exatamente no texto sobre as pulsões para dizer que, é no circuito da pulsão que se vê criar algo novo, um sujeito.

Alberti (2007) aponta, que quando passamos a tratar do mundo do semblante, para além do biológico, entra em questão primordialmente a satisfação do desejo de repetição. Para manutenção da vida é necessário que o gozo seja regulado levando em conta o desejo. Ou seja, o desejo vem regular o funcionamento que permite ao sujeito retornar ao estado do prazer, mesmo tendo chegado ao gozo perigoso. O mais-de-gozar é o próprio objeto a, causa do desejo e promovente do semblante no campo do vivo (ALBERTI, 2007). Está aí uma direção que a psicanálise aponta: a aposta do analista, pautada na transferência, de acordo com a ética na psicanálise e que apela para um desejo do sujeito, fazendo emergir o sujeito do desejo.

Referências bibliográficas:

ALBERTI, S. O bem que se extrai do gozo. *Stylus Revista de Psicanálise*, n. 14. Rio de Janeiro: 2007, p. 65-76.

FREUD, S. Pulsões e os Destinos da Pulsão [1915]. In: _____. *Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

LACAN, J. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

A TRAGÉDIA, O TRÁGICO E A ÉTICA DA PSICANÁLISE: Édipo em colono e o desamparo

Isabela Vieira de Almeida

Especialista em Teoria e Técnica Psicanalítica pela UFMG. Formação em Teatro

Profissionalizante pela Escola de Teatro PUC-Minas. Mestranda em Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG.

Email: iva2012@ufmg.br / bel.vieira@hotmail.com.br

RESUMO

As tragédias gregas citadas por Freud e Lacan apontam-nos que é na báscula entre pulsão e cultura que se funda a constituição subjetiva. A sequência entre ambas é mediada por *Édipo em Colono*, enriquecedora para se pensar o desamparo na atualidade. Édipo exilado em Colono pode ser correlato da neurose em tempos de destituição dos ideais. A existência do herói trágico não é desvalida porque ele não foi aniquilado, pois o trono de Tebas ainda se vale do familiar que tiver seus restos mortais. Édipo é capaz de *r-existir* moralmente, sendo obrigado a assumir seu abandono e sua experiência errante.

Palavras-chave: pulsão, cultura, *práxis* psicanalítica.

RÉSUMÉ

Les tragédies grecques citées par Freud et Lacan nous montrent que la constitution subjective est fondée dans la bascule entre pulsion et culture. La séquence entre les deux est médiée par L'Œdipe à Colone, mite enrichissant à nous faire réfléchir sur la condition humaine d'aujourd'hui. L'Œdipe exilé à Colone nous remet à la névrose dans les temps de la chute des idéaux. L'existence du héros tragique n'est pas dévalisé parce qu'il n'a pas été anéanti, après tout, le trône de Thèbes est encore valable par le familial qui réussira d'obtenir ses restes mortels L'Œdipe est capable de *r-exister* moralement, en entant obligé d'admettre son abandon et son expérience errante.

Mots-clé: pulsion, culture, *práxis* psychanalytique.

Não é novidade para os psicanalistas o fato de que as tragédias gregas têm muito a nos ensinar sobre a neurose e a direção de seu tratamento. Freud instituiu o complexo nuclear das neuroses como universal, apoiado, também, na dramaticidade com que a tragédia *Édipo Rei* provoca e comove espectadores ao avançar sobre os tempos. Lacan desenvolve o seminário sobre a ética da Psicanálise calcado na análise de *Antígona* como a visada do desejo.

As tragédias citadas fazem parte da Trilogia Tebana, escrita por Sófocles e narradora do drama heroico da família Labdácia. A sequência entre ambas é mediada por *Édipo em Colono*, pouco comentada, mas extremamente enriquecedora para se pensar a condição humana.

A visão de condição humana a se tratar aqui é oriunda das reflexões de Freud do período entre guerras, articuladas em *O mal estar na civilização*. Freud parece questionar a qual avanço de fato a ciência positivista nos levou. Segundo o autor, durante as últimas gerações, a humanidade efetuou um progresso extraordinário nas ciências naturais e em sua aplicação técnica, estabelecendo seu controle sobre a natureza de uma maneira jamais imaginada (FREUD, 1930/2006). Freud elucida como para a produção científica desse século a felicidade estaria próxima do domínio do monstruoso da natureza. Mas, ao mesmo tempo, atenta-nos para o fato de que devemos nos contentar sobre a falibilidade dessa suposta precondição, já então escancarada pelas fatalidades da guerra. Curiosamente, o plano cultural de se eliminar qualquer “sujeira” – supostamente tida como incompatível à ideia de civilização – a fim de garantir validade à produção humana acaba por acarretar em seu próprio avesso fotografado nos destroços e carnificinas oriundos da guerra.

Tais prerrogativas vão ao encontro da análise de Badiou discurridas em *O século* (BADIOU, 2007). O autor analisa o século XX a partir de alguns textos e obras de arte, destacando também os eventos políticos revolucionários. Articula fundamentalmente que o século foi marcado por uma paixão pelo real, que se diferencia do século anterior, marcado pelos grandes ideais simbólicos e imaginários. Isso se faz a partir de uma depuração do ideal sobre o que há nele de ilusório, levando a uma busca de rompimento do véu que cobre o real. O projeto do homem novo demanda a destruição do antigo. Paradoxalmente, essa paixão pelo real, no fim do século, encontra um caminho de realização pelo semblante. É o semblante que dá acesso ao real. Em outras palavras, é pelo caráter espetacular do acontecimento que um efeito de real se produz.

A psicanálise desse século não pode prosseguir sem ser tocada por essas impressões culturais do próprio tempo. Freud nos salienta para a importância da cultura na constituição psíquica, denunciando que o superego de uma época de civilização tem origem semelhante à

do superego de um indivíduo (FREUD, 1930/2006). É exatamente na balança entre pulsão e cultura que se funda a constituição subjetiva, e, por conseguinte, a neurose. Esse se torna o grande desafio da *práxis* psicanalítica, operar, sem, efetivamente, curar seu *phatos*. O fundador da psicanálise já nos atentava sobre a particularidade dessa *práxis*, convidando seu leitor a se conformar com a viabilidade da felicidade via brechas, galgado na noção de que a civilização trata-se das medidas de uma renúncia pulsional de utilidade ao sujeito do inconsciente:

É uma questão de quanta satisfação real ele pode esperar obter do mundo externo, de até onde é levado para tornar-se independente dele, e, finalmente, de quanta força sente à sua disposição para alterar o mundo, a fim de adaptá-lo aos seus desejos. Nisso, sua constituição psíquica desempenhará papel decisivo, independentemente das circunstâncias internas (FREUD, 1930/1996, p.91).

Assim torna-se equívoca a ideia de que a redução das frustrações civilizatórias – estruturalmente neuróticas – garanta o retorno à possibilidade de felicidade. A exposição de um vaso sanitário como ícone da arte moderna pode nos atentar para tal juízo. De acordo com Rocha, em *O olho clínico*, “A lição de Duchamp e Freud parece tão somente nos advertir sobre os elementos em jogo na recuperação do objeto que, desde sua fonte mais original, jamais nos pertenceu” (ROCHA, 2008, p. 254). Ao considerar que a civilização não é uma garantia de aperfeiçoamento, Freud nos convida a encarar o encontro da psicanálise com os desencantos da condição humana. As reivindicações pulsionais em pendência com as reivindicações culturais tratar-se-iam do destino da humanidade traçado em meio a um conflito irreconciliável?

A experiência trágica – que, na teoria psicanalítica é apreendida como a relação do sujeito com seu desejo – pode ser percebida também em *Édipo em Colono*. Após tomar consciência de seu crime incestuoso, Édipo se cega e abandona o trono de Tebas. Em *O nascimento do trágico*, Machado enuncia que “Édipo é transfigurado pela morte, reconciliando-se com a própria individualidade. [...] O herói não é aniquilado, mas adapta-se à unidade e à harmonia do conteúdo ético, experimentando inclusive uma satisfação subjetiva” (MACHADO, 2006, p. 135). Sua existência não é desvalida porque não foi aniquilado, afinal, o trono de Tebas ainda se vale daquele que tiver sua pessoa ou seus restos mortais. Apesar de não ter sido aniquilado para pagar seu crime, Édipo é capaz de *r-existir* moralmente, sendo afastado dos deuses e assumindo seu abandono.

Tal tragédia articula uma desconfortável acomodação para a experiência trágica da constituição subjetiva, e, por isso, pode iluminar a *práxis* psicanalítica na contemporaneidade, apropriada aqui em consonância com a definição de Agambem, onde “O contemporâneo é

aquilo que recebe em plena face o feixe de trevas que provêm do seu tempo”⁶ (AGAMBEN, 2008, p.22). Édipo Rei é lido pela psicanálise de forma a nos atentar para a inexorabilidade do destino pulsional em um momento cultural que se esforça por viabilizar sua negação. Já Antígona trata-se da visada do desejo como fim da *práxis*, sendo essa apetecida sem quaisquer mediações da lei da *Pólis*, em época onde a validade de toda ordem é questionada.

Édipo carrega consigo o peso de uma condenação que tem suas origens nas relações libidinais mais primitivas e nos atenta para os perigos da monstruosidade da natureza humana, sugerindo-nos – desgraçadamente – negá-las via leis civilizatórias. Antígona, ao supor se libertar delas rompendo com quaisquer reivindicações culturais, alcança se amarrar nas mesmas novamente, fazendo valer a qualquer preço sua herança familiar da lealdade e dos atos heróicos – e mortíferos – dos Labdácidas. As tragédias condizem à inexorabilidade do destino trágico. Pois, segundo Freud, “o destino é encarado como substituto do agente parental” (FREUD 1930/2006, p.130).

Badiou nos atenta para o fim do século que se esbarra no espetacular do semblante. Conceito extraído do teatro, que diz do fazer no real com base na verdade. Como articular a invenção do sentido submersa ao real devassado como inquestionável, tanto por ser fato, como por ser intraduzível?

Lacan revisita a teoria freudiana do Complexo de Édipo no seminário *As formações do inconsciente* por considera-la relevante para a perspectiva clínica. Relaciona-a direção do tratamento ao aproximá-la da dialética do sujeito, ou, da experiência trágica da constituição subjetiva. Segundo o autor, “É pelo fato de o homem ter de atravessar toda a floresta do significante, para se reunir a seus objetos instintivamente válidos e primitivos, que lidamos com toda a dialética do Complexo de Édipo”. (LACAN, 1958/1999, p. 213) Algo da narrativa fantasmática do sujeito deve sim ser acolhido em análise, para fins de compreensão dos paradoxos do gozo, uma vez que é a partir da análise do sujeito com os objetos que apreendemos os enigmas de seu movimento pulsional.

Édipo se cega e “faz de conta” não ver o crime que cometeu. Talvez sua experiência errante em Colono seja o que mais se aproxima dos infortúnios da neurose em tempos onde já se sabe dos efeitos de limite dos atravessamentos do real na experiência subjetiva. O véu que o recobre é sim, muito necessário.

Freud questiona se existe alguma tentativa de reforma ligada à natureza da civilização. Ao discorrer sobre a ética da psicanálise, Lacan nos atenta para tal impasse ao apontar que “é

⁶ Tradução da autora.

na medida em que o sujeito se situa e se constitui em relação ao significante, que nele se produz essa ruptura, essa divisão, essa ambivalência em cujo nível se situa a tensão do desejo” (LACAN, 1960/1997, p. 380). Uma análise se sustenta no equívoco da neurose. Não cura, apenas articula irreconciliáveis via insuficiência de sua envoltura pelo simbólico, fazendo jus ao recurso do semblante. Segundo seu fundador, “o programa de tornar-se feliz, que o princípio do prazer nos impõe, não pode ser realizado; contudo, não devemos – na verdade, não podemos – abandonar nossos esforços de aproximá-lo da consecução, de uma maneira ou de outra” (FREUD, 1930/1996, p.90).

Referências bibliográficas:

AGAMBEM, G. *Qu'est-ce le contemporain?* Paris: Ed. Rivages Poche/Petite biblioteque, 2008.

BADIOU, A. *O século*. São Paulo: Editora Ideias e Letras, 2012

FREUD, S. O mal estar na civilização [2006 (1930)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 21.

LACAN, J. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* [1957-1958]. Rio de Janeiro: JZE, 1999.

_____. *O seminário, livro 7: a Ética da Psicanálise* [1959/1960]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MACHADO, R. *O nascimento do trágico: de Schiller a Nietzsche*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

ROCHA, G. *O olho clínico: ensaios e estudos sobre arte e psicanálise*. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2008.

**A PSICANÁLISE APLICADA AO TRATAMENTO DO AUTISMO: oficina de teatro
como dispositivo clínico**

Katia Alvares de Carvalho Monteiro

Psicanalista. Psicóloga do CAPSI Maurício de Sousa/RJ. Preceptora da Residência em Saúde Mental Infantil do CAPSI Maurício de Sousa.

Email: kafer@centroin.com.br

Martina Schneider Rodrigues

Graduanda do curso de Psicologia da UFRJ. Participante do projeto de pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos em direção ao laço social”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Ana Beatriz Freire. Bolsista CNPq.

Email: martinambc@gmail.com

Marianna Miranda Bauerfeldt

Graduanda do curso de Psicologia da UFRJ. Participante do projeto de pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos em direção ao laço social”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Ana Beatriz Freire. Bolsista PIBEX/UFRJ.

Email: marianna.bauer@gmail.com

RESUMO

Apresentamos um dos dispositivos oferecidos a autistas pelo projeto de pesquisa “Circulando e traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos em direção ao laço social”, a saber, a oficina de teatro. Nela, trabalhamos sem apresentar uma proposta de atividade *a priori*, e sim atentando-nos para os interesses do paciente e intervindo a partir do trabalho que cada um realiza na construção de um enlaçamento social. Questionamo-nos se os clínicos podem, em alguns momentos, funcionar como duplo para os autistas. Destacamos como a participação na oficina propiciou efeitos de modalização de gozo e construção de corpo nos pacientes.

Palavras-chave: autismo, oficina, duplo, modalização de gozo, construção de corpo.

ABSTRACT

We will present one of the devices offered to the autistics by the research project "Circling and building ties and partnerships: care for youngs autistics and psychotics towards the social bond", namely, the theater workshop. In this workshop, we work without presenting a previous activities proposal, but by paying attention to the patients' interests, intervening on the work that each one performs on building social ties. We questioned if clinicians can, sometimes, act as double for autistics. We will highlight how participation in the workshop provided effects of joy modalization and body building in the patients.

Keywords: autism, workshop, double, modalization of *jouissance*, body construction.

A clínica do autismo nos conduz a diversos impasses e desafios e nos faz questionar o saber psicanalítico. Diante de pacientes autistas que parecem ignorar os outros e demonstram não utilizar a linguagem com fins de comunicação, nos questionamos: como é possível realizar com eles uma clínica orientada pela psicanálise?

Apresentaremos um dos dispositivos clínicos oferecidos pelo Projeto Circulando, da UFRJ, a jovens autistas, a saber, a oficina de teatro. Essa oficina acontece na UNIRIO e participam dela alunos do curso de teatro da UNIRIO e estagiários do projeto. A proposta clínica da oficina é orientada pela psicanálise, apesar de nem todos osicineiros estudarem psicanálise, como é o caso dos atores. Mesmo assim, acreditamos que há uma orientação em comum que perpassa o saber-fazer de cada um junto ao paciente: a aposta no trabalho do sujeito e o acolhimento do modo do autista estar no mundo.

Partindo da noção de que a forma particular do autista se relacionar com o mundo já é um trabalho realizado por ele enquanto sujeito (RIBEIRO, 2005), buscamos, na oficina, nos inserir e acompanhar o trabalho de cada paciente. Operamos nos utilizando de objetos, instrumentos musicais, sons, e inclusive, nosso próprio corpo. Como exemplo: uma de nossas pacientes se interessa especialmente por instrumentos de percussão. Atentando-nos para esse interesse, inserimo-nos em seu trabalho utilizando esses instrumentos como mediadores, através dos quais interagimos com ela. Notamos que outro paciente privilegia os objetos, ele sempre traz consigo alguns e durante as oficinas escolhe outros, que colocamos espalhados no chão, à disposição dos pacientes. Uma das formas de interação estabelecidas com esse paciente durante as oficinas, então, faz-se por meio da utilização de objetos, tanto os trazidos pelo paciente, quanto aqueles que são por nós oferecidos.

Acreditamos que como direção clínica necessária para se trabalhar com autistas, devemos nos dirigir aos pacientes de maneira regulada, adotando uma posição esvaziada de demanda e saber. Questionamo-nos se esse lugar por nós assumido permite que sejamos, em algumas situações, tomados como duplo pelos autistas. Apostamos que o duplo é um recurso importante na clínica do autismo, podendo propiciar efeitos de modalização de gozo e construção de corpo, tal como verificamos nos pacientes da oficina. Para conseguirmos circunscrever a função do duplo para o autista vamos abordar questões relativas à constituição do corpo no autismo e suas relações com o gozo.

1. OS IMPASSES DA CONSTRUÇÃO DO CORPO NO AUTISMO.

Na clínica com autistas, verificamos com frequência especificidades no que diz respeito à relação destes com o corpo. Como exemplo: muitos autistas se agridem, alguns não sentem dor, outros têm uma relação muito particular com os objetos do corpo – o olhar, a voz, as fezes, o alimento. Essas especificidades nos levam a questionar a constituição do corpo no autismo.

Lacan (1953-1954), em seu primeiro seminário, ressalta a dimensão imaginária do corpo. Em sua teoria do estágio do espelho, ele nos indica que a assunção de uma totalidade do corpo se faz antes de que a criança tenha a maturação fisiológica que lhe permita integrar as funções de seu corpo e possuir um domínio sobre ele. Lacan diz que essa totalidade é imaginária, uma vez que o sujeito a assume a partir de sua imagem vista no espelho – imagem totalizante que é tomada como ideal.

Freud (1914), em seu texto sobre o narcisismo, fornece as indicações nas quais Lacan se apóia nesse momento. Ele nos diz que uma unidade comparável ao eu não existe no indivíduo desde o início. O que há desde o início são as pulsões auto-eróticas, que se satisfazem segundo o prazer do órgão. Sendo assim, é necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo, o que Freud nomeia como “uma nova ação psíquica”, a fim de provocar o narcisismo. Acreditamos que essa “nova ação psíquica” corresponda ao advento do registro imaginário, que possibilita a constituição do eu e da unidade corporal onde antes só havia a satisfação pulsional de forma auto-erótica.

No caso do autismo, verificamos que não há a assunção de uma unidade corporal. Através da experiência clínica, notamos que o corpo do autista parece ser o cenário de uma desordem pulsional, onde cada pulsão pode se demonstrar desregulada, por exemplo: alguns autistas têm dificuldade em defecar, outros sofrem de transtornos alimentares, enquanto outros evitam contato com olhar e a maioria tem dificuldade de fazer com que sua voz sirva a troca (MALEVAL, 2009).

Assim como há alguns impasses na construção de corpo no autismo, a posição assumida pelo autista diante do domínio simbólico também se constitui de maneira diversa. Lacan (1955-1956) considera o significante Nome-do-Pai um significante primordial, que ocupa o papel de organizador do domínio simbólico, cumprindo a função de proporcionar uma amarração, ponto de basta, da cadeia significante.

Em seu Seminário, livro 5, Lacan (1957-1958) situa a função do Nome-do-Pai na constituição psíquica, destacando-o como o significante que possibilitará o advento do sujeito a uma significação compartilhada. Em um primeiro momento, o desejo materno se constitui como um enigma para a criança. A mãe é uma mãe que vai e vem, ou seja, não está sempre

com a criança, deseja algo para além dela. A criança se vê, então, como assujeitada a uma lei caprichosa, a lei da mãe. A metáfora paterna possibilita à criança responder ao enigma do desejo do Outro. Por meio dela, o desejo materno é barrado pelo significante Nome-do-Pai, fazendo com que a criança advenha à significação fálica e passe a dispor do falo, como objeto imaginário, que lhe permite responder: o que o Outro deseja para além de mim é o falo. O falo atua, portanto, como um mediador na relação da criança com o Outro. O Nome-do-Pai também permite à criança se situar diante de uma lei não caprichosa. É o pai, enquanto significante, que cumpre a função de barrar o acesso da mãe à criança, submetendo ambas a uma lei que está para além delas, uma lei que é compartilhada (LACAN, 1957-1958).

No caso dos autistas, a forclusão do Nome-do-Pai e a conseqüente ausência da metáfora paterna implica em uma relação não mediada com o Outro. Não advindo a uma significação e lei compartilhadas, o autista está assujeitado ao desejo do Outro, percebido como caprichoso. O Outro no autismo se constitui, então, como invasivo.

Na ausência dos recursos que lhe permitiriam se situar de uma maneira dialética com relação ao Outro, o autista ocupa a posição de objeto de gozo do Outro (Lima, 2010). Segundo Ribeiro (2005, p. 60), o trabalho que o autista realiza se constitui como uma tentativa de “escapar do lugar de gozo do Outro, para barrar o gozo do Outro”.

A fórmula lacaniana de que nas psicoses “o que foi rejeitado do simbólico reaparece no real” (LACAN, 1955-1956, p. 59), pode ser compreendida, no caso do autismo, se considerarmos que o real de que se trata é o corpo. Na falta de referências simbólicas, o gozo é sentido como desordenado (RABINOVITCH, 2001 *apud* LIMA, 2010) e retorna no real do corpo como imperativo, como podemos verificar, por exemplo, nos casos de autismo em que são comuns as auto-agressões.

Apesar de não compartilharem de um discurso comum, acreditamos que é possível para o autista, construir um corpo e operar com o gozo que os invade. A clínica do autismo nos permitiu verificar que os autistas se utilizam de recursos diversos que lhe permitem tratar o que lhes é avassalador, entre eles se situam o duplo e o objeto autístico.

2. O DUPLO E A CLÍNICA DO AUTISMO.

A partir da clínica do autismo, constatamos que o duplo, que pode ser tanto um objeto quanto um outro, é um recurso importante para o autista, uma vez que possibilita ao sujeito: realizar uma localização do gozo pulsional desregulado em algo que não o próprio do corpo, contribuindo num engendramento de uma dinâmica pulsional e; realizar um tratamento do

Outro, uma vez que é possível para o autista, através do duplo, se ligar aos outros e apoiar a sua enunciação (MALEVAL, 2009). Considerando que objeto autístico complexo opera como um duplo e, portanto, estendo suas funções ao duplo, citamos Maleval (2009, p. 235): “o objeto autístico complexo afasta o gozo do corpo do sujeito para localizá-lo em uma borda, que não é mais somente barreira ao Outro, mas também conexão à realidade social”.

Apresentaremos, a seguir, algumas vinhetas da oficina, que nos permitirão realizar uma transmissão da clínica do autismo, nos questionando sobre lugar ocupado pelos oficinairos e como este pode nos ajudar a pensar a questão do duplo enquanto recurso na clínica do autismo.

Nadia, uma de nossas pacientes, tem o seu olhar capturado por objetos que apresentam movimentos circulares. Ela costuma escolher objetos e realizar movimentos circulares com eles. Em uma oficina, Nadia pegou uma mola e, enquanto a girava, permaneceu fixamente olhando apenas para esse objeto. Enquanto isso, outros oficinairos começaram a girar em torno de si um grande chocalho. Fizeram com isso um jogo, giravam o chocalho ao redor de si e o passavam para o próximo, que repetia o movimento. Percebemos que Nadia passou a observar o jogo dos oficinairos. Em determinado momento, passamos a incluir Nadia na brincadeira, lhe passando o chocalho. Em um primeiro momento, ela apenas o tocou. Depois o empurrou sutilmente em direção a um dos oficinairos, participando da dinâmica da brincadeira.

Por meio dessa vinheta, verificamos como foi possível para a paciente, através da intervenção realizada na oficina, localizar o excesso pulsional desregulado do objeto olhar, de maneira a estabelecer uma conexão com o outro, mesmo que pontual, através do olhar. No momento em que ela dirige seu olhar para os oficinairos, ela abre mão de uma satisfação solitária, excludente do outro, incluindo um outro em sua atividade. Considerando que essa intervenção permitiu a paciente realizar uma regulação do gozo pulsional, nos questionamos se os oficinairos, nesse momento, podem ter funcionado como um duplo para ela.

André, um outro paciente, se interessa particularmente por música. Nas oficinas, é comum ele se dirigir a um dos oficinairos e cantar um pequeno trecho de alguma música. Ele repete esse mesmo trecho até o momento em que alguém identifica a música e passa a cantar junto com ele, o que lhe gera grande satisfação.

Percebemos, por meio desse exemplo, que André pôde dar um tratamento às pulsões, nesse caso, ao gozo pulsional vocal. Ao interagir com os oficinairos por meio da música, André se utiliza da linguagem como forma de se conectar ao outros, mesmo sem engajar plenamente sua enunciação na fala. Segundo Maleval (2010), a enunciação é ameaçadora para

o autista, pois apontaria para uma cessão do gozo vocal – cessão recusada pelo autista. No entanto, há maneiras possíveis do autista se comunicar por meio da fala, tais como: falar por intermédio de um objeto ou duplo, cantar, falar “para nada dizer”, entre outras.

A mãe de André relata que ele se incomoda bastante quando é tocado. Depois de algum tempo participando da oficina, André deixou de se incomodar quando algum oficinairo o tocava. Acreditamos que essa mudança se deve ao fato de que, durante as oficinas, essa recusa ao toque foi abordada de forma lúdica por intermédio de um jogo. Os oficinairos, atentos a esse desconforto e aos limites que o paciente demonstrava ter com relação ao toque, notaram que André não se incomodava quando era tocado de maneira breve. Então, passaram a tocá-lo e logo após a afastarem-se. Algum tempo após terem feito esse movimento diversas vezes, André passou a ir em direção aos oficinairos e repetir o mesmo movimento. Dessa forma, o que antes era uma recusa ao toque se transformou em uma brincadeira de “pega-pega”, da qual o paciente demonstra prazer em participar.

O recurso do duplo, ao possibilitar uma modalização de gozo, permite ao autista construir um corpo. Verificamos, nos exemplos acima, que os oficinairos intervêm com os seus corpos, fornecendo um suporte nos quais os pacientes se apoiam para construir o seu próprio corpo, de forma a circunscrever o excesso pulsional e ter uma vivência corporal menos devastadora. No caso de André, verificamos que, a partir de nossa intervenção, o toque, que antes era devastador, se transformou em uma brincadeira.

Como direção de tratamento do autismo, apostamos que o clínico deve adotar uma posição, o máximo quanto possível, não demandante. Maleval (2010) propõe que se deve ocupar a posição de um “duplo esvaziado”, onde se faz imperativo respeitar a lógica do funcionamento autístico, se oferecendo ao sujeito como suporte para as suas próprias construções. A comunicação com o autista não se faz, portanto, a partir da imposição de um discurso compartilhado, na tentativa de que o autista nele se insira. Pelo contrário, apostamos que devemos acolher e testemunhar as inéditas formas de laço social que o autista possa vir a construir em seu trabalho.

Referências bibliográficas:

FREUD, S. Introdução ao Narcisismo [1914]. In: _____. *Edição da Standard Brasileira das Obras Completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 14.

LACAN, J. Conferência em Genebra sobre o sintoma, 1975. *Opção Lacaniana*, n. 23. São Paulo: Eólia, p.13.

LACAN, J. *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud [1953-1954]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. *O seminário, livro 3: as Psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente [1957-1958]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LIMA, T. A. S. O problema da constituição do corpo na psicose: o testemunho de Antonin Artaud. *Mental - Revista de saúde mental e subjetividade*, Barbacena, v. 8, n. 15, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2013.

MALEVAL, J.C. O que existe de constante no autismo? *Revista CliniCAPS*, Minas Gerais, v. 4, n.11, mai. 2010. Disponível em http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_11_art_01.html. Acesso em 14 ago. 2013

_____. Os objetos autísticos complexos são nocivos? *Revista Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, ago. 2009. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/897>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Sobretudo verbosos: os autistas. *Latusa: objetos soletrados no corpo*, n.12. Rio de Janeiro: EBP, 2007, p. 69-91.

MONTEIRO, K. A. C. *O tratamento do gozo no autismo: clínica psicanalítica e objetos autísticos*. 2011. 119f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica/teses-e-dissertacoes/378>>. Acesso em: 5 set. 2013.

RIBEIRO, J.M.C. *A criança autista em trabalho*. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras, 2005.

AS FUNÇÕES DO DIAGNÓSTICO NA PSICANÁLISE E NA PSIQUIATRIA

Leonardo de Miranda Ferreira

Psicólogo (UFRJ) com Especialização em Psicanálise e Saúde Mental (UERJ). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (UERJ).

Email: mirandaufRJ@gmail.com

RESUMO

A inserção da psiquiatria nas neurociências a distanciou gradativamente da psicanálise em seus métodos, pesquisas e objetivos. Neste trabalho, falaremos desses três aspectos, mas focaremos naquele que diz respeito ao diagnóstico. Para cada abordagem, o diagnóstico terá uma função, uma importância e será estabelecido num momento distinto do tratamento. Para a medicina, ele é o ponto de partida, pois sem diagnóstico não há procedimento a ser realizado. Por outro lado, a psicanálise não possui manuais de classificação de doenças e a hipótese diagnóstica, primordial para o início da análise, só é concluída no fim.

Palavras-chave: diagnóstico, psicanálise, psiquiatria.

ABSTRACT

The psychiatry is being gradually inserted in the neuroscience, which has caused its departure from the psychoanalysis in the methods, researches and goals. In this study, we will discourse about these three aspects, but we will focus on that which relates to the diagnosis. For each approach, the diagnosis will have an importance and it will be set to a specific time of treatment. For medicine, it's the starting point, because there isn't medical procedure without diagnosis. On the other hand, the psychoanalysis doesn't have a disease manual classification. The diagnostic suspicion is so important to beginning of the treatment, it will conclude in the end of analysis.

Keywords: diagnosis, psychoanalysis, psychiatry.

Ao tratar do tema psicanálise e psiquiatria, Freud não negava sua intenção de que esses dois campos do saber caminhassem lado a lado complementado um ao outro. Assim como não admitia que esta convergência se transformasse numa confusão de saberes. Para ele, o ponto que os afasta é a base organicista da psiquiatria que não deve ser assimilada pela psicanálise (FREUD, 1916/1969). O autor se utilizou da nosologia, bem como da clínica psiquiátrica na formalização da psicanálise, o que serve para demonstrar uma relação de herança de uma para com a outra. Da mesma forma, as contribuições da psicanálise marcaram o saber psiquiátrico e isso pode ser constatado no diálogo que havia entre Freud e os grandes teóricos da psiquiatria na primeira década do século XX. Vinte anos mais tarde, o psiquiatra Jacques Lacan faz o caminho oposto ao de seus colegas de época e se dirige à psicanálise para compreender a loucura e criar a possibilidade de um tratamento da psicose. É dito “caminho oposto”, pois nos anos 20, a proliferação dos psicofármacos envenenou a proximidade da psicanálise com a psiquiatria, sobretudo quanto ao esforço de sistematização dos diagnósticos que passou a sofrer a influência da incidência dos medicamentos. O avanço na estrutura nosográfica que vinha desde o início do século, estagnou-se totalmente neste período. No lugar da investigação sobre os fenômenos e novas entidades clínicas, a psiquiatria se limitou a pesquisar os efeitos da administração dos medicamentos. Quer dizer, não se classifica mais a manifestação fenomênica de certos sintomas e faz-se o diagnóstico a partir de uma articulação combinatória desses sintomas. A clínica psiquiátrica, incluindo a atual, é a clínica da resposta dos sujeitos aos psicofármacos (MILLER, 1987).

Mais adiante, com o avanço das neurociências e formalização dos manuais de classificação de doenças, a psiquiatria afastou-se ainda mais da psicanálise e fez sua evidente opção pela compreensão da máquina neuronal em detrimento da causalidade psíquica, do sujeito do inconsciente e do critério da transferência. A biologização e adoção do binômio “para cada transtorno, um remédio”, levantam a suspeita de que houve um posicionamento político-capitalista, considerando os enormes lucros que a indústria farmacêutica vem obtendo com isso (QUINET, 2001). Por outro lado, os manuais de classificação de patologias se pretendem universais, inclusive no que diz respeito às doenças mentais. Vários questionamentos podem ser levantados sobre este tema, como por exemplo, o fato de o diagnóstico em medicina ser balizado por uma noção de saúde que não pode ser replicada em se tratando do psiquismo. Não há um sinal objetivo, não há uma norma, nem padrão de referência do que seja saúde psíquica. Há sim um consenso cultural sobre comportamento e desvio que ainda assim, é modificado de tempos em tempos, de uma região para outra, etc. Dessa forma, não há possibilidade de uma classificação diagnóstica ser unívoca e

globalizante, já que ela obrigatoriamente deverá se inserir num contexto cultural (ZARIFIAN, 1989).

Para citar os dois manuais mais importantes, comecemos pelo CID (Classificação Internacional de Doenças). É estabelecido por grupos de trabalho internacional a partir de listas de diagnóstico e definição prévia de cada termo, visando a forma mais sucinta possível. Qualquer diferença em relação aos termos da definição proíbe o diagnóstico, sendo estratégica a utilização de diversas rubricas “inclassificáveis”. A base para a classificação é eminentemente médica, portanto sintomática. O outro sistema é norte-americano, sofre influência da poderosa Associação Americana de Psiquiatria e é conhecido como DSM. Busca uma linguagem comum e universal. Leva em conta tão somente os sintomas objetivos e exclui qualquer referência teórica ou etiológica, justificando por exemplo, o banimento do termo neurose. Obviamente que os sintomas neuróticos são descritos, mas precisam apresentar frequência estatística significativa para serem incluídos neste manual (ZARIFIAN, 1989). O médico trabalha reverenciando e referenciado a esses instrumentos, comparando os sintomas do paciente com aqueles descritos no manual.

Na ótica da psicanálise, dar valor de verdade ao fenômeno é estar fadado a cometer erros crassos de diagnóstico. O exemplo mais comum é o da histeria que pode se apresentar com sintomas tipicamente psicóticos.

É verdade que, ao nível dos fenômenos, no caso de fenômenos corporais, por exemplo, pela distância tomada em relação ao corpo, ou sentimento do corpo como outro, é difícil distinguir entre psicose e histeria. Um sujeito psicótico e um histérico podem, num dado momento expressar-se mais ou menos da mesma maneira. (MILLER, 1988, p. 94)

Aliás, a histeria é um grande desafio a esses manuais de classificação, já que seus sintomas não se apresentam uniformemente. No Seminário 5, Lacan dedica atenção às palavras de Freud registradas em 1900, quando este autor discorre sobre a identificação histórica que pode acarretar na “tomada de empréstimo” de sintomas alheios que estão relacionados com “um traço comum que persistem no inconsciente” (LACAN, 1957-58/1999, p. 375). Não é à toa que os sintomas “tipicamente históricos” estão em declínio nos dias atuais, o que levou inclusive a retirada da histeria dos tais manuais de classificação. Não se trata de concluir que a histeria deixou de existir, mas a mobilidade de seus sintomas funciona como um escárnio aos classificadores de doenças. A profusão de maneiras como as históricas se apresentam para os clínicos aponta para o fato de que não é através de uma cartografia de sintomas que devemos alcançar o diagnóstico, mas através da palavra do paciente sob transferência.

O psicanalista privilegia a singularidade de cada caso e ao invés de se apresentar com um saber fechado, opta por nada saber sobre o sujeito, o que Lacan chama de “douta ignorância”. E o diagnóstico só poderá ser pensado quando estabelecida a transferência. Ele é de profundo valor para a direção do tratamento, já que o desenrolar do trabalho analítico é absolutamente diferente dependendo da estrutura do sujeito. Não por acaso, Freud (1913/1969) recomenda um tratamento de ensaio (chamado por Lacan de entrevistas preliminares), devido a uma prudência diagnóstica, o que faz o tratamento tomar direções distintas: a clínica das neuroses e a das psicoses. Neste último caso, o registro simbólico é empobrecido devido a forclusão do Nome-do-Pai, por isso não há mediação para o retorno no real daquilo que não pode ser simbolizado. O real do gozo não pode receber um tratamento preliminar através da metáfora paterna, justamente por esta não operar, sendo necessário um tratamento na clínica que faça suplência a isso que falha. No caso das neuroses, a questão preliminar é toda baseada no tratamento da demanda de forma a articular sintoma e transferência. Ocorre, portanto, uma dupla transformação: a retificação do sujeito com o real e a histericização do discurso. A primeira, pode ser ilustrada pela figura de uma seta que sai para uma direção e volta para o mesmo ponto de partida. Ou seja, é a abertura ética para o sujeito se questionar sobre qual participação ele tem na fabricação e preservação de seu estado de sofrimento. A segunda, tem a ver com a abertura da questão sobre a causa do sofrimento, visa instigar o sujeito a uma busca por este saber, direcionando essa exploração à pessoa do analista (RECALCATI, 2004).

O psicótico não visa um saber sobre seu sintoma, ele já vem dado, pois dispõe do objeto no real. Quem o pede ao Outro, é porque acredita que ele está no Outro. Isso não ocorre com o psicótico, mas no máximo espera que o analista lhe seja uma testemunha de seu delírio (FORBES & FERRETTI, 1990). O psicótico assiste a uma inércia da simbolização, que barra qualquer articulação de significantes dentro de uma cadeia onde os efeitos de significação possam circular entre o sujeito e o Outro. Lacan (1955-56/1998) se questiona sobre o que a psicanálise pode oferecer no tratamento da psicose onde há inconsciente, mas ele funciona precariamente, justamente devido ao não acesso ao significante fundamental que lhe permitiria articular-se na ordem simbólica. Isso é o que impede que sejam feitas interpretações de lapsos, atos falhos e delírios. Ao mesmo tempo, cria-se a problemática quanto ao enlace transferencial, que não ocorrerá da mesma forma da neurose. Ao tecer comentários sobre o esquema L, em que no tratamento da neurose, a análise funciona no eixo simbólico (S-A), no caso da psicose, é estritamente válido estar atento à não desestabilização do outro eixo onde o recurso imaginário serve de suporte à precariedade da articulação

simbólica. O desencadeamento da psicose ocorre quando o sujeito é convocado a responder simbolicamente à emergência do significante faltoso que ocupará o lugar de A; quando há um fato que induza a desestabilização imaginária, quebra da identificação na qual o sujeito se apoiava imaginariamente no eixo $a-a'$, e que o convoque simbolicamente ali onde ele não encontra meios de significar o enigma sobre seu ser (S-A).

Sendo assim, mesmo considerando as diferenças entre as práticas, podemos afirmar que a psiquiatria não necessariamente precisa excluir as contribuições da psicanálise, mas sim incorporá-las. Ainda que uma dedique-se na descrição dos fenômenos, a outra dá a razão de sua estrutura e explica as manifestações transferenciais que ocorrem no contato com a psiquiatria. Essa reaproximação pode permitir a psiquiatria reconhecer a importância das manifestações do inconsciente que não se reduzem a um efeito orgânico, tampouco a um déficit neuronal (QUINET, 2001).

Referências bibliográficas:

FORBES, J.; FERRETTI, C. Entrevistas preliminares e função diagnóstica nas neuroses e nas psicoses In: *Falo – Revista Brasileira do Campo Freudiano*, abril de 1990.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento [1913]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. 12.

_____. Conferência I: Introdução (1916). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. 15.

MILLER, J. A. A psicanálise e a psiquiatria. *Falo*. julho de 1987.

_____. Seminário do Campo freudiano: Introdução a um discurso do método analítico. *Falo II – Revista Brasileira do Campo Freudiano*. Jan-Jul de 1988.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1966 [1955-56]). In: *Escritos*, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente [1957-58]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

QUINET, A. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: Quinet, A. (org) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RECALCATI, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Latusa digital*, n. 7, 2004. Disponível em: http://www.latusa.com.br/digital_edit7.htm

ZARIFIAN, E. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: Lacan, J. *et al. A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

**A PRESENÇA DO ANALISTA NUMA ENFERMARIA DE CRISE
PSIQUIÁTRICA: uma aposta no sujeito.**

Lorena Figueiredo de Souza

Psicóloga do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), Unidade da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (PGPSA) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Participante da Escola Letra Freudiana (ELF).

Email: lorennasouza@yahoo.com.br

Sonia Leite

Psicanalista. Professora Visitante no Programa de Pós-graduação em Psicanálise (PGPSA) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-Rio.

Email: soniacleite@uol.com.br

RESUMO

O presente trabalho parte da experiência em uma enfermaria psiquiátrica pública para pensar o momento da “crise psicótica”, a partir da perspectiva da psicanálise. Para tal, apresenta as formulações de Jacques Lacan sobre o desencadeamento da psicose, através das quais é possível abordar os fenômenos que se testemunha na crise como decorrentes de uma particular relação do sujeito com o campo da linguagem. Com isso, aposta que a presença do analista junto ao psicótico, no momento do desencadeamento, pode favorecer o trabalho de estabilização desse sujeito.

Palavras-chave: psicose, desencadeamento, psicanálise, enfermaria de crise psiquiátrica.

ABSTRACT

This work comes from the experience in a public psychiatric ward to think the moment of "psychotic break" from the perspective of psychoanalysis. For such, it presents the formulations of Jacques Lacan on the onset of psychosis, through which it is possible to address the phenomena we witness at this moment as resulting from a particular subject's relation to language. We bet that the presence of an analyst with the psychotic at the time of triggering can facilitate the work of the stabilization of this subject.

Keywords: psychosis, triggering, psychoanalysis, psychiatric crisis ward.

É impossível falar da experiência realizada numa enfermaria de crise psiquiátrica sem situá-la em relação à discussão sobre internação que vem sendo empreendida no Brasil, nos últimos 40 anos, pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Esse movimento surgiu na década de 1970, no contexto da reforma sanitária, e questionou fortemente os dispositivos de internação, como forma de exclusão e violência, instituída no país desde o século XIX.

A luta pelo estabelecimento de novas modalidades de cuidado para portadores de transtornos psíquicos culmina com a aprovação da lei 10216 de 2001, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A lei 10216/01, em seu artigo 4º, redefine o lugar da internação na rede de saúde mental, em qualquer de suas modalidades, que, a partir de então, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além disso, traz para dentro dos dispositivos de internação, a lógica de atenção psicossocial privilegiando o trabalho integrado com os outros serviços da rede de saúde mental, distanciando-se, assim, do modelo asilar que historicamente vinha prevalecendo.

O que se verifica é que o estabelecimento da lei vai possibilitar importante expansão da rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, bem como a redução de leitos de baixa qualidade a partir do fechamento de hospitais psiquiátricos de grande porte. Todavia vale ressaltar que a atenção à crise ainda é considerada um impasse.

Pitta (2011) em sua análise sobre os 10 anos de vigência da lei 10216/01, afirma:

Ainda não conseguimos assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua se os serviços ambulatoriais e comunitários cerram suas portas às cinco da tarde na sua grande maioria. O que fazer quando a noite vem? Continua o manicômio no imaginário coletivo como o abrigo seguro para as situações críticas? Extremo retrocesso! (Pitta, 2011, p. 4580).

Franco Rotelli, um dos protagonistas do movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, afirma que em “situações de crises agudas”, é necessário reconhecer o *direito ao asilo*:

(...) as pessoas têm necessidade daquilo que uma vez se denominava de o direito ao asilo, como alguma coisa da qual os hospitais psiquiátricos foram consequência, mas que é também um direito humano em todo seu sentido, que foi mais uma vez totalmente colocado ao avesso pela psiquiatria. O direito ao asilo do qual eu estou falando é aquele direito de você poder sair de uma situação de crise quando a situação está totalmente insuportável, e poder ser hospedado por outros (ROTELLI 1994, p. 162, grifos do autor)

A experiência de trabalho na enfermaria de crise do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) nos fez reconhecer a necessidade desse *direito de asilo*⁷ de que nos fala Rotelli. Por que tal “direito” se coloca como necessário para alguns psicóticos? O que tal fato nos ensina sobre a “crise psicótica”? É o que tentaremos brevemente discutir.

Inicialmente, vale destacar que não se encontra ao longo da obra de Freud e Lacan, referências específicas ao termo *crise*. Freud (1911/1996) fala de *momento ruidoso* da psicose, enquanto Lacan aborda o tema, a partir das ideias de *desencadeamento* e *entrada* na psicose. Tendo em vista o esforço de Lacan em situar as psicoses a partir de uma relação particular do sujeito com o campo da linguagem, diferenciando-a das perspectivas psicogenéticas e organicistas, optamos pelo termo *desencadeamento*⁸ que melhor situa o momento em que algo que estava *unido*, se *solta*, *desata*. É esse momento crítico vivido pelo sujeito que, freqüentemente, acompanhamos numa enfermaria de crise⁹.

Essas ideias nos remetem aos efeitos da forclusão do Nome-do-Pai, mecanismo que funda a psicose, de acordo com a construção de Lacan (1955-56/1988) em seu seminário sobre o tema.

Afirma que na relação do sujeito com o símbolo, há a possibilidade de uma *Verwerfung* primitiva, ou seja, de que alguma coisa não seja simbolizada, que vai, posteriormente, se manifestar no real. Destacamos nessa frase essa *alguma coisa*, que mostra que é sobre um elemento específico que incide a forclusão na psicose: o Nome-do-Pai.

A posição do Nome-do-Pai se situa no nível simbólico. É uma necessidade da cadeia significante. Como indica Lacan (1957-58/1998), não basta saber que uma mulher engravida quando pratica o coito, mas que seja sancionado num significante de que aquele com quem ela praticou o coito é o pai.

Segundo Lacan, o Nome-do-Pai supõe uma ordem simbólica, uma cadeia prévia no qual o sujeito se insere. Por isso, Lacan o nomeia “suporte da ordem instaurada pela cadeia significante” (LACAN, 1957-1958/1998, p. 492). O fato de alguém se chamar Fulano

⁷O direito de asilo está estabelecido no artigo XIV da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948: “Toda pessoa, vítima de perseguição, tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países”. In: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Verificado em 11/08/2013.

⁸O termo desencadeamento tem, segundo o dicionário Caldas Aulete, dentre outros significados: soltura de algo ou de alguém preso ou atado por cadeias; ação ou resultado de provocar certo acontecimento, resultado, reação ou resposta; manifestação súbita e violenta <http://aulete.uol.com.br/desencadeamento>. Verificado em 04/06/2013.

⁹Além disso, a ideia de desencadeamento nos distancia do conceito de crise da Psiquiatria Preventiva americana: crises evolutivas geradas pelos processos “normais” de desenvolvimento físico, emocional ou social; crises acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda. Por sua capacidade de perturbação emocional teriam a capacidade de levar futuramente à doença e deveriam ser acompanhados por técnicos da saúde mental para prevenir esse desdobramento.

ultrapassa, dessa forma, sua existência vital, nada tem a ver com sua existência viva. Nesse sentido, o que importa é menos o pai da realidade do que a posição do pai no Complexo de Édipo: “A função do pai no Complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno” (LACAN, 1957-1958/1998, p. 180).

O Nome-do-Pai representa, no grande Outro, o Outro que dá alcance à lei. Com a intervenção do pai, a demanda que a criança endereça ao Outro primordial, representado pela mãe, será encaminhada a um “tribunal superior”. Por esse motivo, Lacan considera que o que constitui o caráter decisivo do Complexo de Édipo deve ser isolado como a relação da mãe, não com o pai, mas com a *palavra* do pai.

Lacan (1957-58/1998) afirma que a aceitação ou recusa pelo sujeito da privação da mãe é um *ponto nodal* de sua estruturação, pois coloca para ele a questão de aceitar, registrar, simbolizar, tornar significante essa privação da qual a mãe revela-se objeto. Ou seja, *aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação liga-o, ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei*. Através dele, o pai perfila-se, por trás da relação da mãe com o objeto de seu desejo, como aquele que castra.

Vai considerar que se a criança não ultrapassa esse ponto nodal, não aceita a privação do falo efetuada na mãe pelo pai, ela mantém em pauta uma certa forma de identificação com o objeto da mãe, objeto-rival, o falo.

É o que podemos observar nas psicoses antes do desencadeamento. Quinet (2000) afirma que é estruturalmente a essa identificação com o falo que se encontra atrelado, no nível imaginário, o sujeito antes da entrada na psicose. Identificação que dá sustento devido a não-intervenção do pai simbólico, foracluído.

Segundo Lacan, o equilíbrio puramente imaginário com o outro é marcado por uma profunda instabilidade. No texto “De uma questão preliminar” (1966/1998), indica que é ao se abalar a identificação pela qual o sujeito assumiu o desejo da mãe, que a psicose é desencadeada. Nesse texto, utiliza o esquema L para demonstrar a função imaginária do eu e o fato de que o estado do sujeito S (neurose ou psicose) depende do que se desenrola no grande Outro. O sujeito só pode estar implicado no discurso se for parte integrante do mesmo e ele o é no esquema L sendo repuxado para quatro cantos: em *S*, sua inefável e estúpida existência; *a*, seus objetos; *a'*, seu eu, isto é, o que se reflete de sua forma em seus objetos; e *A*, lugar de onde lhe pode ser formulada a questão de sua existência. Esses termos estão dispostos em dois eixos: o imaginário, composto pelos termos *a-a'*; e o eixo simbólico, composto por *S* e *A*.

É em A, no grande Outro, que estaria situado o significante Nome-do-Pai, fato que não ocorre na psicose. O desencadeamento acontece quando o Nome-do-Pai é invocado em oposição simbólica ao sujeito, ali onde ele nunca esteve. Isso ocorreria no encontro não com o pai do seu cotidiano, mas com *Um-pai* situado numa posição terceira em relação ao eixo imaginário $a-a'$, eixo que como foi indicado anteriormente, sustentou o sujeito até esse momento. Lacan afirma que a referência a essa posição terceira do significante paterno é fundamental para desfazer equívocos e contradições na compreensão do que enseja a entrada na psicose.

A falta do significante Nome-do-Pai nesse lugar abre um furo no significado, o que Lacan vai colocar no esquema I – apresentado no referido texto de 1966, a propósito da solução encontrada por Schreber para sua psicose – como P_0 e ϕ_0 , pois o Nome-do-Pai não podendo responder no grande Outro, não viabiliza a significação fálica.

Isso dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, visto que no campo humano, o simbólico e o imaginário se sobrepõem. São os fenômenos decorrentes desse desastre, dessa “debandada” do significante, que são acompanhados numa internação psiquiátrica, no momento do desencadeamento e que caracterizam a posição peculiar dos psicóticos em relação à linguagem.

Vidal (2005) afirma que com o termo forclusão, Lacan funda um conceito que não é um mecanismo, mas uma posição na linguagem:

A Verwerfung é a rejeição de certos significantes que ficarão para sempre ‘fora’ do inconsciente. Consiste, pois, numa posição ativa do sujeito face ao insuportável, um dos nomes do impossível. A forclusão não se reduz ao ato de rejeição, mas também ao seu efeito, ao modo de aparição do real (VIDAL, 2005, p. 152).

Encontra-se aí o efeito dessa abolição da *lei simbólica* (QUINET, 2000), promovida pela forclusão do Nome-do-Pai. Tal abolição traz como uma de suas consequências a perda da imagem do corpo e da delimitação de um dentro e um fora, deixando o sujeito sem referência, sem porto, à deriva.

Do ponto de vista da psicanálise, o corpo próprio não se reduz ao organismo real, mas se estende para além e para fora do corpo do sujeito, a partir da articulação dos registros imaginário e simbólico. O corpo, de um modo ou de outro, está sempre ligado a algo que *existe* para além do envoltório corporal, o que cria um território - limite expandido - para além do corpo próprio com a função de proteção contra aquilo que é ameaçador e externo. (LEITE, 2013). No momento do desencadeamento da psicose é esse *território* que implode, vivência bem caracterizada no termo freudiano *catástrofe*.

Como o espaço não é algo de ordem empírica, mas é estruturado pela linguagem, trata-se de viabilizar, no momento do desencadeamento da psicose, um lugar onde o sujeito psicótico possa voltar a *habitar*, no sentido heideggeriano (1954). Ou seja, refugiar-se, abrigar-se. Mas para isso é fundamental a valorização da linguagem e mais especificamente do discurso do psicótico. Essas ideias se atrelam a perspectiva freudiana de que as instituições tem uma função psíquica para os sujeitos (LEITE, 2010).

Nesse sentido é possível identificar a função clínica de uma enfermaria de crise, ou o *direito ao abrigo* indicado por Rotelli.

Lacan (1966) indica que “novos efeitos significantes” são exigidos para responder ao efeito de crepúsculo do mundo determinado pela dissolução imaginária. Quando a estrutura é paranóica é aí que se situa o trabalho do delírio, que Freud afirma que se aplica como um remendo no lugar em que originalmente apareceu uma fenda na relação do eu com o mundo externo. Afirma, ainda, que esse remanejamento do significante ocorre até que os níveis do significante e do significado se estabilizem na metáfora delirante. Quinet (2000) afirma que a metáfora delirante é o significante que, tal como o Nome-do-Pai, tem função de ponto de basta, induzindo efeitos de significação.

De qualquer forma o que se destaca é que a internação, no momento da crise, ao viabilizar um abrigo para o sujeito, possibilita que o discurso do psicótico possa encontrar referencia e reconhecimento no Outro permitindo um mínimo de estabilização.

Numa enfermaria de crise, onde, comumente, prevalece a preocupação com a restituição de uma “normalidade” anterior à crise, o psicanalista sustenta a aposta na linguagem e no trabalho psíquico positivando a diferença para além das noções de normal e patológico ainda que essa construção pareça estranha ao senso comum. Apostando, ainda, sempre que possível, na continuidade do trabalho clínico para além da internação.

Referências bibliográficas:

HEIDEGGER, M. Construir, habitar, pensar [1954]. In: *Ensaio e Conferencias*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1966]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente [1957-1958]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *O Seminário, livro 3: as psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LEITE, S. Escrita, inscrições e psicose. In: *Escritas e Psicanálise: linguagem e escritas do corpo*, no prelo. UERJ, 2013.

_____. As psicoses e as instituições: uma leitura psicanalítica. *Projeto de Pesquisa de Professor Visitante*. Programa de Pós Graduação em Psicanálise, UERJ, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), p. 4579-4589. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=141312320110013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2013.

QUINET, A. *Teoria e Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, P.(org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994

VIDAL, E. Verwerfung e/ou foraclusão. In: *Escola Letra Freudiana. Psicoses*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2005.

O DISCURSO PSICANALÍTICO E A MODERNIDADE: Foucault, leitor de Freud

Luiz Paulo Leitão Martins

Psicólogo. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Email: lplmartins@gmail.com

RESUMO

Este texto investiga a leitura empreendida por Michel Foucault sobre os textos de Freud em sua arqueologia e nos estudos sobre a Antiguidade. Inicialmente, aborda-se a referência ambígua do filósofo à psicanálise ao pensá-la ora por uma tradição crítica, ora por uma tradição trágica de abordagem da loucura. Depois, contrapõem-se as formações discursivas das ciências humanas e da psicanálise na modernidade a partir das categorias de impensado e finitude. E, por fim, discorre-se sobre a hipótese do último Foucault de a psicanálise retomar o problema da espiritualidade ao recorrer à dimensão ética da relação entre sujeito e verdade.

Palavras-chave: arqueologia, psicanálise, modernidade, subjetividade.

ABSTRACT

This paper investigates the reading undertaken by Michel Foucault on Freud's writings in his archeology and in the studies on Antiquity. Initially, we approach the ambiguous reference of the philosopher to psychoanalysis by thinking it both in a critical tradition and in a tragic tradition of approach to madness. Then we compare the discursive formations of human sciences and psychoanalysis in modernity, considering the categories of thoughtless and finitude. And finally we talk about the last Foucault's hypothesis that psychoanalysis resumes the issue of spirituality by referring to the ethical dimension of the relationship between subject and truth.

Keywords: archeology, psychoanalysis, modernity, subjectivity.

A contribuição da descoberta de Freud na virada do século XIX para o século XX foi fundamental para a formação de um modo de ser e de pensar na modernidade. Embora sua absorção pela comunidade acadêmica e pela sociedade de um modo geral seja marcada por diversas apropriações, legítimas ou não, e controvérsias, certamente a psicanálise, com os termos *inconsciente*, *desejo*, *complexo de Édipo* etc, exerceu um papel bastante importante no pensamento do ocidente. Decerto, podemos remeter esse processo a uma passagem curiosa do texto de Freud em que ao tratar da interpretação psicanalítica, dizendo: *onde isso estava, eu devo advir* (FREUD, 1933-1932/1996a), relacionava a isso um *trabalho de cultura*, e pensar o modo com que a psicanálise se tornou um discurso *utilizado* na linguagem corrente, sendo os seus termos compartilhados em diversos seguimentos da sociedade: desde os profissionais de saúde mental, os pesquisadores das universidades, até a opinião pública, para colocar isso de uma maneira um pouco apressada e superficial. É preciso nos perguntarmos, no entanto, como, de fato, essa articulação se deu, e isso não apenas no nível das opiniões, mas numa dimensão anterior a elas porque talvez seja a partir daí que sejam possíveis as opiniões e os conhecimentos. Para isso, queremos dar uma atenção especial ao que Foucault chamou de nível *arqueológico* do discurso (FOUCAULT, 1969). Trata-se de pensar a partir de um terreno que não é redutível ao que se encontra no nível manifesto das palavras, às relações de causalidade entre as coisas, às disposições discursivas formuladas em proposições, enfim, à toda essa camada de *monumentos* que por mais representativa que seja não expressa senão a superfície de *acontecimentos* mais profundos, de descontinuidades mais significativas no *sistema de formação* dos discursos. Seria preciso examinar, com efeito, a relação do *discurso* psicanalítico com a *ordem* na qual se distribuem as palavras e as coisas no pensamento. Seria preciso pensar essa relação na *arqueologia*, de modo que o que estaria em jogo seria um espaço *entre* as formulações científicas ou filosóficas e a opinião comum, popular, um espaço *entre* o saber e a língua corrente, um espaço epistêmico de longa duração que expressaria a *regularidade* com que surgem certas formas de discurso. Nesse lugar, um discurso é constituído, é guiado por certas *regras de formação*, surgindo por escolhas específicas capazes de criar uma *unidade discursiva*. É por essa via que pretendemos encaminhar algumas questões a propósito da psicanálise, quais sejam, o que é o discurso da psicanálise hoje? E como podemos pensar a sua relação com o pensamento moderno?

Antes de definirmos nossa *metodologia*, queremos demarcar três pontos norteadores dessa reflexão, formulados a partir dos estudos de Foucault. O primeiro é que a psicanálise está imersa num sistema de pensamento que a precede e que Foucault denomina de *sistema de formação*, de modo que para compreendê-la é preciso investigar esse espaço, os principais

elementos atuantes em *pontos de simultaneidade* nas diversas modalidades de discurso, responsáveis por definir todo um modo de pensar de um período. No caso, trata-se da *modernidade*, episteme constituída por duas descontinuidades importantes no pensamento ocidental, aquela entre o Renascimento e a idade clássica, e aquela entre a idade clássica e a modernidade. A noção de *acontecimento* aqui é central, visto que trata do aparecimento de uma abertura no pensamento que modifica o nível estrutural de sua articulação: de alguma maneira o pensamento deixa de pensar algumas coisas e passa a pensar outras (FOUCAULT, 1966). Desse sistema geral, as disciplinas podem formar conceitos, objetos, enunciados, operar escolhas estratégicas, constituindo-se como *unidades discursivas* – esse o segundo ponto. A psicanálise como *discursividade* surge a partir de um sistema de formação, sendo daí que pode criar *conceitos*. Os conceitos são como acontecimentos: remetem à *ruptura* de um discurso relativamente a seu sistema de formação, de modo que da mesma forma que um discurso é determinado por sua episteme, ele pode produzir coisas novas, *novas formas de pensar*, e isso criando conceitos. O terceiro ponto fala da possibilidade de *transgressão*, da problematização da *atualidade* de um discurso e de como a sua *crítica* pode permitir o seu ultrapassamento, o seu devir emancipatório em autonomia e novidade no pensamento (FOUCAULT, 1982/1994; FOUCAULT, 1990). Esse aspecto quer dizer da psicanálise como *forma de subjetivação* que seja *resistência* aos processos de *normatização* da vida regulados pelos *dispositivos de saber e de poder* na modernidade. Posto isso, anunciamos o nosso *objetivo*: pensar as relações entre psicanálise e modernidade a partir da leitura de Freud empreendida por Foucault. Nossa metodologia partirá do diagnóstico de Foucault, e isso não significa que se trata de um estatuto já definido para a psicanálise nem de uma contribuição já estabelecida, mas sim de um enunciado bastante significativo e que pode contribuir para a prática discursiva em psicanálise. Queremos considerar a sua leitura visando tomá-la como um ponto de partida para daí estabelecer pontos de concordância ou de discordância, pontos de construção ou de desconstrução, de modo que *problematizar a psicanálise* seja desenvolvê-la, alcançar nela pensamentos outros, ultrapassando aqueles determinados pela atual possibilidade. Num primeiro momento, abordaremos os estudos de Foucault sobre a *História da Loucura* e sobre *As palavras e as coisas*, visando pensar uma descontinuidade da psicanálise em relação ao solo de formação discursiva da episteme moderna. Num segundo momento, examinaremos a hipótese presente no último Foucault de a psicanálise retomar a problemática da *espiritualidade*. Ao reclamar em sua prática discursiva a dimensão ética por um vínculo estreito do *sujeito* com a *verdade*, a psicanálise operaria contra os imperativos políticos de *assujeitamento* e a favor da liberdade e da *produção de si* na clínica.

Primeira grande obra de Foucault, a *História da loucura* consistiu numa tentativa de retomar a *loucura* como uma experiência de *obra*, uma vez que desde o classicismo e até a modernidade ela teria sido marcada pelo silêncio, pela negatividade e pela *ausência de obra* no discurso (FOUCAULT, 1961/1972). Ali, algumas modalidades de práticas discursivas foram convocadas para pensar essa exclusão, de modo que Foucault pôde pensar algumas formas de *consciência* da loucura: a *consciência crítica*, que reconhece a loucura a partir da razão, a *consciência prática*, presente nas práticas concretas de silenciamento, a *consciência enunciativa*, que constata de modo imediato a loucura por uma evidência de proposição, e a *consciência analítica*, que tenta isolar a loucura de seus modos de aparição, buscando construir um saber objetivo sobre ela. Sua questão central passava pela *recepção* da experiência da loucura na formação do *pensamento moderno*, isto é, como ela teria sido entendida, sob que formas de consciências fora apreendida, que discursos se constituíram positivamente em relação a ela, enfim, todo esse conjunto histórico de práticas discursivas do ocidente que pensaram a experiência da loucura como alteridade. Tratava-se de formular um diagnóstico das *práticas de exclusão*, que impuseram à loucura o estatuto de *outro* em uma história da modernidade. No decorrer dessa investigação, Foucault discorreria também sobre a psicanálise, apresentando ali uma polissemia bastante significativa de seu discurso. O pensamento de Freud sobre a loucura apareceria ora por uma perspectiva de exclusão e ora por uma perspectiva de inclusão e de valoração, daí a dificuldade de Foucault em traçar o seu pertencimento a uma de duas grandes tradições sobre a loucura. Por um lado, Freud teria sido *crítico* da loucura, marcado que fora pelo *saber psiquiátrico*, de modo que o argumento central para pensá-lo por essa *tradição* estaria na condensação realizada na psicanálise das formas de *poder* distribuídas no dispositivo asilar nas figuras dos médicos, enfermeiros e guardas, na *figura do analista*. Assim, ele perpetuaria as *práticas de tratamento moral*, sendo o seu dispositivo uma forma atualizada de *silenciamento* da loucura. No entanto, por outro lado, Foucault constataria uma outra possibilidade de compreensão da psicanálise, que passaria necessariamente pelas *narrativas clínicas* empreendidas por Freud. Nestas, tornar-se-ia patente outro tipo de retomada da experiência da *loucura* com a *linguagem*, visto que ao resgatar o *delírio* sob a forma do *fantasma*, Freud restituiria a loucura ao campo do *discurso* e da *produção de obra*. Nesse caso, para Foucault, a psicanálise se aproximaria mais de uma tradição *trágica* da loucura, dando a essa experiência um modo particular de expressividade, pela positivação da *diferença*. As referências de Foucault para essa tradição seriam: na literatura, Hölderlin, Nerval e Roussel; na dramaturgia, Artaud e Strindberg; na pintura, Goya e Van Gogh; e na filosofia, Nietzsche (BIRMAN, 2010). No primeiro caso, assim, a

psicanálise funcionaria a favor da normatização do vivente pela exclusão da *diferença* no campo subjetivo e do *outro* no cenário político e social, e no segundo caso, o *outro* tornar-se-ia discurso, inscrito nas possibilidades do *ser* e de *pensar*.

Ora, enquanto que nessa história, ter-se-ia feito uma *história do outro*, seria preciso também fazer uma *história do mesmo* no pensamento ocidental; seria preciso pensar no *lugar comum* de constituição dos diferentes domínios discursivos, levando em conta a *identidade* de suas referências num dado período da história. A obra que Foucault dedica para isso é *As palavras e as coisas*, preocupando-se ali em definir em linhas gerais uma arqueologia do pensamento moderno (FOUCAULT, 1966). Para Foucault, na modernidade existiriam algumas descontinuidades do pensamento em relação ao classicismo, a saber, o aparecimento do *homem*, e as relações desse homem com o *impensado* e com a *finitude*. Num mundo não mais redobrado sobre si por uma *semelhança* entre as palavras e as coisas tal qual o da Renascença, nem mais *representado* pela ordem do pensamento tal qual o do classicismo, o homem moderno ver-se-ia atravessado por uma *abertura* múltipla da linguagem e do mundo característica de uma *história*; seria obrigado a pensar um impensado, um termo último do pensamento que lhe escaparia e que na realidade também o fundaria. É que os *processos da vida* aconteceriam antes da subjetividade, e quando o pensamento pudesse se desdobrar para pensá-los só poderia fazê-lo a partir dessa constatação. Para Foucault, essa teria sido uma modificação fundamental da modernidade em relação ao classicismo, uma vez que se desfariam as relações de continuidade entre *ser* e *representação*, sendo o homem levado a *ser* tanto o pensamento quanto o *não-pensamento*. Ademais, o atravessamento da subjetividade por processos e por positivities que lhe escapam também marcaria justamente a dimensão de *finitude* de todo saber. Este seria confrontado a todo momento com um processo não exterior à vida, mas como que presente em seu interior, atravessando a sua existência. Nas experiências da vida, da linguagem e do trabalho, o homem ver-se-ia diante de seu limite, ou seja, a *morte*, de modo que a *modernidade* seria definitivamente determinada a *pensar* o impensado e a *ser* a finitude. É daí que surgiria para Foucault a figura do *homem*, e isso pela primeira vez na história do ocidente. Tratar-se-ia de um personagem suposto na idade clássica, mas que por consistir em *condição de possibilidade* da representação não pôde ser por ela pensado. Teria sido necessário ao pensamento encontrar o seu limite no *negativo* do impensado e da finitude para que o *lugar vazio* da representação surgisse ao discurso moderno. No entanto, se por um lado, a partir daí a determinação do homem passaria necessariamente por essa negatividade, por outro, no campo das ditas *ciências humanas*, ela se constituiria com base no próprio homem como *princípio* de todo saber. É nesse, pelos

registros da consciência e do pensamento, que se constituiria a possibilidade mesma do *conhecimento*. Nesse ponto, a contribuição da psicanálise, segundo Foucault, torna-se bastante importante, uma vez que surgindo como que deliberadamente para pensar o *inconsciente* ela faz do impensado e da finitude suas categorias centrais, instrumentos de investigação e de intervenção no pensamento. *Sou onde não penso, penso onde não sou*, como nos disse Jacques Lacan (LACAN, 1957/1966), de modo que por essa via a psicanálise positivaria a *indeterminação* do inconsciente tanto no *ser* quanto no *pensamento* da modernidade. Teria sido na psicanálise e na etnologia que Foucault localizaria uma saída efetiva ao humanismo, de modo que por elas se poderia passar de um momento onde o homem não existia para aquele em que já desapareceu, tornando o pensamento aberto ao que lhe seria de mais estranho, ao impensado, à finitude, à *diferença*, e produzindo na modernidade um *acontecimento* do pensamento (DELEUZE, 1969).

Por fim, queremos mencionar no discurso psicanalítico a presença de algo que o remete às *formas de veridicação*, isto é, às formas de dizer a verdade como a implicação do sujeito nos processos de descontinuidade no pensamento. E aqui seguimos uma pista fornecida por Foucault sobre a intervenção de Jacques Lacan na psicanálise, pois para ele, foi Lacan quem retomou um problema já presente em Freud da tradição da *espiritualidade*, a saber, o da possibilidade de se pensar a relação do sujeito com a verdade nos termos próprios ao *conhecimento*. Ora, conforme Foucault, ao discutir “a questão do preço que o sujeito tem de pagar por dizer o verdadeiro, e a questão do efeito sobre o sujeito do fato que ele disse, que ele pode dizer e que ele disse, o verdadeiro sobre si mesmo” (FOUCAULT, 1981-1982/2001, p. 31-2), o psicanalista francês recentralizaria a psicanálise no registro da *ética*. Dizer isso do pensamento psicanalítico é dizer precisamente que ele pode se inscrever num registro muito particular de discurso que é aquele que comporta a dimensão de transformação, é dizer que ele pode se constituir por uma relação estreita com a verdade, e é dizer que dele se pode derivar uma *vida outra* no pensamento. De que sujeito estamos falando? E de que verdade? Do sujeito que acolhe a dimensão *trágica* da existência, tal qual se presentifica na experiência da loucura, e daquele que por relação à *diferença*, seja no registro do *impensado* ou na *finitude*, assume um compromisso de trabalho com a *verdade*, com a realidade do inconsciente (FREUD, 1937/1996b). A psicanálise, assim, considerando o *sistema de formação* da modernidade, pode se constituir efetivamente como uma modalidade de *intervenção* que ultrapassa o humanismo, e que mantém no horizonte conceitual os *acontecimentos* do presente. Sua potencialidade no nível discurso depende definitivamente dessa relação com a verdade e com a radicalidade do inconsciente.

Nesse trabalho apresentamos três tempos distintos da leitura empreendida por Foucault relativamente à psicanálise. Num primeiro momento, falamos de seus estudos sobre a história da loucura, de modo que a leitura do discurso psicanalítico foi realizada por uma duplicidade irreduzível: ele seria herdeiro de uma tradição crítica sobre a loucura, que a entendia como desrazão e ausência de obra, sendo também alinhado a uma perspectiva trágica, que tomaria a loucura no campo da verdade e da obra. Num segundo momento, a psicanálise apareceria na modernidade como que positivando as dimensões do impensado e da finitude na experiência do pensamento, colocando em questão as categorias de representação e de sujeito como fundamentos de si. E, por fim, a psicanálise retomaria a problemática da espiritualidade, por um vínculo estreito de seu discurso com a verdade. Vê-se que possibilidade de ultrapassamento da tradição crítica da loucura, do humanismo no pensamento, e das práticas éticas e políticas de normatização está justamente na insistência da psicanálise na manutenção da loucura, do impensado, da finitude e da verdade pelo inconsciente visando à formação de um sujeito e de um modo específico de pensar na modernidade.

Referências bibliográficas:

BIRMAN, J. Descartes, Freud e a experiência da loucura. *Natureza humana*, v.12, n.2. São Paulo, 2010.

DELEUZE, G. *Logique du sens*. Paris: Minuit, 1969.

FOUCAULT, M. *L'herméneutique du sujet* [1981-1982]. Paris: Gallimard-Seuil, 2001.

_____. Le sujet et le pouvoir [1982]. In: _____. *Dits et écrits, 1954-1988*. Paris: Gallimard, 1994, v. 4, p. 222-243.

_____. Qu'est-ce que la critique. *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, v. 82, n. 2. Paris: 1990, p. 35-63.

_____. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961]. Paris: Gallimard, 1972.

_____. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.

_____. *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard, 1966.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise [1933(1932)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, v. 22, p. 17-180.

FREUD, S. Análise terminável e interminável [1937]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, v. 23, p. 231-274.

LACAN, J. L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud [1957]. In: *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICO: a afirmação de uma prática clínica**

Luiza Medina Tavares

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Email: luizamedina@hotmail.com

RESUMO

Problematizamos a prática do Acompanhamento Terapêutico circunscrita ao espaço interno da enfermaria e hospital psiquiátrico, bem como suas tarefas e rotina diária da enfermaria. Como pensar a prática do AT como uma prática clínica? O que o acompanhante terapêutico pode fazer para *acompanhar o sujeito* e não se limitar à rotina da enfermaria? Partimos da Psicanálise, como referência clínica e teórica, para afirmar a função clínica do AT na internação psiquiátrica. O at tem no dispositivo analítico o lugar onde o psicanalista comparece – o discurso do analista. É visando ao sujeito do inconsciente que o at se situa no seu discurso.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico, instituição psiquiátrica, psicanálise, dispositivo analítico, sujeito.

RESUMEN

Problematizamos la práctica del Acompañamiento Terapéutico circunscrito al espacio interno de la enfermeira y hospital psiquiátrico, como también sus tareas y rutina diaria de la enfermeira. Cómo pensar la práctica del AT como una práctica clínica? Qué es lo que el acompañante terapéutico puede hacer para *acompañar al sujeto* y no limitarse a la rutina de la enfermeira? Partimos del Psicoanálisis, como referencia clínica y teórica, para afirmar la función clínica del AT en la internación psiquiátrica. El at tiene en el dispositivo analítico el lugar donde el psicoanalista se presenta – el discurso del analista. Es divisando al sujeto del inconsciente que el at se sitúa en su discurso.

Palabras-clave: acompañamiento terapéutico, institución psiquiátrica, psicoanálisis, dispositivo analítico, sujeto.

O presente trabalho é a partir da experiência enquanto acompanhante terapêutica (at¹⁰), no Serviço de Internação de Agudos Feminino (SIAF) do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), situado no município de Niterói – RJ.

O Acompanhamento Terapêutico (AT) foi implementado no HPJ no ano de 1998 nas enfermarias de crise feminina e masculina. Ao longo dos anos, o formato do AT passou por algumas mudanças, chegando, em 2011, ao formato de AT de 24h na enfermaria. Passaram a existir sete at's para cada enfermaria, cada at com dois plantões diurnos de seis horas e um plantão noturno de 12h por semana. Ou seja, as enfermarias passaram a ter ats nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana.

O trabalho do at, circunscrito ao espaço da enfermaria e interior no hospital, era orientado pela coordenação da enfermaria e pelo supervisor da equipe de ats, além de estar referenciado às direções/decisões dos psicólogos e psiquiatras responsáveis por cada caso, os quais elaboram os projetos terapêuticos.

O campo em que devíamos estar era o campo coletivo, próximos à equipe de enfermagem, participando de toda rotina da enfermaria. Alguns, corriqueiramente, chamavam essa equipe – ats e técnicos de enfermagem -, de “aqueles que estão no *front*”. Se formos pensar essa comparação com o campo de guerra, poderíamos localizar uma certa posição hierárquica tal como aquela que organiza as forças armadas e, principalmente, em se tratando daqueles que estão no *front*, os soldados, de baixa patente, aqueles suscetíveis ao horror da guerra.

Escutar que carregávamos essa patente de soldado na guerra é levar em conta o lugar tão difícil que é a enfermaria de crise feminina, onde nós que estávamos tão perto delas, acompanhando sua rotina diária, estávamos submetidos ao risco mesmo de trabalhar com pacientes graves em estado de crise – risco de vida, de agressão, de descompensação psicótica. Sem responder com violência ou com o endurecimento do trabalho – respostas historicamente observadas nas equipes dos grandes hospitais psiquiátricos -, os ats tentavam construir outras respostas possíveis, partindo da escuta do sujeito.

O que fazia o diferencial do AT era o que nós, cada at, entendíamos do trabalho, o que trazíamos de nossas formações, o que cada um conseguia fazer para se desviar de uma mera posição tarefaira, a mais, na enfermaria. O que propomos neste trabalho é justamente resgatar o que veio se produzindo ao longo do percurso histórico do AT no Brasil - a dimensão clínica dessa prática.

¹⁰ Utilizaremos a abreviação at para acompanhante terapêutico e AT para Acompanhamento Terapêutico.

Nesse contexto em que se pensa o trabalho do AT no *interior* do hospital psiquiátrico, mais especificamente, *dentro* da enfermaria de crise, devemos questionar esses dois termos destacados, tomando como base as formulações do movimento da Análise Institucional, mais especificamente de um de seus principais representantes, René Lourau, sociólogo francês. Quando este autor aborda o tema da psicose e instituição ele leva em conta a definição de instituição e que nos parece muito útil para as nossas reflexões. Vejamos então, como ele coloca o *dentro* e *fora* do “asilo”:

A instituição psiquiátrica não é de modo algum redutível a um lugar de enclausuramento. Ela está presente no tecido social e nas nossas cabeças, muito antes da setorização a qual tem o mérito de varrer as visões rotineiras e fantasmáticas de um dentro do asilo (que é o fora, excluído, da sociedade) e de um fora do asilo (que é um dentro, desde então, sem limites, da ação psiquiátrica em todos os sentidos). (LOURAU *apud* ALTOÉ, 2005, p.84).

Para a Análise Institucional, o conceito de instituição difere do de organização ou estabelecimento. O conceito de instituição se compõe por três momentos dinâmicos: universalidade, onde se encontram as normas, as leis, os valores, a ideologia, é o instituído; particularidade, onde se encontram determinantes materiais e sociais que negam a universalidade, contestando e inovando, é o instituinte; singularidade, que nega a particularidade, priorizando as formas organizacionais, jurídicas ou anônimas necessárias para atingir determinada finalidade, é a institucionalização. A institucionalização é a negação da particularidade e a não-aceitação da universalidade. O movimento dialético constante entre essas instâncias depende do jogo de forças internas e também das forças externas ao hospital. E assim, “[...] toda instituição tem algum índice de institucionalização. Quando esse índice não permite mais a dialética entre o instituído e o instituinte, implica um grau de rigidez que não favorece o desenvolvimento do trabalho” (ALTOÉ, 2005, p. 86).

Quando nos referimos ao trabalho do at que busca uma dimensão clínica, fugindo de um estereótipo, de um saber formulado, de uma técnica, de uma posição de “cumprir tarefas na enfermaria”, podemos localizar esse trabalho do at numa tentativa de evitar a institucionalização da sua prática e ser, sobretudo, uma força instituinte.

Assim, retomando a problematização sobre o *dentro/fora* da instituição psiquiátrica, René Lourau escreve que nós, profissionais, nos situamos *dentro* do impacto que transita entre instituições. “A inscrição ou a filiação em um estabelecimento ou serviço (hospital, [...] universidade etc) não é suficiente para determinar o conjunto de nossas implicações na instituição” (LOURAU *apud* ALTOÉ, 2005, p.86). Ele acrescenta que o fato de um doente ao

entrar no hospital, rompendo os laços sociais/familiares, submetendo-se à tutela hospitalar, já nos traz o entendimento de que ele está sob o domínio da ‘instituição total’ (Goffman). “Mas essa situação subjetiva tutelada, infantilizada, essa violência feita à sua subjetividade [...] pode estar na interiorização das normas de ‘saúde’ mental por parte dos terapeutas” (LOURAU apud ALTOÉ, 2005, p.86). Pois, onde está a instituição? O que é a instituição psiquiátrica? René Lourau nos responde a essas perguntas da seguinte maneira:

Mas onde está a instituição? O que é a instituição? [...] As modalidades de atendimento, de prolongamento ou de parada do atendimento, a co-gestão do medicamento [...], a relação com os terapeutas, os assistentes sociais, as famílias dos psiquiatrizados manifestam com insistência a ação da instituição. Pela mesma razão, esta não pode mais ser reduzida, sem risco de graves confusões, somente ao estabelecimento de cuidados, ao seu espaço e ao seu pessoal. (LOURAU apud ALTOÉ, 2005, p.84).

Entendemos o trabalho do AT na internação psiquiátrica num fluxo de desconstrução e construção de práticas, pois diante do “discurso médico, que prima por *excluir a subjetividade* tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta” (JORGE, 1978, p.11), o at insiste em reconhecer o *sujeito* (do inconsciente).

Obedecendo a marcação do tempo das refeições, banhos e medicações, a estática rotina das pacientes na internação traduz algo de uma homogeneização. Às 8h as pacientes eram chamadas para tomar a medicação e o café. Em seguida, eram encaminhadas ao banho. Às 9:30 min era aberto o pátio interno, onde elas podiam fumar e circular num espaço um pouco maior que o corredor da enfermaria. Às 11h era fechado o pátio e elas eram chamadas para o almoço. Às 14h era o horário da medicação da tarde. O pátio era aberto novamente e às 15h era a hora do lanche. Às 17h era fechado o pátio e às 16h era servido o jantar. Às 20h elas eram chamadas para a ceia e a medicação. Às 22h todas deviam estar em seus leitos. No dia seguinte, às 8h elas eram chamadas para tomar a medicação e o café... E assim seguia a rotina diária.

Nessa rotina e nos intervalos, o at devia estar presente. É tomando ao pé da letra a indicação lacaniana de *secretário do alienado* (LACAN, 1955-1956/2008), que podemos situar a função do at tal como a função do analista. O at, com sua presença constante na enfermaria (24h por dia) acompanha o sujeito, situa-se numa posição de secretário, como aquele que testemunha e secretaria a produção delirante ou outras soluções que o sujeito pode construir para fazer barra ao gozo excessivo.

Diante da rotinização e uma certa homogeneização existente na internação, o at favorece que cada paciente, na sua singularidade, possa encontrar um lugar para expressão da

sua palavra, da sua vivência, e das suas escolhas. Por exemplo, quando uma paciente que recusava há dias o almoço, pude me aproximar dela e escutar que a comida estava vindo envenenada e, aos poucos, descobrir junto com ela, que a comida que não vinha envenenada era quando certa copeira (a qual demonstrava grande afeto por ela) trazia e lhe servia. Foi necessário percorrer outros setores do hospital para que essa copeira pudesse servi-la na hora do almoço. Outro exemplo se refere ao momento de acompanhar os banhos, junto com os técnicos de enfermagem, onde pude perceber o quanto era difícil para certa paciente ensaboar seu corpo e se vestir. Ao mesmo tempo em que ia lhe indicando as partes do corpo, para que pudesse se banhar e se vestir, ela ia me dizendo através de uma fala bastante desconexa, entrecortada, que sentia “uma angústia no peito, um pânico” que lhe fazia ficar doente. Ou, em outro exemplo, em que pude escutar de certa paciente que esta precisava fumar porque cada cigarro tragado era um desastre a menos no mundo, “Eu mantenho o mundo a salvo. Se eu não fumar eu vou explodir, vou ficar agressiva. Tá vendo essa chuva, então, pode alagar a cidade se eu não fumar”; “Jesus tá pedindo pra fumar, ele tá me falando aqui. Se eu não fumar pode haver o Apocalipse, o fim do Mundo”. Nesse caso, busquei abrir brechas na regulação institucional, levando-a para fumar em horários extras ao da rotina do cigarro.

Eram-nos atribuídas várias tarefas, como exemplo, acompanhar os momentos no refeitório, o horário do banho, as visitas familiares; acompanhar as pacientes nos horários em que o pátio interno era aberto; organizar as pacientes para participarem das oficinas terapêuticas, saídas em grupo e individuais para o pátio do hospital; coordenar os grupos chamados “Bom dia” e “Boa tarde” e até, acompanhar os momentos de contenção mecânica¹¹.

Diante de tantas tarefas a cumprir como pensar a prática do AT como uma prática clínica? Como não cair facilmente numa posição de “tarefeiro”? Posição essa – “tarefeiro” - que era muito discutida em reuniões de supervisão, em que alguns ats reclamavam a quantidade de atribuições que deveriam cumprir e não conseguir tempo para os detalhes importantes de cada caso. Outras questões ficavam em aberto, tais como: era possível acompanhar um caso mais de perto? ou quando uma paciente nos atribuía o lugar de referência na internação, poderíamos ser a referência do caso? Ao at não era permitido atender pacientes em sala de consultório existentes dentro da enfermaria. O AT estava circunscrito ao

¹¹ A contenção mecânica é um procedimento emergencial, visto como o último recurso para controlar agitações psicomotoras, condutas violentas, ameaçadoras e de alto risco para o próprio paciente, para os demais pacientes e para a equipe. Somente realizado com prescrição médica, para os casos de extrema necessidade. Utilizam-se faixas de tecido para amarrar os quatro membros na cama, e se necessário, um lençol torcido pode ser utilizado para restringir o tronco.

coletivo da enfermaria. Como pensar, então, AT enquanto um dispositivo clínico na enfermaria de crise? Como afirmar uma prática clínica?

O at tem no dispositivo analítico o lugar onde o psicanalista comparece – o *discurso do analista* – orientado pela ética da psicanálise e o desejo do analista. Sobre o dispositivo analítico, podendo operar em qualquer lugar onde se quer que a psicanálise aconteça, Luciano Elia escreve:

Jacques Lacan, ao empreender sua famosa leitura dos textos freudianos [...] introduziu um outro modo de conceber o lugar em que se pratica uma psicanálise, situando-o como lugar estrutural, em que um analista estabelece um modo inteiramente particular, definido pelo discurso analítico, de relacionar-se com um sujeito – o analisante – no trabalho de análise. Deu a esse lugar o nome de dispositivo analítico. (ELIA, 2000, p.29).

Esse lugar estrutural da situação analítica não depende de uma configuração particular e circunstancial – por exemplo, uma sala de consultório, com um divã e poltrona do analista – mas ao contrário, determina pelos seus eixos simbólicos toda e qualquer configuração que se queira analítica (ELIA, 2000): consultório, ambulatório, enfermaria, centros de convivência, centros de atenção psicossocial, oficinas, residências terapêuticas, ruas da cidade. Podemos acrescentar em nosso caso específico – a enfermaria feminina –, os corredores, os pátios interno e externo, espaço do refeitório, sala de tv, espaços onde ficam os leitos, sala de terapia ocupacional.

Estamos falando de uma prática (AT) situada numa enfermaria psiquiátrica, lugar por excelência do *discurso do médico*. Partindo da psiquiatria enquanto instituição, o que se observa e se reproduz nos procedimentos rotineiros da enfermaria é o aniquilamento do sujeito. Como pensar o at tal como o analista numa enfermaria psiquiátrica, onde lhe são cobrados o cumprimento de certas tarefas associadas a uma rotina?

O at se aproxima da ética da psicanálise, com seu desejo de analista, quando acompanha o paciente em suas tarefas diárias, escutando-o, portando-se como agente, aberto ao imprevisível e a correr riscos, desviando-se de ter um guiar a partir de um saber *a priori*. É visando ao sujeito – que só pode advir no intervalo entre os significantes, imprevisível – que o analista (at) se situa no seu discurso. O analista deve ocupar um lugar vazio de saber, propício às invenções e ao imprevisível.

O *discurso do analista* se contrapõe-se ao *discurso do médico* – podendo dizer aqui, *discurso do psiquiatra* – que é bastante próximo do *discurso do mestre*, onde “o médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica” (COUTINHO JORGE, 1978, p. 11) e como aquele que sabe, anulando o sujeito. “Através das

diversas etapas pelas quais se efetua o *ato médico*, ou seja, as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que se configura é um discurso totalitário que *exclui a diferença*, o único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar” (JORGE, 1978, p. 18).

O *discurso do psiquiatra* busca a apropriação do paciente por meio de um saber sobre ele, a psicofarmacologia, totalmente inserida nesse discurso, sendo utilizada como único recurso no tratamento, pode oferecer soluções que podem obstruir a escuta daquilo que o sujeito traz como sofrimento.

S. Freud em sua Conferência XVI “Psicanálise e Psiquiatria” enfatiza a importância dos detalhes de cada caso, em que, nós, psicanalistas, devemos estar atentos às diferenças, à singularidade de cada um, ao que cada sujeito traz como sofrimento, sem considerar, no entanto, efeitos benéficos imediatos.

O at com seu desejo de analista se contrapõe ao *ato médico* e a todas as práticas homogeneizantes presentes na instituição psiquiátrica, tal como o uso de uniformes, rotina, horários, roupas e pertences retirados, material de higiene padronizado e proibição de entrada de outros alimentos que não são os do hospital. Essa contraposição dita acima, diz respeito à possibilidade do at de operar com o sujeito diante desses atos do discurso médico/mestre, de manejar com a diferença de cada caso no fluxo dos acontecimentos institucionalizantes.

A presença constante do at na enfermaria é o campo possível que se abre a operar com o sujeito e com as diferenças na enfermaria. O lugar de presença constante na *convivência*¹² traz a possibilidade de acessar o sujeito psicótico e aquilo que ele vivencia durante a internação e, de ser acessível a este mesmo sujeito, que nos procura para qualquer coisa que seja, desde pedidos simples como “um cigarrinho”, “me leva lá fora” até “conversa comigo, tá difícil aqui”, “segura minha mão pra eu dormir”, “tem uma mulher falando na minha cabeça, tira ela daqui”.

Assim, buscamos afirmar o acompanhamento terapêutico na internação psiquiátrica enquanto uma prática clínica.

Dessa forma, numa posição engajada, buscamos afirmar a clínica de uma prática que, historicamente foi legada a uma posição subjacente às instituições e práticas médicas, e, especificamente nas enfermarias do HPJ, era quase que tragada pelas inúmeras tarefas que deveria cumprir.

¹² Convivência é um termo que designa o espaço de circulação dos pacientes, seja na enfermaria ou no espaço interno do hospital. O at não pode fazer uso das salas de atendimento individual, nem de oficinas terapêuticas, como também não pode fazer saídas individuais ou em grupo durante um período de tempo prolongado.

Referências bibliográficas:

ALTOÉ, S. Sobre o termo instituição e as práticas institucionais. In: Altoé, S.; Lima, M. M. (orgs). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.

JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso analítico. In: Clavreul, Jean. *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. Editora Brasiliense, 1978.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: Alberti, S. e Elia, L. (orgs). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2000.

FREUD, S. Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria [1917]. In:_____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 16.

LACAN, J. *O Seminário, livro 3: as psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

A AVALIAÇÃO COMO EFEITO DO DISCURSO CAPITALISTA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Mestrando do programa de pós-graduação em Psicanálise da UERJ. Especialista em Psicologia Hospitalar pela FMUSP. Psicólogo da Clínica de Oncologia do Hospital Albert Einstein – SP.

Email: vinicius.netto@uol.com.br

RESUMO

Em 1972 Jacques Lacan nos fala do discurso capitalista, resultado da sedimentação do capitalismo e da globalização. Neste, a operação em jogo é a forclusão da castração, não havendo a possibilidade de se fazer laço. No hospital universitário, um dos efeitos deste discurso são as avaliações, que pretendem diagnosticar e classificar o sofrimento do paciente, e também verificar objetivamente a eficácia da escuta do analista. Assim, pergunta-se: o que pode o analista frente ao empuxo avaliativo?

Palavras-chave: avaliação, psicanálise, discurso capitalista.

ABSTRACT

In 1972, Jacques Lacan tells us about the capitalist speech which is the result of capitalism and globalization. In this speech, the operation involved is the foreclosure of the castration and the impossibility of making social link as a result. In a University Teaching Hospital, one of the effects of this speech is the evaluations, which intend to diagnose and classify the suffering of patients and also verify the efficiency of the analyst's work. Thus a question arises: what can an analyst do before this evaluation tendency.

Keywords: evaluation, psychoanalysis, capitalist speech.

Nos anos que sucederam o fim da Primeira Grande Guerra, psicanalistas foram solicitados por instituições militares para tratar de soldados traumatizados pelos campos de batalha. Com isso, durante os anos de 1918 e 1919, muitos militares passaram a assistir aos congressos de psicanálise e propuseram a criação de centros clínicos dedicados ao tratamento psicológico de neuróticos, que sofriam com os efeitos da guerra. Foi nesse cenário que se deu a criação do Instituto de Berlim, o primeiro serviço ambulatorial de orientação psicanalítica.

Hoje, a psicanálise continua fazendo o mesmo movimento e não mais se define como uma prática que se restringe às quatro paredes de um consultório particular. Atualmente, há psicanalistas atuando em escolas, penitenciárias, empresas e hospitais. Dessa forma, muitas vezes, o psicanalista, encarnado na figura do psicólogo, encontra-se compondo o quadro de funcionários de um hospital universitário. Neste contexto, percebe-se, cada vez mais, a incidência de algo que permeia nosso movimento simbólico contemporâneo: o empuxo a avaliação como efeito do discurso capitalista.

Para abordarmos essa questão, retomemos, primeiramente, um período bastante frutífero do ensino de Jacques Lacan. Entre os anos 1968 e 1972, o psicanalista francês, influenciado pela conferência *O que é um autor?* de Michel Foucault, dá uma nova tonalidade a seu retorno a Freud e começa a tratar a as questões freudianas pela via discursiva. Assim, Lacan passa a seguir à risca o apontamento feito pelo filósofo de que o estatuto do sujeito deve ser analisado como uma função complexa e variada do discurso (ALBERTI, 2002).

Portanto, em seu *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* Lacan (1968-1969) proporrá que a linguagem é quase um parasita que, ao habitar o corpo do homem, opera a perda de um gozo, de um gozo natural. O significante então tira o sujeito da natureza para inseri-lo na cultura. Todavia, essa operação o divide, criando um vale entre o ser e o corpo e engendrando uma falha epistemo-somática. Ou seja, não há simbólico que dê conta do real do corpo e, com isso, o sujeito se coloca sempre à procura de um gozo a mais, de um mais-de-gozar, tentando ilusoriamente suturar essa falha (LACAN, 1966/2001).

Dentro desta perspectiva, a partir das três tarefas ditas impossíveis por Freud (1937/1996) – governar, educar e psicanalisar – Lacan acrescenta uma quarta – fazer desejar –, formalizando quatro modalidades de laço social. Ou seja, o homem, diante de seu desamparo, de sua perda ao entrar na cultura, tem como possibilidade, ainda que precária, a troca com o Outro e os discursos representam as diferentes maneiras que isso pode se dar. Assim, mesmo demarcando possibilidades de laço, o discurso do mestre, o discurso do universitário, o discurso do analista e o discurso da histérica, carregam a falta em sua estrutura e estabelecem relações permeadas pelo saber e pelo gozo. Além disso, apesar de algo ser

produzido dessas relações, uma impossibilidade está posta: não há como se equivaler o produto à verdade.

Entretanto, em um momento posterior de seu ensino, Lacan nos falará de um quinto discurso que, ao contrário do outros, parece não fazer laço. Vejamos a que Lacan se refere e qual é o efeito disso no hospital universitário.

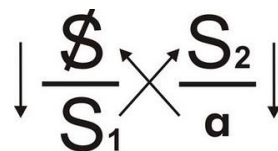
1. O DISCURSO DO MESTRE MODERNO E A AVALIAÇÃO

Em 12 de maio de 1972, em uma conferência pronunciada em Milão, Lacan nos fala de um outro discurso, que seria resultado da sedimentação do capitalismo e da globalização e ao qual cada vez mais estamos submetidos no hospital universitário: o discurso capitalista.

Entretanto, aqui cabe uma questão: como poderíamos pensar em tal discurso quando Lacan nos apresenta sua teoria dos quatro discursos de uma maneira articulada e coerente (JORGE, 2002). De saída, ao olharmos para o matema do discurso capitalista, algo nos chama atenção: este é um discurso que parece não fazer laço. É isso que a posição das setas nos revela. Além disso, “nele o sujeito se crê agente e não se dá conta de que age somente através dos significantes do mestre” (ALBERTI, 2000, p. 47).

Ora, o discurso do mestre é correlato ao discurso do inconsciente, já que nele pode se ver estabelecida a relação fundamental entre S1 e S2, na qual engendra-se uma perda de gozo (objeto *a*), relativa à insuficiência da linguagem de recobrir o real. A castração está na linguagem! Ora, no discurso capitalista, por outro lado, a operação que se encontra em jogo é a *Verwerfung*, a forclusão da castração (LACAN, 1971-72/2011).

Discurso capitalista



Partindo desse pressuposto, se o saber no hospital universitário agia conforme o mandamento do mestre, hoje tem como esse mesmo lugar de mestria o capital, que recusa qualquer relação com a castração. Dizendo de outro modo, enquanto no discurso do mestre é o significante mestre (S1), que se encontra no lugar de agente e a verdade de sua divisão (\$)

está abaixo da barra, nesse outro discurso é o significante mestre (S1), na condição de sinal quantificador, que inspira o (\$) que está no lugar de agente (MAURANO, 2006).

Na perspectiva capitalista, portanto, sujeito e objeto não se distinguem e o que interessa é o saber que pode ser objetivado por meio de artefatos que servem ao mercado: as avaliações. Escalas, testes psicológicos, instrumentos diagnósticos, metas de produtividade, dentre outros, pretendem não só diagnosticar e classificar o sofrimento do paciente, mas também verificar objetivamente a eficácia terapêutica de um determinado profissional. A avaliação tornou-se, com isso, o objeto através do qual tenta-se dar consistência ao sujeito, que, como já nos alertava Lacan (1966b/1998), é efeito de linguagem e sem qualidades.

Deste modo, o campo da ética, evidentemente, também sofreu transformações a partir do discurso capitalista. Rinaldi (1996) localiza essa mudança na modernidade e aponta a universalização do trabalho livre, a generalização da propriedade privada e a implantação da economia de mercado como algumas das causas da passagem de uma ética eminentemente aristotélica, ética do Bem Supremo, para uma ética dos “bens”, objetos algamáticos que visam aplacar o desamparo inerente à condição do humano na civilização. No hospital universitário, percebemos que o estado de saúde completa do corpo pode tornar-se um desses objetos a serem consumidos.

Eu já fui no urologista, na gastrologia e na imunologia. Está tudo bem! Tentei ir à psiquiatria, mas lá não passei na entrevista. Não sou um caso grave. Então pedi a medica daqui para me encaminhar para o senhor. Quero ver se minha cabeça tá tão boa quanto o resto. Tenho a intenção de ficar 100%. – diz um paciente sobre a maneira como entende a saúde de seu corpo.

Neste ponto retomamos Lacan (1959-1960/2008, p. 262) que questiona o posicionamento do analista frente à ética dos bens: “Todas as espécies de bens tentadores se oferecem ao sujeito, e vocês sabem que imprudência haveria se deixássemos colocarmo-nos na postura de ser para ele a promessa de todos os bens como acessíveis, a via americana”. Essa advertência de Lacan, portanto, já aponta para a possibilidade dos analistas se deixarem seduzir pela lógica do discurso capitalista.

Diante deste panorama, uma pergunta se impõe: O que cabe ao analista nesses casos? Recusar ou ceder a essas demandas institucionais? Se recusar, pode não mais ser bem-vindo à equipe. Se ceder pode não conseguir demarcar a especificidade de sua prática e, com isso, também não mostrar a que veio. Se ficar o bicho pega, se correr... Muitas vezes, essa é a sensação!

Evidentemente, uma primeira e muito frequente reação do analista diante da avaliação é a tentativa de não se submeter a ela. No entanto, como sugere Miller; Milner (2006), as avaliações são perversas e o resultado de tal posicionamento seria a segregação. É como se o maquinário burocrático da avaliação criasse um antes e um depois. O analista não avaliado e o analista avaliado. O primeiro, caso insista em ficar nessa posição, perderia sua credibilidade, não receberia carimbo de “apto”, já que não passou pelo ritual iniciático da avaliação.

È importante ressaltar, todavia, que não temos aqui a intenção de assumirmos uma postura alarmista e muito menos revolucionária. A psicanálise não ocupa o lugar de exceção, do *menos um*, mas sim o de diferença, do *ao menos um*. Por isso, vale ressaltar que este trabalho não tem como propósito ser alarmista, colocando o dedo na ferida, estabelecendo rivalidades, simplesmente para enaltecer narcisicamente a psicanálise em detrimento, por exemplo, da medicina. Freud (1933) já se recusava a fazer da psicanálise uma visão de mundo (*Weltanschauung*) e isto, com certeza, não é o que almejamos. A avaliação nos parece ter uma lógica e é a essa que pretendemos dar voz!

2. A AVALIAÇÃO: UMA IMPOSSIBILIDADE REAL

A avaliação tomou força no momento do pós-guerra no Japão para então se alastrar para regiões do mundo que tinham em comum dois traços bastante específicos: a democracia e a dominância pelo capitalismo e pela ciência. Com isso, pode-se hipotetizar que a avaliação seduziu o mestre desses países justamente porque se apóia em um discurso que pretende amenizar o declínio da autoridade e o transbordamento de gozo que acompanha tal declínio (AFALO, 2011).

Com relação ao declínio da autoridade, estamos nos referindo a potência simbólica conferida ao Nome-do-pai por Lacan (1957-58/1999), principalmente em suas formulações sobre os três tempos do Complexo de Édipo. Neste momento de seu ensino, o Nome-do-pai é elevado à categoria de significante mestre que, ao colocar limites à lei de caprichos materna, é responsável por instaurar a lei do desejo, a metáfora paterna e a significação fálica. O Nome-do-pai, circunscreve, com isso, o gozo. Assim, “a decadência do Nome-do-pai arrasta consigo a castração, arrasta consigo a metáfora paterna e a significação fálica, trazendo como consequência um gozo fora de qualquer elaboração simbólica” (BRODSKY, 2004, p. 81)

Assim, os indicadores, as estatísticas e as generalizações tão presentes nas avaliações parecem ser uma maneira de se reintroduzir uma medida, um limite no terreno ilimitado da clínica. Nas palavras de Graciela Brodsky (2004, p.78):

As estatísticas são eficazes como semblantes do Nome-do-pai. A curva de Gauss, que vocês conhecem, me parece um dos Nomes-do-pai de nossa época. A curva de Gauss, diante da falta do pai, reparte os sujeitos em porcentagens que se afastam ou se aproximam de uma medida ideal.

Portanto, a medida instaurada pela avaliação cria, uma alta autoridade para a saúde, um ideal no qual pode-se basear, que parece remediar a angústia daquele que tem que tomar uma decisão no âmbito da clínica. No entanto, “longe de restaurar a autoridade, ela (a avaliação) acentua ali a miragem tornando-se cada dia mais, o único modo de *governança*” (AFLALO, 2011, p.55).

Além disso, rejeitando a singularidade no nível das palavras mestras e almejando vencer o gozo incluindo-o em cálculos sem resto, “a avaliação é um cientificismo que afirma que o saber é totalizável sem que nenhum impossível lhe imponha limite” (AFLALO, 2011, p. 56). Entretanto, nenhum questionário é passível de eliminar a relação íntima entre o sujeito e o gozo. Toda Curva de Gauss aceita um desvio padrão e é ele que recebemos em nossos consultórios! Ou seja, sempre haverá um descompasso na passagem da qualidade para a quantidade, do sensível para o mensurável e entre o gozo perverso do avaliador e o avaliado que se permite colocar na posição de objeto (BRODSKY, 2004). Afinal, o sujeito do inconsciente é subversivo!

Atrelado a isso, em “Televisão”, Lacan formula que “(...) o discurso científico e o discurso histórico tem quase a mesma estrutura” (1974/1993, p.40) e de o mesmo “conseguir a alunissagem, em que se atesta para o pensamento a irrupção de um real” (LACAN, 1974/1993, p.65). Não pretendemos aqui discorrer sobre a ciência, tal tema é por demais complexo e mereceria um trabalho a parte. Entretanto, essas colocações de Lacan ecoam e nos mostram que semelhantemente ao discurso da histórica, o discurso científico reivindica uma verdade e que essa tem a ver com o real.

O discurso da ciência, tal qual o discurso histórico apoia-se sobre o simbólico na esperança que este de conta do real, recobrando-o sem resto. No entanto, independente do que se faça, independente do S1 produzido pela avaliação, o real escapa. Mas o real não apenas escapa. A própria operação do simbólico sobre o real faz com que esse se produza mais a diante, sem cessar. Portanto, há aqui um paradoxo: a avaliação, tão presente no discurso científico atual, produz o real que lhe escapa. (ANSERMET, 2011)

Diante disso, podemos nos questionar: não teria sido o casamento entre a ciência e o capitalismo, uma saída sintomática, uma estratégia histórica de fazer Um? Seria mesmo o discurso capitalista sem furo e impossibilitado de fazer laço? A visada do ter, presente no discurso capitalista, não seria uma demanda histórica – ter para ser para o Outro? Não seria esta a lógica da avaliação, em sua pretensão de produzir um S1 que tudo diga sobre o sujeito? Essas são perguntas que não temos a pretensão de responde-las todas e, muito menos completamente.

Entretanto, como analistas, somos convocados a fazer falar nosso movimento simbólico, uma vez que, em psicanálise, trata-se justamente desse real que escapa à ciência. Não nos esqueçamos de Lacan (1966/1998) que começa seu texto *A Ciência e a Verdade* nos alertando para o fato de a psicanálise operar justamente sobre o sujeito da ciência – sujeito dividido pela dúvida metódica, pelo real da castração. Afinal, como aponta Jorge (2002), o discurso do analista é o único que no lugar do agente localiza-se um objeto e que considera o Outro como sujeito.

Assim, no âmbito hospitalar ou em qualquer contexto em que a escuta analítica seja possível, o analista deve deixar que o real da clínica toque sua prática (LAMBERT, 2003). É preciso dar ouvidos aos efeitos de real produzidos não só pelos fenômenos clínicos, como também pela tensão entre o Bem de todos/para todos e o gozo de cada um. É nesse entre, nesses pontos de não relação, que se apresentam não só na fala dos pacientes, mas também no saber da equipe sobre o paciente, no funcionamento da instituição e, até mesmo, nos resultados das avaliações, que o trabalho do analista no hospital universitário - sempre via transferência - torna-se possível.

Referências bibliográficas:

AFLALO, A. Avaliação. *Scilicet: a ordem simbólica no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011. p. 55-57.

ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. In: Alberti, S.; Elia, L (orgs). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. Psicanálise e universidade e a instauração de discursividade. In: Rinaldi, D.; Jorge, M.A.C (orgs). *Saber, Verdade e Gozo: Leituras de O seminário*, livro 17 de Jaques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

ANSERMET, F. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2003.

ANSERMET, F. Ciência. *Scilicet: a ordem simbólica no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011, p. 70-72.

BRODSKY, G. A eficácia da psicanálise. *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*, n.41. São Paulo: Edições Eloia, 2004, p. 68-87.

FOUCAULT, M. *O que é um autor?* [1969]. Lisboa: Passagens, 1992.

FREUD, S. Análise terminável e interminável [1937]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 23, 1996.

JORGE, M.A.C. O Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: Rinaldi, D.; Jorge, M.A.C (orgs). *Saber, Verdade e Gozo: leituras de O seminário*, livro 17 de Jaques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002b.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente* [1957-58]. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1999.

_____. *O Seminário, livro 7. a ética da psicanálise* [1959-60]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. In: *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*, n. 32. São Paulo: Edições Eloia, 2001, p. 8-14.

_____. A ciência e a verdade [1966b]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* [1971-72]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Saint-Anne* [1971-72]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

_____. *Televisão* [1974]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

LAMBERT, A. Prática lacaniana em instituição. In: *Latusa Digital*. Rio de Janeiro: EBP/RJ, n. 3, 2003. Disponível em < http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_3_a1.pdf > Acesso em: 15 jun. 2012.

MAURANO, D. Um estranho no ninho ou a psicanálise na universidade. In: Coutinho Jorge M.A. (org). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.

MILLER, J. A.; MILNER, J.C. *Você quer mesmo ser avaliado? Entrevistas sobre uma máquina de imposturas*. São Paulo: Manole, 2006.

RINALDI, D. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

**INOVAÇÕES DA INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICA FACE AOS DESAFIOS DE
NOVOS SINTOMAS**

Mariana Mollica da Costa Ribeiro

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Bolsista do
CNPq.

Email: marianamollica@gmail.com

RESUMO

O trabalho parte da nova ordem simbólica no século XXI e seus impasses para a clínica psicanalítica. Sujeitos refratários ao sentido e à associação livre buscam atendimento psicanalítico, apresentando o padecimento de seus corpos, marcados por significantes mestres universais, que parecem dizer tudo sobre seu sofrimento. Como re-conceitualizar a interpretação psicanalítica visando transformar a relação atual entre o sujeito e seu sintoma? Discutimos a inovação lacaniana do corte como bússola para orientar a direção real da interpretação e como modo de incidir no sinthoma, ponto singular de amarração entre o corpo, o significante e o impossível de ser simbolizado.

Palavras chave: interpretação, corte, sinthoma.

RÉSUMÉ

Le travail s'intéresse à la nouvelle ordre symbolique du vingt-et-unième siècle et aux impasses pour la clinique psychanalytique. Les sujets réfractaires au sens et à l'association libre, qui cherchent l'attention psychanalytique, présentent la souffrance de leur corps, marqués par les significants mètres universels, qui semblent tout dire sur leur douleurs. Comment re-conceptualiser l'interprétation psychanalytique, ayant pour but transformer la relation actuelle entre le sujet et son symptôme? On discute l'innovation lacanienne de la coupure comme une boussole pour orienter la direction réelle de l'interprétation et comme moyen de tomber sur le symphôme, point d'anchorage entre le corps, le signifiant et l'impossible d'être symbolisé.

Mots-cles: interpretation, coupure, symphôme.

O desafio da clínica psicanalítica atual se localiza nos impasses produzidos por dois discursos – da ciência e do capitalismo – que, ao se combinarem, atingiram o fundamento da tradição da experiência humana e produziram uma nova ordem simbólica no século XXI (MILLER, 2012). Lacan nos mostra que o significante primordial é o nome-do-pai, que tem o incesto e o parricídio como operadores estruturais em torno do qual o universo da representação neurótica se assenta e que Freud demonstra, por analogia, constituir o que regula a ordem civilizatória. Se o sintoma neurótico produzido pelo recalque permitiu uma leitura freudiana da sociedade moderna, podemos ler a sintomatologia que chega às instituições de saúde pública, de saúde mental, bem como à demanda de atendimento em consultório como forma de interrogar a civilização hipermoderna. Eric Laurent (2013) aponta que não é mais o sintoma histérico que está no horizonte da prática psicanalítica; constata-se, outrossim, que há uma queda do nome-do-pai como operador que regula a civilização atual.

Recebemos sujeitos hoje que não trazem um sentido, um interprete que os acompanha em sua queixa sobre o sintoma, como se a linguagem da medicina tecnologicada dissesse tudo sobre seu corpo ou como se o corpo falasse por si mesmo. Laurent nos chama atenção para uma biologia atual, vinculada às últimas descobertas genéticas associada ao avanço tecnológico, que se apodera dos corpos recortando suas mensagens sem levar em consideração seus equívocos de linguagem, promovendo corpos geneticamente terapeutizados, operados, modificados pelo ideal estético e radicalizando o universal da saúde para todos, sem incluir o que é singular, o que não funciona, o que escapa ao sentido. Os sintomas são lidos pela medicina atual a partir de marcas identificatórias por um significante mestre padronizado: anorexicas, bipolares, toxicômanos etc. Constatamos que o modo como o corpo é tomado pelo discurso vigente interfere tanto na constituição sintomática, quanto em sua subjetivação singular.

A psicanálise descobriu que o sintoma é uma junção muito particular entre corpo e linguagem e desenvolveu um artifício capaz de intervir e transformar o sintoma, a saber, a interpretação analítica. Seria o caso de re-conceitualizar a interpretação psicanalítica com vistas a articular esse corpo-objeto à sua experiência subjetiva? Como ler esse sintoma-corpo resgatando o equívoco fundamental, a relação com a linguagem?

O sintoma histérico desafiava a prática médica tradicional enquanto campo de saber, que parte do conhecimento universal para tratar sintomas particulares, seriados em categorias pré-estabelecidas por um conjunto de sinais e sintomas, cujo objetivo consistia em silenciar os órgãos. Contudo, o médico moderno transformava a queixa trazida pela fala do doente como um dos instrumentos de seu exame clínico para diagnosticar a doença e conduzir o tratamento.

A conduta habitual se pautava mais pela autoridade que tinha sobre o paciente, lugar sugestivo na transferência, do que pela dezena de exames laboratoriais responsáveis pela matematização dos fluidos corporais e pela métrica da imagem dos órgãos, que comandam a medicina nos dias de hoje.

A psicanálise nasce da transferência entre médico e paciente, dando voz ao órgão doente, enquanto articulação do corpo erógeno, circunscrito pela representação verbal, que implica o gozo singular de um ser falante. A primeira tarefa da interpretação freudiana foi a de liberar o sentido recalçado que jazia inconsciente e do qual o sintoma do neurótico era tanto seu representante cifrado quanto sua satisfação substitutiva de um desejo que não poderia realizar-se. A famosa paciente Sra Elisabeth Von R., que nos foi apresentada por Freud em seus “Estudos sobre histeria” (FREUD, 1893-95/1975), descobre em meio às suas consultas de análise, que seu sintoma de astasia-abasia, dor forte e organicamente não justificável que a impedia de andar, estava ligado a um pensamento moralmente incompatível e traduzia, através de expressão somática, sua falta de posição independente na vida - não ser capaz de dar um passo à frente, no que diz respeito às suas excitações impregnadas de desejo. De pé diante do caixão da querida irmã pensara que finalmente o cunhado estava livre para desposá-la. Uma representação incompatível com a consciência teria sofrido recalçamento por sintetizar tal pensamento, ao qual ela própria não tinha acesso inicialmente. A representação incompatível inconsciente foi resgatada pela análise a partir da interpretação.

O sintoma foi postulado por Freud, então, como a atividade sexual do neurótico, por representar ou por substituir seja no corpo, seja em pensamentos ou ainda como condutas estranhas o que não pode ser realizado. Com o avançar da teoria e da prática clínica, Freud percebe que a interpretação não se limita à tão somente decifração do sentido cifrado. Muitas vezes, a intervenção do analista que apresenta uma significação supostamente encoberta pode produzir resistência ao tratamento, ou até aumentar a produção sintomática. Ao interpretar os sonhos, Freud assinala que, por melhor intérprete que seja o analista, ou o próprio sonhador, ao esmiuçar detalhadamente o material onírico, há um ponto que deve ser deixado na obscuridade e não pode ser interpretado: o umbigo do sonho, ponto irrepresentável para todo ser falante (FREUD, 1900/1975, p.556). Podemos dizer que esse ponto irrepresentável também se encontra no sintoma e pode ser situado, no ensino lacaniano, pelo conceito de *objeto a*, representado no nó borromeano como um “furo” a ser circunscrito pelos registros real, simbólico e imaginário.

O ponto de desconhecido, de não sentido, de intraduzível, é elevado por Lacan à última potência quando lança inovação na técnica psicanalítica conhecida como **“tempo**

lógico”, “**sessões curtas**”, ou “**corte**” (LACAN, 1953/1998, p. 267-324). O tempo, passa a ser um elemento a mais para a intervenção analítica, deixa de ser definido pelo relógio e passa a ser determinado pelo corte significante. A finalidade do corte é a de interromper a inflação imaginária por meio da proliferação de sentido e pela infinitização do término do tratamento (LACAN, 1958/1998). Assim Lacan antecipa, a cada ato do analista, o limite do trabalho do inconsciente de cifrar e de decifrar o mundo, o que o levará a definir o modo como o processo analítico chega ao fim. Diversamente de Freud, que fomenta que o trabalho psicanalítico é interminável e que toda análise tem um resto que justifica um retorno ao dispositivo quando necessário, Lacan demonstra e teoriza um saber-fazer com o resto, que marca um fim definitivo, bastante bem circunscrito e passível de ser testemunhado.

Comentando o caso atendido por Ernest Kris, Lacan demonstra que “*Trieb implica em si um advento do significante*” (LACAN, 1958/1998, p. 603), ou seja, manejar o significante é atingir o “campo pulsional”. A topologia implicada na intervenção de Kris está ligada à pressuposição de que defesa (do eu) e pulsão são concêntricas - parece tratar-se de um anel, cujas faces se opõem, de modo que uma não pode permear a outra - resultando num efeito nefasto, que não atinge o alvo pretendido pela interpretação psicanalítica.

O corte lacaniano assume a lógica moebiana, segundo a qual a aparente duplicidade de uma figura topológica permite atingir ambos os lados, já que se trata de uma única superfície. A lógica moebiana permite intervir na divisão do sujeito e atingir o significante-mestre, reduzindo a proliferação imaginária, já que o significante como tal não significa nada, como postulou Lacan. Mais do que produzir um novo sentido, pontuando a significação fálica, o corte lacaniano se dirige àquilo que escapa à representação: focaliza o que não pode ser simbolizado pelo significante paterno.

O inédito da interpretação lacaniana assenta-se na incidência no *objeto a*, já que o falante se vê “assujeitado” pelo Outro, de onde ele goza: “*a interpretação deve incidir apenas sobre o objeto e o modo de gozar*” (LAURENT, 2005, p.13). Lacan entende que a interpretação incide sobre a causa de desejo e, portanto, que marca o cavo, a ausência, a perda deixada pelo objeto. Com o avanço do ensino lacaniano, o corte vai, paulatinamente, assumindo diversas concepções a ponto de se tornar o propósito da sessão analítica, o que Laurent denomina como “interpretação-corte”. De acordo com Miller, “*A sessão analítica é uma unidade a-semantica reconduzindo o sujeito para a opacidade de seu gozo*” (MILLER, 1996, p. 98).

A concepção de interpretação conforme apresentamos se situa em relação ao inconsciente recalcado, circunscrito pelo nome-do-pai, mesmo apontando para o seu fracasso.

Considerando a psicanálise atual como uma clínica pós-pluralização dos nomes-do-pai, temos o desafio de fazer operar a interpretação lacaniana a partir da originalidade das diversas amarrações (LACAN, 1975-1976) possíveis para aqueles que não estão referidos à norma edípica, ou para sujeitos cujos corpos não encontram vias para metaforização de seus sintomas. Desse modo, visamos reorientar a escuta analítica a partir do sinthoma, reabilitando o imaginário enquanto consistência corporal.

Mesmo que o corte tenha surgido como invenção para reduzir o excesso de sentido produzido pelas análises pós-freudanas, Laurent (2013) alerta para um movimento delirante, na própria psicanálise atual, de privilegiar a vertente simbólica da interpretação e propõe o real como limite à tendência de tomar o sentido do sintoma edípico como horizonte da prática analítica: é preciso sair do triângulo edípico para a tríade borromeana e trazer para o primeiro plano o quarto elo como produto de uma escrita.

O sinthoma joyciano é concebido por Lacan como um acontecimento de corpo, diverso do sintoma de conversão histérica. Se o quarto elo na neurose é o nome-do-pai, o inconsciente recalcado, Joyce mostra que é possível amarrar os três registros prescindindo do pai edípico, do amor ao pai. Desabonado do inconsciente, Joyce constrói o “sinthoma” que amarra o nó, através de uma escrita, a escrita do ego, a construção de um corpo pela letra e não pela vertente da imagem narcísica ou da identificação ao pai.

Assim, a escrita do ego operada pela obra constrói um corpo pela letra e não pela vertente da imagem narcísica, da identificação ao pai, da significação fálica. Se o impedimento de “dar um mal passo na vida” produz na histérica uma metaforização no próprio corpo, como vemos operar na conversão, que a impede efetivamente de andar, Joyce demonstra a impossibilidade de consistir o imaginário e enodá-lo ao simbólico e ao real através do acontecimento de corpo.

No “Retrato do artista quando jovem” (JOYCE, 1992) ocorre a cena com o personagem principal do romance, Stephen Dedalus, que convocaria a vertente narcísica de qualquer sujeito pela rivalidade com seus colegas. Devido à divergência com o líder da turma Stephen foi covardemente agredido:

Não esquecera nem um pouquinho a covardia e a crueldade deles mas a lembrança daquilo não lhe despertava nenhuma raiva... sentira naquela noite que alguma força o estava despojando daquela raiva subitamente tecida tão facilmente quanto um fruto é despojado de sua casca madura e macia (JOYCE, 1992, p.87).

Como pensar esse relato em termos da estrutura do nó?

“Em todo nó ha um lapso” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 94). O lapso ou erro faz com que o nó precise de um quarto elo, um suplemento para manter unidos os três elos. O lapso do

nó, em Joyce, pode ser representado no relato citado em sua natureza de pele: o imaginário não se sustenta, o afeto se esvai, assim como a casca do fruto se solta. Esse é o lapso que solta o elo do imaginário (PEQUENO; JIMENEZ, 1995). O resto, o dejetto corporal é, então, o que se desagrega, o que se destaca do corpo.

O lapso do nó corresponderia, pois, justamente à equivocidade da linguagem, já que o corpo humano não corresponde ao ser, como se poderia pensar do animal: há uma fenda entre o que se diz e o que se quer dizer. Enquanto falantes, nós não somos um corpo, Lacan distingue muito bem o “ter um corpo” do “ser um corpo”, para demonstrar o corpo como exterioridade. O que lhe resta, seu dejetto, consiste seu corpo e aguarda encontrar uma forma de articulação. Seu caráter de acontecimento se deve ao traumatismo de *lalangue* sobre o corpo. Um corpo goza de si mesmo e o sintoma é testemunha de que houve um acontecimento traumático do encontro do corpo com a linguagem. O que Freud aponta como limite à interpretação, que resta não interpretável do processo analítico depois da redução de sentido, Lacan traz para o início, para a constituição do gozo do um (MILLER, 2011).

Laurent aponta um caminho para encaminhar a questão de como os analistas podem interpretar o “sinthoma” dos nossos dias, que parece sobreviver sem seu interprete, sem qualquer articulação com a metáfora, com o sentido. Não se pode perder de vista o que, originalmente, é o sintoma pra Freud: a atividade sexual do neurótico, o modo de localizar o gozo. Laurent (2013) elege o termo **material**, material significante, como diferença da representação de palavras, mas palavras em sua materialidade, palavras em seus equívocos fundamentais, *un-bevue* (um deslize)¹³ (LACAN, 1976, p.1).

Perguntaram a Joyce sobre um quadro em sua casa e ele afirma que é **Cork**. A pessoa diz: “_sim esse é o mapa da cidade de *Cork*, mas eu estou perguntando da moldura”. “**É *Cork***” (que significa curtaça em inglês), responde Joyce (LACAN, 1975-76/2007, p.144): a cidade em que seu pai nascera. Ele não utiliza a fantasia para enquadrar a realidade ou toma um traço do pai como suporte da identificação e da construção do sintoma. Utiliza a materialidade significante para produzir seu enquadre e barrar a intromissão que a linguagem, que o objeto voz, exerce sobre seu corpo. Articula o significante pelo real de sua materialidade, pela letra, fazendo o corpo consistir.

Essa articulação produz uma ação suplementar, um quarto elo, externo aos outros três - produz um “remendo” que localiza o *objeto a* e permite aos registros se diferenciarem. À construção absolutamente original do sinthoma Lacan ressalta que o importante é “dar conta

¹³ O *unbewusst* freudiano (em alemão), traduzido em francês por *une-bevue* (um equívoco) é tratado em 1976 como “o não-sabido-que-se-sabe” no qual Lacan marca o *havia do* um-equívoco (no sentido do partitivo).

do que ex-siste enquanto interpretação” (LACAN, 1974, p. 30). O motivo pelo qual é pelo equívoco que a interpretação incide no sintoma é explicitado por Lacan na citação: “as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 18). Para fazer ressoar, ecoar esse dizer do sintoma é preciso evocar os orifícios corporais, que correspondem ao *objeto a*, não tanto em sua vertente de falta, mas em sua vertente de dejetivo, do que resta de *nonsense* do gozo de cada um.

Referências Bibliográficas:

FREUD, S. A interpretação dos sonhos [1900]. In: _____. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, v.1, p.161-202.

JOYCE, J. *Um retrato do artista quando jovem*. Siciliano: São Paulo, 1992.

LACAN, J. *O seminário, livro 24: l'insu-que-sait de l'une-bévue s'aile a mourre*. Lição de 16 de novembro de 1976. Inédito.

_____. *O Seminário, livro 23: o sintoma*, [1975-76]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

_____. *A Terceira. Opção Lacaniana* [1974], n. 62. São Paulo: Edições Eólia, 2011.

_____. *O aturdido* [1973]. In: *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. *O Seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-73]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1982

_____. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* [1958]. In: *Escritos*, São Paulo: Perspectiva, 1999, p. 591-652.

_____. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* [1953]. In: *Escritos*, São Paulo: Perspectiva, 1999, p. 238-324.

LAURENT, E. *Falar com o seu sintoma, falar com o seu corpo*. In: *Encontro Americano do Campo Freudiano*, 2013. Disponível em:

http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html

MILLER, J. A. *Ler um sintoma*. *Afreudite*: Revista Lusófona de psicanálise pura e aplicada, América do norte, set. de 2011. Disponível em:

<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/afreudite/article/view/2483>.

_____. *Interpretar a psicose no cotidiano*. *Mental*: Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée, 2005, p. 45-63.

_____. *Interpretação pelo avesso*. *La Cause Freudienne*, n. 32. Paris: Navarin, 1996.

LACAN, J. O Real no Século XXI. *Opção Lacaniana*, n.63. Rio de Janeiro: AMP/ EBP-RJ, 2012, p. 11-19.

PEQUENO, A.; JIMENEZ, S. Joyce, o sinthoma. *Boletim*, ano 1, n.5. Rio de Janeiro: EBP-RJ, 1995. p. 23-30.

**INCIDÊNCIAS DO DISCURSO DA CIÊNCIA E DO CAPITALISTA NA
EDUCAÇÃO: notas de uma pesquisa**

Marina Sodré Mendes Barros

Formada em psicologia pela PUC-Rio. Mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Doutoranda em psicanálise do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ.

Email: marinasodre@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho pretende apresentar algumas notas sobre a pesquisa de doutorado *Educação e Laço Social na Atualidade*. Nosso ponto de partida é a transformação da demanda escolar em sintomas médicos, cujos indícios são o aumento de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade em crianças e de *Burnout* em professores. Para analisar tal questão, recorreremos a Lacan, para quem a atualidade vem sendo caracterizada pela peculiar "copulação" entre a ciência e o discurso do capitalista. Pretendemos examinar a transformação da demanda escolar em sintomas médicos como marca da incidência da aliança entre os dois discursos na educação.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, burnout, educação, discurso da ciência, discurso do capitalista.

RESUMEN

Este trabajo pretende presentar algunas notas sobre la investigación de doctorado *Educación y Lazo Social en la Actualidad*. Nuestro punto de partida es la transformación de la demanda escolar en síntomas médicos, cuyos indicios son el aumento de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atención / Hiperactividad en niños y del *Burnout* en maestros. Para analizar esta cuestión, recorrimos a Lacan, para quien la actualidad viene siendo caracterizada por la peculiar "copulación" entre la ciencia y el discurso del capitalista. Pretendemos examinar la transformación de la demanda escolar en síntomas médicos como marca de la incidencia de la alianza entre los dos discursos en la educación.

Palabras-clave: transtorno de déficit de atención / hiperactividad, burnout, educación, discurso de la ciencia, discurso del capitalista.

Este trabalho pretende apresentar algumas notas sobre a nossa pesquisa de doutorado intitulada *Educação e Laço Social na Atualidade*, cujo projeto surge dos questionamentos de uma analista acerca da sua experiência de trabalho em escolas municipais do Rio de Janeiro. Mais especificamente, o que o trabalho em escolas produz como questão é a proliferação de diagnósticos psiquiátricos entre alunos e professores. Pretendemos demonstrar que tal proliferação é indício da transformação da demanda escolar em sintomas psiquiátricos, reduzindo a complexidade da tarefa educativa e do fenômeno do fracasso escolar, entendido aqui como evasão escolar e defasagem série/idade, a patologias individuais de cunho médico. Com base em autores como Voltolini (2009), abordaremos essa metamorfose da demanda escolar em sua relação com as noções lacanianas de discurso da ciência e do capitalista, cuja aliança é indicada por Lacan (1969-70/1992) como marca da atualidade.

1. TEMPO DE VER

O anúncio feito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária de que o Brasil é o segundo maior consumidor de ritalina do mundo¹⁴, como é popularmente conhecido o estimulante metilfenidato, despertou a atenção da mídia e de profissionais da área da saúde para as determinantes do aumento de seu consumo.

Lima (2005), em seu livro *Somos todos desatentos?: o TDA/H e a construção de bioidentidades*, traz os seguintes dados sobre o Brasil: em relação ao consumo, o país atingiu 23 kg no ano 2000 e 93 kg em 2003. Em 2006, a fabricação nacional alcançou 226 kg, além dos 91 kg importados. O autor traz ainda dados retirados do relatório de 2008 da Organização das Nações Unidas sobre a produção e o consumo de psicotrópicos, esclarecendo que o aumento do consumo de ritalina é uma tendência mundial, pois a sua produção global aumentou em mais de 580% entre 1990 e 1999, partindo de uma produção anual de 2,8 toneladas para 19,1 toneladas. Se considerarmos o período até 2006, o aumento ultrapassa 1200% ante 1990. De acordo com as fontes do autor, a produção e o consumo de ritalina não só aumentaram, como essa passou a ser o estimulante mais consumido no mundo e no Brasil, superando em quantidade a soma de todos os outros.

Tal crescimento na produção e consumo do metilfenidato em tão curto período de tempo torna necessária a compreensão sobre os seus usos. Embora alguns autores, como Ortega (2010), vêm sinalizando a importância de se considerar o uso não médico da ritalina, fenômeno nomeado de "aprimoramento cognitivo farmacológico", foi demonstrado por Lima

¹⁴ Sobre o assunto ver Conexão Jornalismo.

(2005) que o aumento do consumo de ritalina está prioritariamente associado à expansão do público-alvo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o TDA/H, definido na revisão do DSM III, de 1987. Isso porque o valor terapêutico da ritalina é quase exclusivamente reconhecido em relação a tal transtorno.

Segundo a genealogia do TDA/H construída pelo autor, a expansão do público-alvo do transtorno tem duas determinantes principais. A primeira é a promoção do fenômeno da não-aprendizagem à categoria médica, enquanto a segunda é a progressiva inclusão de adolescentes e adultos no ramo de possíveis portadores do transtorno. Ainda de acordo com Lima (2005), é com esse público-alvo expandido que a indústria farmacêutica se interessa pelo distúrbio, promovendo a associação do diagnóstico à indicação medicamentosa de ritalina.

Desse modo, se o Brasil é o segundo maior consumidor de ritalina do mundo, ou se o aumento do consumo de ritalina é uma tendência mundial, ambas as notícias indicam em primeira mão a proliferação do diagnóstico de TDA/H no país e no mundo. Tal proliferação, por sua vez, aponta para o que Lima (2005) identificou como a promoção da não-aprendizagem à categoria médica.

No entanto, não são apenas as crianças que estão recebendo respostas médicas para o fenômeno da não-aprendizagem ou do fracasso escolar. Há também um crescimento de diagnósticos médicos entre os professores, e seus conseqüentes tratamentos farmacológicos. Alguns desses diagnósticos estão diretamente relacionados à atividade laborativa, como o *Burnout* ou Síndrome de Esgotamento Profissional, definido como um estado avançado de estresse em conseqüência do ambiente de trabalho, e classificado na 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Em 2010, o Sindicato dos Professores do Estado do Rio de Janeiro fez uma ampla campanha de sensibilização para a crescente incidência dessa síndrome em professores, com direito a mensagens de *outdoors* e distribuição de cartilhas aos professores. Embora as cartilhas não trouxessem dados concretos, menciona-se o grande número de professores "readaptados", aqueles que, atingidos por alguma doença, são afastados temporária ou permanentemente para atividades administrativas, ou afastados das escolas por licença-saúde. É citada ainda uma pesquisa realizada com mais de 8 mil professores da educação básica da rede pública na região Centro-Oeste do país, a partir da qual estimou-se que 15,7% dos entrevistados apresentavam a síndrome.

Outros diagnósticos também vêm crescendo entre os professores. Na Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte, os transtornos mentais, já em 1998, figuravam como o segundo

motivo para a concessão de licenças médicas aos educadores, representando algo em torno de 9,24% do total de laudos existentes, com predominância do diagnóstico de depressão (DINIZ, 1998).

A reportagem de Alessandra Horto para o jornal virtual O Dia, de 26 de Junho de 2011, traz os seguintes dados sobre a rede pública do Estado do Rio de Janeiro: diagnósticos de depressão, ansiedade e síndrome do pânico são responsáveis por 70% dos casos de afastamento de professores, superando os problemas de voz, que constam em segundo lugar, responsáveis por 25% das licenças. Naquela ocasião, 11 mil docentes estariam licenciados. Segundo a consulta feita a Eduardo de Oliveira Santos, superintendente da Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional, metade dos professores licenciados por transtorno do humor acaba se aposentando por invalidez permanente.

Tais dados sobre o crescimento do diagnóstico de TDA/H entre os alunos e de transtornos do humor entre os professores indicam que as queixas escolares vêm recebendo respostas de cunho individualizante, patologizante e medicamentoso. Trata-se da transformação da demanda escolar em transtornos médicos, fenômeno chamado por Monteiro (2006) de "medicalização da vida escolar", cujos números, como vimos, são alarmantes. Tamanha medicalização tem gerado reações de entidades e instituições, dando origem a um cenário de debate entre os adeptos da psiquiatria biológica e aqueles contrários à medicalização dos problemas escolares.

2. TEMPO DE COMPREENDER

Na década de 80, Carlos Drummond de Andrade escreveu uma crônica para o Jornal do Brasil, cujo tema era a peculiar relação do homem contemporâneo com o medicamento.

Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Não cheguei ainda a conclusões dignas de publicidade, e talvez não chegue nunca a elaborá-las, porque se o número de doenças é enorme, o de medicamentos destinados a combatê-las é infinito, e a gente sabe o mal que habita em nosso organismo, porém fica perplexo diante dos inúmeros agentes terapêuticos que se oferecem para extingui-lo. E de experiência em experiência, de tentativa em tentativa, em vez de acertar com o remédio salvador, esbarramos é com uma nova moléstia causada ou incrementada por ele, e para debelar a qual se apresenta novo pelotão de remédios, que, por sua vez...

De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades (ANDRADE, 1980).

Assim como Drummond - mas antes dele - Lacan (1966/2001) também identificou uma nova relação do homem com a medicina e com o médico; uma relação nova, mas típica e

característica de nossa época. Era o ano de 1966 e Lacan participava de um colóquio organizado por Jeanne Aubry cujo tema era "O lugar da psicanálise na medicina". Diante de um público de médicos, Lacan discorreu sobre as modificações ocorridas na função social desses e ainda sobre a sua causa, a saber, a entrada da medicina numa fase científica. Isso porque, para Lacan (1966/2001), a ciência, a partir do seu intenso desenvolvimento e dos seus novos poderes de investigação e pesquisa, passou a se apresentar como um discurso cujo poder é generalizado.

Atravessada por essa "nova" ciência, a medicina transforma o direito à saúde em uma espécie de toxicomania generalizada, em que, do lado da medicina científica, há uma proliferação de produtos de consumo ofertados ao homem, enquanto que esse se dirige à medicina como alguém que detém um "ticket de benefício" (LACAN, 1966/2001, p. 10). Tal como colocado por Carlos Drummond de Andrade (1980), o homem passa a se relacionar com a medicina enquanto um consumidor, de modo que o direito à saúde torna-se um direito ao consumo dos produtos criados pela medicina científica.

Mais tarde, em *O Seminário*, livro 17 (1969-70/1992), *Radiofonia* (1970/2003) e *Televisão* (1974/2003), Lacan voltou a abordar as especificidades do que seria o discurso da ciência atual, muito embora não apresentasse nenhum matema para o mesmo. Para compreender os efeitos da ciência sobre a medicina, descritos em 1966, Lacan definiu essa "nova" ciência como um discurso que coloca no lugar do outro o objeto *a*, ou melhor, como um discurso que se dirige ao outro como objeto de estudo e gozo, rejeitando a verdade do sujeito e promovendo a disjunção entre saber e verdade. O saber, deixando de ser sustentado por uma verdade, apresenta-se como um modelo que pretende tudo explicar, criando a ilusão de a verdade poder ser toda dita.

Embora em "O lugar da psicanálise na medicina" Lacan não faça referência ao discurso do capitalista, no *Seminário*, livro 17, indica que, em nossos dias, a ciência está em uma relação de "copulação" com o mesmo (LACAN, 1969-1970/1992). Dessa forma, a "nova" ciência é aquela determinada pelo discurso do capitalista, definido como aquele em que o sujeito está fixado ao lugar que o capital lhe reserva, o de consumidor. Nele, o objeto *a*, objeto-mercadoria, produz demandas ao sujeito, rebaixando o desejo à necessidade, prometendo supri-la.

Assim, a ciência atual desencadeia uma "toxicomania generalizada" devido à influência que sofre do discurso do capitalista, tornando-se um discurso produtor de objetos, e não de ideias.

O mundo científico deposita em suas [dos médicos] mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova (LACAN, 1966/2001, p. 10).

Enquanto a nova ciência se coloca como produtora de objetos, do lado do sujeito, o discurso do capitalista promove um imperativo de gozo e, portanto, uma demanda insaciável de consumo. Assim, é regido por esses dois discursos que o direito à saúde se torna um direito ao consumo dos "agentes terapêuticos", ou mais exatamente, um dever de consumo.

Desse modo, embora a ciência e o capitalismo não sejam novidade, para que possamos fazer deles marcos da atualidade, segundo Lacan, o nosso tempo pode ser caracterizado pela peculiar aliança entre eles (LACAN, 1969-1970/1992).

3. TEMPO DE CONCLUIR

Em "O lugar da psicanálise na medicina", Lacan (1966/2001) propõe que a "nova" ciência comporta um modo peculiar de se inserir na cultura, promovendo uma expansão do seu lugar na vida comum do homem. Assim, autores como Voltolini (2009) têm se empenhado em problematizar as conseqüências da incidência dos discursos da ciência e do capitalista na educação. A nossa pesquisa de doutorado também compreende essa tarefa, de modo que consideramos a transformação da demanda escolar em transtornos médicos como parte dessa expansão.

Como vimos, Lima (2005) defende que a expansão do público-alvo do TDA/H chama a atenção da indústria farmacêutica, que passa a promover a associação entre o transtorno e a prescrição medicamentosa da ritalina. O exemplo do TDA/H parece descortinar o "mistério", como considerou Andrade (1980) em sua crônica, da relação entre a doença e o remédio: em nossos dias, a ciência se estabelece sob o domínio do capital e interesses econômicos passam a permeá-la. Assim, a redução da não-aprendizagem e das questões que assolam a educação a sintomas estritamente médicos e a conseqüente proliferação de diagnósticos psiquiátricos entre alunos e professores podem ser tomados como conseqüência da incidência dos discursos da ciência e do capitalista na educação e, portanto, na vida comum do homem. Se o fracasso escolar adquire nome de doença e tratamento medicamentoso, trata-se da educação no tempo da "toxicomania generalizada".

Porém, se o fracasso escolar vem ganhando uma resposta nos moldes do direito à saúde enquanto imperativo de consumo dos produtos da ciência, resta-nos saber em que

medida suas causas também não podem ser entendidas como incidências dos dois discursos na educação e na cultura.

Torna-se ainda de extrema relevância considerar o "lugar da psicanálise na medicina" científica, ou melhor, que função cabe à psicanálise diante da cultura atravessada hegemonicamente pelos discursos da ciência e do capitalista.

Referências Bibliográficas:

ANDRADE, C. D. de. O homem e o medicamento. In: *Jornal de Brasil*, jul. 1980.

Disponível em: <<http://farmacovigilanciablog.wordpress.com/>> Acessado em: 16 Março 2013.

Conexão Jornalismo. Disponível em: <<http://www.conexaojornalismo.com.br/>>. Acesso em: 24 Março 2013.

DINIZ, M. De que sofrem as mulheres-professoras? In: Lopes, E. M. T. *A psicanálise escuta a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 1998, p. 195-223.

HORTO, A. Doenças como depressão tiram professores de sala. In: *Jornal O Dia*, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.perito.med.br/>>. Acesso em: 8 fev. 2013.

LACAN, J. Televisão [1974]. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 508-543.

_____. Radiofonia [1970]. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 400-447.

_____. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise [1969-1970]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. *Revista Opção Lacaniana*, n. 32, São Paulo: Ed. Eolia, 2001, p. 8-14.

LIMA, R. C. *Somos todos desatentos?: o TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MONTEIRO, H. R. *A medicalização da vida escolar*. 2006. 111f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ORTEGA, F. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. In: *Interface: comunicação, saúde e educação*, v. 14, n. 34, 2010, p. 499-510.

VOLTOLINI, R. *O discurso do capitalista, a psicanálise e a educação*. Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br/>>. Acessado em: 13 fev. 2013.

**INCIDÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO PROCESSO DE ANÁLISE:
da forclusão à inclusão do sujeito**

Raquel Coelho Briggs de Albuquerque

Psicóloga. Psicanalista. Doutoranda e Mestre em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: rccbalbuquerque@yahoo.com.br

RESUMO

Entende-se que a discussão que se trava no âmbito da saúde mental em torno da cientificidade dos tratamentos de transtornos psiquiátricos, antes de ser uma discussão científica, é uma discussão ético-filosófica. Trata-se de considerar o sujeito humano um objeto passivo no mundo, objetalizado pelo cientificismo; ou um sujeito ativo, criador de suas próprias leis e inventor de seu próprio modo de funcionamento no mundo. O diagnóstico psiquiátrico tomado pelo cientificismo acaba por foracluir o sujeito, objetalizando-o ante seu sintoma; em contrapartida, se tomado pela via do sintoma, o diagnóstico pode ser importante para uma demanda que ultrapassa o pedido de ajuda e chega à demanda de análise.

Palavras-chave: psicanálise, diagnóstico psiquiátrico, cientificismo.

ABSTRACT

It is understood that the discussion on mental health, about the scientificity of the treatment of psychiatric disorders, before being an scientific discussion, is an is an ethical and philosophical discussion. It comes to considering the human subject a passive object in the world, made an object by the scientificism; or an active subject, inventor of their own laws and its own way of operating in the world. The psychiatric diagnosis taken by scientificism, foracludes the subject, making it an object front of his symptom; by contrast, when taken by way of symptom diagnosis may be important to a demand which exceeds the help request, and reaches a demand of psychoanalysis.

Keywords: psychoanalysis, psychiatric diagnosis, scientificism.

*“A ciência é capaz de saber o que pode,
mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra,
é incapaz de saber o que quer”
(Lacan, 1966/2001, p.11).*

Os diagnósticos psiquiátricos se multiplicam. Com o DSM-V e mesmo antes dele, já se podia notar a tendência da psiquiatria atual a ampliar o conceito de doença mental, transformando os reclassificando alguns transtornos em espectros, a partir de um diagnóstico dimensional e não mais categórico. No diagnóstico categorial, ou o sujeito se enquadra em um determinado transtorno ou não. Os sintomas são observados qualitativamente. O diagnóstico dimensional leva em consideração a intensidade do sintoma e baseia-se na ideia de espectro, em que a luz, passando por um prisma, é decomposta em várias cores (GOMES DE MATOS *et al.*, 2005). Assim, entre um sujeito e outro pode haver uma longa variação.

Os transtornos são agrupados em grandes grupos. Há os transtornos do espectro autista (TEA), os transtornos do espectro afetivo bipolar (TAB), transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, transtornos do espectro da esquizofrenia... Com isso, os diagnósticos se ampliam e a antiga discussão sobre o normal e o patológico evidencia-se novamente.

Em um artigo de revisão bibliográfica sobre *Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento*, publicado em 2004, encontrávamos a prevalência do autismo variando entre 40 a 130 casos por 100.000, isto é, 0,4 a 1 caso por 1000, figurando entre as três mais comuns desordens no desenvolvimento (GADIA, 2004).

Quatro anos depois, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos realizou pesquisa publicada em 2012, indicando uma prevalência de 1 caso de transtorno do espectro autista para cada 88 crianças nascidas. Levando em conta que a prevalência entre meninos e meninas é diferente (4/1), encontraríamos um menino com TEA a cada 55 meninos nascidos.

O autismo é apenas um exemplo de uma tendência da psiquiatria como um todo, a colocar no mesmo grupo os mais graves autistas e as mais leves dificuldades sociais. O Transtorno Bipolar, também já é conhecido na área psiquiátrica como Transtorno do Espectro Bipolar e, com a ampliação desse conceito, a prevalência indicada nos estudos epidemiológicos aumentou de 1% para 8% em poucos anos (LIMA, 2005).

O TDAH é outro exemplo, com prevalências que crescem assustadoramente e são bastante divergentes entre países como Estados Unidos e Europa (ROWLAND, 2002).

O mais curioso é que a ritalina, principal medicação utilizada para os sintomas de TDAH, é a mesma utilizada por muitos jovens brilhantes que prestam concursos concorridíssimos, mas por isso mesmo necessitam passar horas seguidas estudando. A ritalina

aumenta o desempenho da atenção concentrada. Você tenha um déficit (em relação à norma), ou não.

As alterações neurofisiológicas estão lá. Mas será que não há interação do homem com o meio? Será que não existe uma troca? Se um ente querido morrer, você fica triste porque ele morreu e o correlato dessa tristeza são as alterações neurofisiológicas. E não o contrário. A questão, portanto, não diz respeito tanto à eficácia da medicação, mas à tentativa de exclusão das diferenças a partir de uma normatização. A partir de um discurso de inclusão, os diferentes começam a ser segregados, e as diferenças classificadas, anuladas e, o mais importante, tratadas à revelia do sujeito, forcluído pelo discurso cientificista.

Tendo em vista este contexto, o objetivo deste trabalho é o de abordar as incidências da comunicação de um diagnóstico psiquiátrico para um sujeito em processo de análise, para além do uso, ou não, da medicação. Como é, para um sujeito, receber um diagnóstico psiquiátrico? Como pode, um sujeito se colocar, frente a uma “doença” que lhe acomete, frente a um significante que o descreve em sua mais amada e ao mesmo tempo mais odiada forma de ser? A seguir, trazemos um fragmento clínico.

Angélica, uma mulher de meia idade, tem dois filhos, é divorciada. A hipótese diagnóstica com que trabalho até hoje e desde o início é a da neurose.

_ “Eu sou bipolar”, relata-me a paciente em uma entrevista inicial.

_ “Bipolar?”, pergunto, com ar de surpresa.

_ “É. Diagnosticada pelo psiquiatra”.

Angélica ficava muito nervosa em alguns momentos específicos da vida, sobretudo quando precisava lidar com certas questões que seu relacionamento impunha, quando, por exemplo, sentia ciúmes do companheiro, mas não se permitia desconfiar. Foi ele quem a levou pela primeira vez ao psiquiatra, o qual fez o diagnóstico e a medicou.

Após algum tempo, começou a questionar seu diagnóstico. “Você acha que eu sou bipolar? Andei lendo e, o ácido valpróico faz muito mal para a saúde”. Devagar Angélica foi se implicando em sua história, percebendo que suas alterações de humor se davam em momentos específicos, muito difíceis para ela. E começou a questionar que situações eram essas, e sua posição diante delas. Começou a questionar por que agia assim, por que não conseguia agir de um modo diferente nessas situações. E foi falando de si. Um certo tempo se passou até o dia em que Angélica, depois de todo um movimento de desidentificação, comunicou-me que havia parado com os remédios. Para ela, foi um ponto importante. Passaria a tentar controlar seus impulsos consigo mesma, implicando-se nas situações. Me chamava atenção no discurso de Angélica a importância de sentir que sua loucura era comum,

e que embora saísse dos trilhos da razão, às vezes, quem não o fazia? Mas, sobretudo, que aquilo não acontecia totalmente à sua revelia.

Os escritos de Angélica, em forma de poemas, transmitem muito bem seu movimento. Aqui, eles serão omitidos, para preservar o anonimato do caso. Entretanto, seu conteúdo pode ser apontado. Seus poemas, nessa época, falavam das dificuldades de ser louco, mas também da loucura de todo mundo. Nessa época, Angélica assinava com um pseudônimo. Esse pseudônimo, embora claramente fictício e até jocoso, era muito representativo. Com um nome comum e um sobrenome que remetia à loucura, Angélica transmitia a ideia de que aquela que escrevia podia ser uma louca qualquer. Qualquer um podia se identificar ali, em sua poesia. Sua loucura era do tipo mais comum. Com o tempo, Angélica passou a assinar suas poesias com seu próprio nome.

A descrição acima não diz respeito ao trabalho de análise que Angélica faz até hoje. Mas, ao contrário, diz respeito ao que possibilitou sua entrada nesse trabalho.

É importante destacar, portanto, essas duas formas de demanda que se constituem na transferência, das quais apenas a segunda seria peculiar ao tratamento analítico. A demanda de amor é aquela que solicita, no Outro, o objeto de desejo para estancar sua falta. Tal demanda pode ser identificada na ‘demanda de cura’, um pedido de ajuda que não distingue o analista da série de mestres, tais como o amante, o médico, o padre, o pai de santo, etc. É apenas a segunda demanda, ou seja, aquela que demanda um saber sobre o objeto - o que já é diferente de demandar o objeto em si – que é dirigida ao analista enquanto tal. Aqui, o analista é deslocado do lugar de Outro e colocado no lugar de Sujeito suposto Saber, como Lacan (1964/1998) o designa.

Muitas vezes, o diagnóstico psiquiátrico é o que torna possível ao sujeito buscar um analista. É o diagnóstico que atesta ao sujeito que as coisas não vão bem, que é preciso sim procurar ajuda, que talvez não seja possível resolver sozinho. E é assim que chega muitas vezes o sujeito encaminhado pelo psiquiatra: em busca de alívio.

Entretanto, para que o sujeito chegue a se implicar em seu sintoma, é preciso mais que um pedido de ajuda, é preciso uma demanda de análise. A medicação e mesmo o desabafo inicial podem até dar conta do alívio que o sujeito procura e ele sai dali satisfeito. Ou podem não dar conta, e então é preciso que a demanda de ajuda se transforme em demanda de análise.

Nesse ponto, essencial, mesmo que ainda inicial, do trabalho da psicanálise, encontramos um paradoxo: o diagnóstico, que levou o sujeito a procurar ajuda, pode ser o responsável por mantê-lo nessa posição, sendo um entrave à entrada em análise. Pode ser que

o sujeito continue esperando ajuda; continue esperando um remédio melhor, um conselho bom, um jeito mágico de se livrar da dor. E se isso persiste, a análise não chega a começar.

No caso em questão, o significante *bipolar* pôde ser deslocado, trabalhado pelo sujeito, multifacetado e até mesmo esquecido. Mas não o esquecimento do recalque, vale lembrar, e sim o esquecimento daquilo que não precisa mais retornar, que estando vivo na memória, pode descansar em paz. Nem sempre isso é possível. Muitas vezes o sujeito não chega a questionar o que pode haver de produção sua naquilo que lhe acomete como dor.

Em *Por que a Psicanálise*, Roudinesco (2000) discute o mal da virada do século, o *transtorno depressivo*, ou melhor, os *antidepressivos*, como ela mesma indica ao nos lembrar que eles são utilizados para os mais diversos casos. Seja sozinhos ou associados, são utilizados desde os mais diversos transtornos do humor, aos transtornos que envolvem a ansiedade, transtornos compulsivos, dependência química, e até mesmo, em casos de esquizofrenia (em geral associados a outras medicações).

Longe de fazer apologia contra o uso de remédios, chamamos atenção para a difícil tarefa que o analista tem de trabalhar no sentido de ajudar o sujeito a sair de uma posição tão confortável quanto a de doente. Enquanto doente ele é objeto de uma doença. Objeto a ser cuidado, esperando no Outro sua redenção. Lacan (1966/2001) nos lembra que a demanda de cura carrega consigo o pedido da autenticação como doente. E o remédio muitas vezes funciona como essa autenticação, esse atestado. Mas será a medicação em si que faz esse tampão no discurso do sujeito? Creio que não. Ou não seria possível haver psiquiatras trabalhando em consonância com a psicanálise.

Já o discurso cientificista - em cujo discurso o meio psicofarmacológico está imerso, -, esse sim pode dar essa resposta à demanda do sujeito. Com a tentativa de tornar todas as causas objetiváveis, não reconhecendo nada além do objetivo, o discurso cientificista acaba por foracluir o sujeito, que retorna na posição de objeto (LACAN, 1966/1998).

Se o diagnóstico designa ao sujeito um significante mestre, ao qual ele se fixa, a nomeação de sintomas possibilita a construção de um saber, S2, uma cadeia em torno daquilo que acomete o sujeito, uma cadeia na qual os significantes podem se deslocar.

O *mal-estar* é estrutural, faz parte do humano, já anunciava Freud em 1930. “De perto ninguém é normal”, diz o dito popular. Machado de Assis, em *O Alienista*, de 1882, não poderia ser mais atual com a discussão deste tema. Destacamos, na leitura dessa obra, a perspicácia do autor em apontar o discurso cientificista que gira em torno da *doença mental*, em busca de um bem universalizado, a chamada *saúde mental*.

O dr. Simão Bacamarte, alienista que dá nome à obra, utiliza os mais diversos argumentos sob a égide do discurso do bem e da ajuda, para construir, com os recursos da população, a Casa Verde; hospício em que trancará os loucos das redondezas.

Não sem caridade - ou seja, em busca de um bem ao outro - mas em favor da ciência, é que Simão Bacamarte trancafia, um a um, os habitantes de sua cidade.

A caridade, Sr. Soares, entra decerto no meu procedimento, mas entra como tempero, como o sal das coisas, que é assim que interpreto o dito de São Paulo aos Coríntios: "Se eu conhecer quanto se pode saber, e não tiver caridade, não sou nada". O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar *profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal*.

Simão Bacamarte descobre os mais diversos tipos de loucura em um por um dos habitantes de sua cidade. E, percebendo que não sobraria ninguém que não fosse tomado pela loucura, acaba por considerar louco aquele que não possuísse um único desvio da norma. Então, ele próprio, o único a não possuir desvios, acaba morrendo sozinho na Casa Verde.

Com esse desfecho, Machado de Assis nos aponta a problemática tão atual entre o normal e o patológico. Entretanto, o que mais nos chama a atenção, no texto de Machado, é a posição do alienista que, em nome da ciência, passa a saber o que é melhor para casa sujeito e a decidir o destino de um a um dos moradores de Itaguaí. Em nome da ciência, ele mesmo morre trancafiado em seu hospício.

Considerações Finais

Se o homem não é bom por natureza, se há uma maldade inerente, como nos propõe Freud (1930/2006) em *O mal estar na civilização*, ou mesmo se pensarmos nas perversões descritas por ele em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2006), então seria difícil pensar em uma máxima universal, isto é, algo que, sendo bom para mim, é bom para o outro. A ética da psicanálise nos ensina que não há um Bem universal a ser alcançado (LACAN, 1959-60/1997). Trata-se, portanto, de considerar o sujeito humano um ser ativo, criador de suas próprias leis e inventor de seu próprio modo de funcionamento.

Machado de Assis nos mostra a dificuldade de se universalizar a loucura, apontando para o singular que o patológico representa quando se trata de doença mental. Os escritos de nosso paciente marcam um momento de desvencilhamento de um significante-diagnóstico objetualizante para o sujeito.

Tomado pelo cientificismo, o diagnóstico psiquiátrico reúne sintomas sob um significante mestre, o qual, apresentado pelo discurso cientificista, acaba por foracluir o

sujeito. Em sua demanda de cura, o sujeito pode acabar encontrando aquilo que deseja, isto é, um atestado de doente (LACAN, 1966/2001). Vítima do mundo, acaba se fazendo passivo diante da vida. Entretanto, conclui-se que, se tomado pela via do sintoma, o diagnóstico pode possibilitar o ultrapassamento desse lugar de doente-objeto da ciência, ao lugar de sujeito ativo, sendo capaz de, ante suas limitações, escolher se quer, ou não, aquilo que deseja. As mudanças que uma análise promove não se restringem aos sintomas dos transtornos psiquiátricos, mas se estendem às inúmeras e sérias escolhas que um sujeito faz ativamente ao longo de sua vida.

Referências bibliográficas:

CDC. [Autism Spectrum Disorders \(ASDs\) - Data & Statistics](#). Centers of Disease Control and Prevention ([31 de Março de 2012](#)).

FREUD, S. Três ensaios para uma teoria da sexualidade [1905]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. O mal estar na civilização [1930]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTA, N. T. Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. In: *Jornal de Pediatria*. v. 80, n.2, 2004, p. S83-S94.

MATOS, E. G. de; MATOS, T. M. G. de; MATOS, G. M. G. de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 27, n. 5. Porto Alegre: 2005.

LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise* [1959-60]. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

_____. *O Seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. *Opção Lacaniana*, 2001.

_____. A ciência e a verdade [1966]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LIMA, M. S. de et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev. psiquiatr. clín.* v. 32, supl. 1. São Paulo: 2005.

ASSIS, M. de. *O Alienista* [1982]. Domínio Público.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROWLAND, A.S. et al. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHA): A public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* n. 8, p. 162-70, 2002. PMID 12216060.

POLÍTICAS PÚBLICAS NA EDUCAÇÃO E O SUJEITO

Renata Mendes Guimarães Geoffroy

Mestranda do PGPSA/UERJ. Psicóloga PROINAPE/SME-PCRJ. Professora Substituta UFRJ.

Email: renatageoffroy@gmail.com

RESUMO

Sigmund Freud sempre se mostrou prevenido quanto a confusão da função educativa e da função da psicanálise, colocando, de saída, um limite entre os dois campos, se afastando da ambição da psicologia de que, com sua aplicação ao campo educacional, obtivesse um aumento da eficácia do desempenho da aprendizagem. Desse modo, frente a incidência universal das políticas públicas, a aposta da psicanálise vai na direção da escuta do sujeito sobre a verdade singular de seu mal-estar.

Palavras-chave: educação, políticas públicas, psicanálise.

RÉSUMÉ

Sigmund Freud a toujours été mis en garde contre la confusion du rôle d'éducation et de la fonction de la psychanalyse, en plaçant une frontière entre les deux domaines, donc il s'éloigne de l'ambition de la psychologie qui, appliquée à l'éducation, a l'objectif d'augmenter l'efficacité d'apprentissage. Par rapport à l'incidence des politiques publiques universelles, le pari de la psychanalyse va vers l'écoute de sujet sur la vérité singulière de son malaise.

Mots-clés: éducation, politique publique, psychanalyse.

Ao resgatarmos a história da Psicologia no Brasil, descobrimos que ela surge no campo da Educação, engajada a uma lógica liberal, a serviço da disciplina e do controle, produzindo a patologização do fracasso escolar e, com isso, a exclusão dos “desadaptados” a este modelo institucional (BARBOSA; SOUZA, 2012).

Em um movimento contrário, Freud (1932/2006) sempre se mostrou prevenido quanto à confusão entre a função educativa e a função da psicanálise. Desse modo, coloca de saída, um limite entre os dois campos, se afastando da ambição da Psicologia de que, com sua aplicação ao campo educacional, obtivesse um aumento da eficácia do desempenho da aprendizagem.

Freud (1912/2006) no texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* afirma que na execução da psicanálise, pesquisa e tratamento coincidem. Lacan (1964, p. 14), por sua vez, inicia *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, com a pergunta “o que é a psicanálise?” e responde que a psicanálise é uma práxis: “É o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico”.

Nesse sentido, em psicanálise, teoria e prática articulam-se em um movimento dialético, a teoria norteia a prática e esta, por sua vez, interroga a teoria a todo tempo, fazendo ambas avançarem. Afinal, não podemos esquecer que Freud constrói a psicanálise a partir da clínica, fundando, com isso, a regra fundamental da psicanálise, a associação livre por parte do paciente, que tem contrapartida na atenção flutuante por parte do analista.

Assim, faz-se necessário retomarmos a postulação freudiana da invenção da clínica no caso a caso que aponta para o real inerente a toda e qualquer clínica. Elia (1999, p. 5) faz uma distinção entre repetir os ditos freudianos e lacanianos e retomar um lugar de dizer freudiano e laciano, que remete à possibilidade de novos ditos, à:

convocação freudiana a tomar cada caso como se fosse o primeiro, preceito metodológico absolutamente não trivial, que exorta ao não uso do saber acumulado pela elaboração teórica e textual na abertura ao ainda não sabido que a clínica constitui a cada caso, e, dentro de um mesmo caso, a cada nova palavra do sujeito.

Na mesma direção seguem os ditos lacanianos de que cada analista deve reinventar a psicanálise e de que o analista se autoriza enquanto tal, ou seja, se faz autor de sua práxis, destacando a dimensão de reinvenção do caso-a-caso. Essas postulações de dois autores fundamentais da psicanálise afastam radicalmente este campo de saber e o analista de uma

posição de “mimetização do mestre” – nas palavras de Elia (1999) – na medida em que impõe o singular do caso-a-caso, tanto para o analisando, quanto para o analista.

Assim, nos orientamos pela posição de que as respostas às possibilidades de inserção da psicanálise na escola só podem ser elaboradas no caso a caso, afastando-se de uma postulação geral e unívoca. A partir da experiência institucional como psicóloga integrante do PROINAPE (Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas) da SME/RJ, o presente trabalho tem como objetivo a reflexão desse programa e a possibilidade de inserção da psicanálise no contexto escolar.

Levantamos a hipótese neste trabalho, de que o PROINAPE é apresentado à sociedade e perante a escola e seus atores (alunos, professores e famílias) como um “pronto-socorro de especialistas” (MELO, 1997) que, uma vez na escola, vão dar conta do fracasso escolar. Enquanto programa representa uma das orientações da política municipal da Educação e parece atribuir ao aluno a responsabilidade pelo fracasso escolar, ao invés de considerá-lo dentro de uma perspectiva de análise mais ampla da Educação enquanto instituição. Isso nos remete à história da inserção da Psicologia na Educação no Brasil, que, seja pela via da patologização, seja pela via explicativa da Teoria da Carência Cultural¹⁵, o aluno era considerado, sempre, o responsável por sua não aprendizagem, enquanto que a instituição escola encontrava-se completamente ajustada à sua função.

Desse modo, embora muitos profissionais do programa conduzam a construção de seus trabalhos na direção da não culpabilização do aluno quanto ao fracasso escolar, a própria criação e permanência de nossas equipes nas escolas já falam: 1) de um fracasso escolar e 2) que os problemas relativos a este fracasso serão sanados pela equipe interdisciplinar. Entramos na escola e nos deparamos com professores se sentindo incapazes, desvalorizados, destituídos de suas funções, alunos que chegam ao terceiro ano conduzidos pela aprovação automática e aí permanecem durante dois, três, quatro anos, até serem realocados em uma turma de projeto, em que o problema se torna cada vez mais insolúvel, pais igualmente desamparados, procurando uma resposta para os problemas de seus filhos. Diante desse cenário, o PROINAPE é apresentado como aquele capaz de solucionar as mazelas da escola pública.

No entanto, uma questão se coloca: é possível levar em conta o singular no âmbito das políticas públicas? O “não aprende” vira “para todos”, universal. Nosso trabalho é justamente

¹⁵ Conforme explica Barbosa e Souza (2012, p. 170): “Com finalidades liberais e ajustatórias, a teoria da carência cultural, nascida nos Estados Unidos como forma de explicação das diferenças individuais entre as minorias pobres, negras e latinas no país (...)”.

situar o “não aprende” de cada um. Dar lugar ao não funcionamento para que se possa produzir algo a partir disso, saindo da posição queixosa. Assim, o que podemos oferecer na instituição é um lugar do não saber, uma escuta, um vazio de representação a partir do qual cada sujeito construirá seu saber. Não somos nós que temos a resposta. É o próprio paradoxo da existência do PROINAPE: é convocado, no lugar de especialista, a responder a todo e qualquer problema que emerge no cotidiano escolar. Ao nos colocarmos na posição de não saber, suspendemos o saber pré-concebido, uma vez que o analista é possuidor daquilo que Lacan (1953-1954) designa como ignorância douda: responde do lugar daquele que nada sabe, colocando o sujeito na posição de produção dos significantes mestres da sua história.

Podemos falar que, hoje, há uma acentuação da exclusão do sujeito, evidenciada no contexto escolar. Em um espaço de produção de indivíduos “desadaptados e desajustados”, a aposta da psicanálise vai na direção da escuta do sujeito sobre a verdade singular de seu mal-estar, possibilitando a emergência do sujeito. A partir de Freud, o discurso do analista representa uma revolução discursiva:

Este, já não é mais o mestre, que já não pergunta ao paciente (na posição de escravo) o que vai mal para se apoderar desse saber, e com ele trabalhar para o mestre - posição que surge também na medicina quando o médico, no lugar do mestre, diz ao paciente que é ele quem sabe sobre seu sofrimento e pode curá-lo, fazendo de seu paciente o objeto de aplicabilidade de sua ciência -, tampouco o analista é outro sujeito que, numa relação intersubjetiva, procura compreender de forma jaspersiana, por identificação imaginária, o que se passa com seu paciente, mas o analista é, com o novo discurso criado por Freud, o objeto que pode causar o sujeito, seu paciente, a querer saber o que vai mal (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 799).

Na mesma direção, Dunker (2011) destaca essa mudança na estrutura do saber entre a medicina antiga, que incluía o saber do sujeito sobre sua doença ao processo de cura e a medicina moderna, em que o sujeito é destituído do seu saber sobre seu mal-estar. É somente com Freud que o sujeito recupera seu espaço de fala. Podemos afirmar, então, que o discurso introduzido por Freud, além de dar lugar ao mal-estar, oferece ao sujeito condições de elaboração daquilo que vai mal. Nas instituições, este é o quarto de giro que pode fazer alguma diferença.

Nesse sentido, em uma direção contrária à Psicologia, a inserção da Psicanálise na escola não busca o aumento da eficácia do desempenho escolar, não estamos a serviço de um ideal institucional; cabe ressaltar que a medida da ação da psicanálise é, sobretudo, uma medida ética. Entretanto, isso não significa que a intervenção analítica não produza efeitos.

Considerando a história da inserção da psicologia na educação, consideramos essencial a dialetização da clínica psicanalítica na escola, a partir de uma reflexão da clínica

do sujeito na instituição para além do atendimento individual. O que queremos dizer com isso? Ora, primeiramente, a importância de que o psicólogo circule pelo espaço da escola. Embora muitas vezes nosso dispositivo de intervenção seja a partir do atendimento individual em uma sala reservada, nossa atuação não se reduz a isso. Ela vai além, e isso se coloca, inicialmente, em termos territoriais. Circular dentro do espaço da escola, ver e ser visto tem um lugar importante em nossa atuação institucional e dá chance ao encontro, ao acaso e a construção de algo novo.

Lacan define o dispositivo analítico “como lugar estrutural, em que um analista estabelece um modo inteiramente peculiar, definido pelo discurso analítico, de relacionar-se com um sujeito – o analisante – no trabalho de análise” (ELIA, 2000), dissociando o eixo simbólico do trabalho analítico de qualquer configuração imaginária, que remete ao conceito de *setting*. Desse modo, esta importante distinção autoriza a existência de uma diversidade de dispositivos analíticos nas mais diversas configurações institucionais, para além do consultório particular: hospitais, prisões, ambulatórios, escolas, e impõe como ordem do dia no trabalho institucional a reinvenção da clínica. Uma vez que, como nos diz Elia (2000, p. 32),

... em sua estrutura metodológica, a clínica não é lugar de aplicação de saber mas de sua produção, o que significa que, havendo produção de saber, há necessariamente condições para a prática clínica, uma vez que o saber produzido, não tendo caráter especulativo, foi gerado a partir de uma experiência em que o sujeito está necessariamente implicado.

Dunker (2011, p. 440), ao falar de uma clínica psicanalítica, destaca a importância do adjetivo nessa expressão e o fato dos dois termos serem inseparáveis: “Ou seja, a psicanálise é uma clínica, mas uma clínica que submete sua estrutura a seus próprios pressupostos”, na medida em que a psicanálise subverte o paradigma da clínica moderna, com a passagem de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta.

A escuta torna-se, assim, essência desse novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para o centro da cena clínica aquilo que o olhar médico deixava na sombra. A psicanálise pode ser assim definida como método de escuta e intervenção sobre a fala, mas também como método de leitura da escrita que constitui a materialidade do inconsciente (DUNKER, 2011, p. 439).

Desse modo, o corte operado pela psicanálise em relação à clínica clássica funda, conforme apontado por Foucault, uma nova discursividade: “É por isso que sua semiologia,

constituída a partir da fala e da linguagem, sua diagnóstica baseada na transferência e sua concepção etiológica baseada no inconsciente e na pulsão, fundam, de fato, uma clínica” (DUNKER, 2011, p. 478).

Assim, podemos falar que nossa atuação na instituição é clínica na medida em que onde o psicanalista está há clínica, compreendendo uma infinidade de possibilidades de atuação, de dispositivos que comportam uma dimensão criativa no dia-a-dia institucional. É essa nossa aposta.

Quando oferecemos um espaço de fala para os sujeitos na escola, nos deparamos com algo extremamente impactante e que de certo modo vai de encontro àquilo que se fala ou se espera desses sujeitos. Damos a possibilidade dessas crianças e adolescentes se colocarem como sujeitos, damos lugar à fala desses sujeitos, distinto do lugar de objeto que são, na maioria das vezes, colocados.

Pensamos, assim, como algo do discurso analítico pode ter um efeito, através da transferência, mesmo que não seja possível para todos. Além disso, o atendimento individual não significa que não haja efeito no coletivo, afinal, Freud (1921/2006) nos fala que indivíduo e grupo são indissociáveis. Assim, os efeitos da escuta analítica terão efeitos também no social. É importante destacar que tais efeitos não são calculáveis *a priori*, o que aponta que a psicanálise não é uma terapêutica como as outras, afirma Lacan (1966/1998).

Referências bibliográficas:

ALBERTI, S. e ELIA, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. 8, n. 3. Fortaleza: set. 2008, p. 779-802.

BARBOSA, D. R. e SOUZA, M. P. R. Psicologia Educacional ou Escolar? Eis a questão. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, v. 16, n. 1. São Paulo: 2012, p. 163-173.

DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

ELIA, L. A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721999000300015&script=sci_arttext . Acesso em: 30 ago. 2013.

_____. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: Alberti, S. e Elia, L. (orgs.). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, 2006.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu [1921]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, 2006.

_____. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise [1932]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 22, 2006.

LACAN, J. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud [1953-54]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. Variantes do tratamento-padrão [1966]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MELO, R. Ensino e Política da Escola. *Opção Lacaniana*, v. 18, 1997.

O GOZO DESMEDIDO DA PAIXÃO FEMININA: uma experiência do excesso na clínica

Isis Fraga Segal

Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da UERJ.

Rita Maria Manso de Barros

Professora Associada da UERJ e da UNIRIO. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicanálise UERJ. Diretora do Instituto de Psicologia da UERJ.

RESUMO

O gozo desmedido que se apresenta vinculado à paixão feminina pode ser observado tanto na clínica como na arte. Em certos casos, amor e ódio aparecem de modo avassalador, como uma satisfação paradoxal regida por uma outra lógica. Em *A terceira* (1974), Lacan situa topologicamente o gozo Outro na interseção dos registros do Imaginário e do Real. Do ponto de vista dessa outra lógica mais além do Édipo, não toda referida à função fálica, pode se pensar que um excedente da pulsão que escapa ao funcionamento Simbólico, da linguagem, restaria como ódio e rivalidade no registro do Imaginário, e como sensações no corpo, no registro do Real? Tomando como referência um fragmento da ópera *Erwartung opus 17*, de Arnold Schoenberg, este trabalho se propõe a pensar as manifestações do gozo sem medida, sejam elas o ódio e os ciúmes, ou as perturbações no corpo, tão resistentes ao trabalho de análise. O que se experimenta diante de uma obra de arte pode ser da ordem do indizível, desconhecido, estranho, esplendoroso, devastador, como um gozo suplementar, específico do feminino. O gozo feminino está referido ao ilimitado e ao Real indizível, e pode ser apenas esboçado por outros meios.

Palavras-chave: gozo, feminino, arte.

ABSTRACT

The unbounded, unlimited *jouissance* can be observed in feminine love both in art and in clinical practice. In some cases, love and hate appear in a most overwhelming way as a paradoxical form of satisfaction, ruled by other logic. In *La Troisième* (1974), Lacan places the Other *jouissance* at the intersection of the registers of the imaginary and the real. From the perspective of this other logic, beyond the Oedipus, not all related to the phallic function, is it appropriate to think that the excess of drive left out of the field of the symbolic (the language) could remain as hate and rivalry within the imaginary register, and as bodily sensations within the register of the real? Using a fragment of Schoenberg's opera *Erwartung*, opus 17 as a reference, this article attempts to reflect upon the experiences of unlimited *jouissance* in devastated women as they appear as an obstacle to the analytic process. The experience an artwork evokes can be of an unspeakable, ineffable, unknown, splendid, devastating order as a supplementary *jouissance*, specifically feminine. Feminine *jouissance* is referred to the unlimited and to the unutterable register of the Real, and could only be sketched by other means.

Keywords: *Jouissance*, feminine, art.

Na clínica, com todo o cuidado de uma escuta que leve em conta a singularidade, conforme deve ser a escuta psicanalítica, é possível perceber um aspecto de repetição nas questões e na posição de muitas mulheres, quanto à forma de experimentar o amor e o gozo, que convoca o analista a pensar na relação destes sujeitos com o feminino. Nesse sentido, destacamos alguns ditos recolhidos da clínica, que apontam para uma experiência de gozo sem medida, fora do domínio do falo, mais além do simbólico — em relacionamentos aos quais estes sujeitos se entregam loucamente a um gozo que se mostra devastador. "Entrar em desespero", "descontrolar-se", "enlouquecer", "sair do corpo" ou ficar "fora de si" são alguns exemplos da tentativa de dizer algo em torno de uma vivência de excesso. Como entender esse gozo em termos da experiência clínica com as mulheres, estas mulheres que existem e que buscam um destino para o seu sofrimento nos consultórios dos analistas, da época de Freud aos nossos dias?

O trabalho dos artistas auxilia os psicanalistas no cotidiano de lidar com as questões do inconsciente e os impasses clínicos. Conforme observava o pai da psicanálise, "provavelmente, bebemos na mesma fonte e trabalhamos com o mesmo objeto [que os artistas], embora cada um com seu próprio método. A concordância entre nossos resultados parece garantir que ambos trabalhamos corretamente" (FREUD, 1907[1906]/ 1976, p. 93). Mais do que isso, Freud acreditava que a arte se antecipa à psicanálise.

Assim como Freud e Lacan dedicaram estudos à tentativa de esclarecer *o que quer uma mulher*, também Schoenberg, na sua ópera para uma solista, intitulada *Erwartung Opus 17* (1909), envereda pelos enigmáticos caminhos do feminino e seus turbilhões pulsionais, encenando uma busca por amor que só encontra limite na morte. Também, assim como Freud e Lacan, buscamos nesta obra de arte elementos que nos ajudem a refletir sobre o gozo.

A ópera é um "monodrama"¹⁶(FRIEDLANDER, 1999, p. 3) encenado em um único ato que contém quatro cenas. Há apenas uma personagem, uma mulher sem nome, denominada *die Frau* ou *a mulher*. *Erwartung op.17* conta sobre uma mulher que vaga sozinha por uma densa floresta, na assustadora escuridão da noite, à espera do homem amado. O texto que a personagem canta é cheio de tropeços, fragmentos de frases que não se completam, entrecortadas por gritos e gemidos, dando a ideia do estado de desamparo, desespero e confusão mental; um lugar que a palavra não alcança. Depois de muito sofrimento, angústia e temor, na última cena ela encontra seu amado morto, ensanguentado. A cena reúne uma mistura de afetos que vão da paixão à ira e aos ciúmes, passando pela tristeza

¹⁶ Ópera ou peça teatral encenada por apenas um ator ou cantor que interpreta um só personagem.

e luto, numa intensidade emocional tal, que toca profundamente o espectador. É um encontro com o traumático, com o real, envolvendo amor, desejo, gozo, sexo e morte.

Para este trabalho, faremos referência a um fragmento da ópera¹⁷, que faz parte da última cena e nos remete à questão do excesso ligado ao amor, à paixão e ao gozo femininos. Na parte final da ópera, ao encontrar o homem amado morto, a Mulher enche de beijos seu corpo inerte, para logo em seguida ser tomada de ira pela suposição de infidelidade. Chama a suposta *outra mulher* de “bruxa” e “prostituta”. Volta seu ódio para o amante, chuta seu corpo e chama-o de “traidor”, “mentiroso”. Na cena, testemunhamos uma intensa participação do corpo que parece preencher os silêncios das frases, indicando a presença de algo que não pode ser dito, que está além do sentido. O corpo ali goza, faço aqui uma referência à ideia de um corpo que “se goza”, o “isso se goza”, que Lacan apresenta no *Seminário 20, mais, ainda* (LACAN, 1972-1973/ 2008, p. 29).

Nesta encenação de gozo, além do excesso pulsional que se descarrega pela via dos movimentos corporais, nota-se que o ciúme e o ódio se apresentam como afetos centrais em jogo. Quanto ao primeiro, Freud (1925/1976) o descrevia como um traço feminino, uma das possíveis consequências psíquicas da inveja do pênis (*penisneid*). Através de um deslocamento, a inveja persistiria na mulher adulta no traço do ciúme.

Também destacamos a encenação da convergência do amor e do ódio. Enquanto Freud nos alerta para o ódio em que se converte o amor da menina pela mãe, Lacan introduz um neologismo — “*hainamoration*” — para falar da “enamoração feita de ódio” (LACAN, 1972-1973/ 2008, p. 97), que parece ser o caso deste amor louco feminino.

Como poderíamos articular essa vivência do “fora de si”, em que, embaraçada entre o amor e o ódio, *die Frau* pode ter matado o parceiro e na qual não ela se reconhece? Não foi ela, há uma Outra mulher a quem o crime é imputado: bruxa ou prostituta, A *suposta* Mulher, toma o lugar de uma rival que atrairia seu parceiro. Poderíamos dizer que se trata aqui da “inquietante estranheza” que Lacan localiza na geometria dos nós, como sendo proveniente do Imaginário, ou ainda, escrita “na articulação do imaginário do corpo” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 47).

Lacan admite que a “adoração [sexual] é a única relação que o falasser tem com seu corpo – senão quando ele adora assim um outro, um outro corpo” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 64). Podemos entender esta afirmação como se referindo à própria constituição do eu como

¹⁷ Por conta do difícil acesso ao texto original, em alemão, foi utilizada uma tradução do libreto para o inglês, extraída da tese de doutorado sobre a ópera *Erwartung* Op. 17, defendida pela soprano e professora de canto Claudia Lynn Friedlander, na McGill University, em Montreal, Canadá, 1999.

uma imagem, conforme o Estádio do Espelho, como sendo um outro, o outro refletido no espelho? Por outro lado, como incluir neste contexto a pulsão, ligada não ao corpo como imagem mas ao corpo como “substância gozante”, em referência ao registro do real? (LACAN, 1972-1973/2008, p. 29).

Para introduzirmos a questão da pulsão, cabe observar que o conceito de *gozo* formulado por Lacan nasce em vinculação com o conceito freudiano de *trieb*, bem como com sua finalidade que é a satisfação. Assinalamos também que a noção de *satisfação pulsional*, em Freud, apresenta as duas vertentes, a erótica e a mortífera, numa correlação com as duas correntes pulsionais, a saber, Eros, pulsão sexual ou pulsão de vida, e a pulsão de morte. Estes dois aspectos da pulsão, diz Freud a Einstein, nada mais são do que a “universalmente conhecida oposição entre amor e ódio” (FREUD, 1933[1932]/1976, p. 252). No seminário 20, no qual introduz a suposição de um Outro gozo não limitado ao gozo fálico, Lacan também retoma esta articulação entre amor e ódio, criando, conforme já mencionado, a palavra “*hainamoration*” (LACAN, 1972-73/2008, p. 97), para indicar que, do lado do feminino, há uma alternância dos dois afetos, “que não passa pela limitação do significante” (MURTA, 2006/2013, p. 67).

Assim como *die Frau*, encontramos uma outra *frau* devastada, tanto na relação com a mãe quanto com o parceiro amoroso, que frequenta o consultório de um psicanalista nos dias de hoje. Gyna queixa-se da conturbada relação que mantém com sua mãe, descrita como uma mulher “autoritária, louca e manipuladora”, que sente “ciúmes ou inveja” da filha. Sua vida amorosa gira em torno de um homem por quem é “loucamente apaixonada” e que tem, sobre Gyna, efeitos devastadores. Ele mantém um relacionamento formal e longo com uma mulher a quem diz não amar e não sentir mais desejo. O enigma desta *outra* a instiga: quem será esta mulher? O que será que ela tem ou faz para manter ao seu lado esse homem, sem sexo, sem desejo e sem amor? Aqui, os significantes maternos (ou seriam femininos!), “ciúmes e inveja”, parecem retornar, mas desta vez tendo lugar na própria analisanda.

Na ligação com seu parceiro, experiências estranhas surgem nos momentos em que ele não atende aos seus chamados, circunstâncias em que a paciente acredita que ele esteja acompanhado da *outra mulher*. A vivência desta espera (*Erwartung*) é arrebatadora, chegando a afetar o corpo, provocando episódios de “pressão alta”¹⁸ e seguindo num crescente até atingir um clímax, ao qual um sujeito mulher se refere nos seguintes termos: “eu fico

¹⁸ Sabemos que o termo médico para “pressão alta” é “hipertensão”. O prefixo “hiper” denota um “além”, ou “excesso” (FERREIRA, 2010), noções importantes para a presente pesquisa.

descontrolada, quase surto, parece que vou sair do corpo”. Além disso, revela que, nessa hora, sente que “poderia matá-lo”.

Esta e outras análises de mulheres que mantêm relacionamentos amorosos nos quais há uma satisfação paradoxal, um gozo desmesurado e em certo sentido destrutivo, suscitam perguntas tais como: que gozo é esse, tão devastador quanto poderoso, do qual elas não podem abrir mão? Estaria alinhado do lado do gozo feminino, gozo desmedido “da ordem do infinito” (LACAN, 1972-1973/2008, p. 110), não-todo inscrito no registro fálico, registro que encontra seu limite na função da castração? Como avançar nestas análises em que um gozo desse tipo parece colocar-se como obstáculo tão imperativo ao prazer e, nos casos mais graves, à vida?

Nos seus últimos seminários, Lacan não trata mais apenas do sujeito sem substância, efeito do significante, mas do falasser que inclui o corpo como substância, “substância gozante” (LACAN, 1972-1973/2008, p. 29). O corpo precisa ser incluído para se pensar as questões do feminino, uma vez que estas incluem uma dimensão que excede à linguagem. Lacan mesmo adverte que não há outro jeito de abordar o gozo senão pela via do significante. Se desse gozo excessivo, sem medida, nada se pode dizer, há que se dizer algo em torno dele, por vezes, através da criação de enunciados como “sair do corpo”, ou da utilização de expressões como “enlouquecer” ou “ficar fora de si”, como escutamos em algumas análises contemporâneas e que não diferem tanto das que inauguraram a psicanálise.

Referências bibliográficas:

FRIEDLANDER, C.L. *Man sieht den Weg nicht...* Musical, cultural and psychoanalytic sign posts along the dark path of Schoenberg's *Erwartung* Op. 17 [tese]. Montreal: Programa de Pós-graduação e Pesquisa da McGill University, 1999.

FREUD, S. Delírios e sonhos na *Gradiva* de Jensen [1907 (1906)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 9, 1976.

_____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos [1925]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 9, 1976, p. 303-320.

_____. Por que a guerra? [1933 (1932)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. 22, 1976, p. 237-259.

LACAN, J. *O seminário, livro 20: Mais ainda* [1972-73]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. A terceira [1974]. In: *Opção Lacaniana: revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 62, São Paulo, 2011, p.11-36.

LACAN, J. *O seminário, livro 23: O sintoma* [1975-1976]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

MURTA, C. O amor entre filosofia e psicanálise. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, v. 18, n. 1, 2006, p. 57-70. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v18n1/a05v18n1.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

O SINTOMA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: entre o discurso da medicina e o discurso da psicanálise

Roseane Freitas Nicolau

Psicanalista. Professora Adjunta do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará. Membro do colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA.

Email: rf-nicolau@uol.com.br

Ana Elizabeth Araújo Luna

Graduada e licenciada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará.

Email: anabethluna@hotmail.com

Adalberto Jorge Ribeiro da Costa

Graduando em Psicologia pela UFPA. Bolsista PIBIC.

Email: beto.costa18@yahoo.com.br

Ingrid de Figueiredo Ventura

Psicóloga. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Membro da Internacional dos Fóruns (IF), da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Brasil e do Fórum do Campo Lacaniano – SP (FCL-SP).

Email: ifigueiredoventura@gmail.com

Oziléa Souza Costa

Psicóloga do Ministério Público Estadual do Pará - regional Marabá/PA. Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde Mental e Psicologia da Educação.

Email: ozilea69@uol.com.br

RESUMO

O presente trabalho é fruto da pesquisa “A psicanálise, o sujeito e a instituição: um diálogo com os profissionais de saúde sobre os processos sintomáticos do corpo”, desenvolvida na Universidade Federal do Pará e tendo como foco três aspectos importantes do sujeito: o sintoma, o corpo e os laços sociais, abordados pela dimensão clínica institucional. Com o objetivo de investigar a tensão existente entre o discurso médico e o discurso psicanalítico relativamente à noção de sintoma, pensamos a possibilidade de operação analítica no contexto institucional regulado pelo discurso da medicina, acreditando que concepções diferentes levam a modos de intervenção distintos.

Palavras-chave: psicanálise, sujeito, instituição, sintoma, laço social.

ABSTRACT

This work is the result of the research "Psychoanalysis, the individual and the institution: a dialogue with health professionals about the symptomatic processes of the body", developed at the Federal University of Pará and focusing on three important aspects of the individual: the symptom, the body and the social ties, discussed by institutional clinical dimension. In order to investigate the tension between the medical and psychoanalytic discourse of the notion of symptom, we think the possibility of analytical operation in the institutional context governed by the discourse of medicine, believing that different conceptions lead to different modes of intervention.

Keywords: psychoanalysis, individual, institution, symptom, social bond.

Este trabalho é fruto da pesquisa intitulada “A psicanálise, o sujeito e a instituição: um diálogo com os profissionais de saúde sobre os processos sintomáticos do corpo”, que se encontra em andamento sob orientação da Prof^a Dr^a. Roseane Nicolau, desenvolvida na Universidade Federal do Pará – UFPA, que tem como foco três aspectos importantes do sujeito: o sintoma, o corpo e os laços sociais, contemplados pela dimensão clínica institucional. A pesquisa se propõe a investigar, junto ao Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, de onde muitos pacientes são encaminhados para a Clínica de Psicologia da UFPA, o que pensam os profissionais a respeito do tratamento psicológico de sintomas e queixas que não se inserem na lógica do saber médico.

Vale ressaltar que esse Hospital, mesmo estando voltado para a formação de estudantes em diversas outras áreas, como enfermagem, fisioterapia, serviço social, psicologia, etc., delega à medicina um lugar central em cuja direção giram todos os outros serviços. A medicina coloca-se, nesse contexto, como uma pretensa panaceia para todos os males físicos, morais e psicológicos demandados pelos pacientes.

É nesse sentido que o discurso válido sobre a doença seria o discurso do médico, que tem o saber sobre o processo de adoecimento. Ocorre que muitos quadros clínicos não respondem positivamente aos tratamentos médicos, apontando para a necessidade da introdução de um outro saber que possa acolher os aspectos subjetivos implicados com a doença e que são, em muitos casos, responsáveis pela evolução do quadro clínico.

Outra questão observada no Hospital é que os encaminhamentos para atendimento psicológico são pouco frequentes e, quando ocorrem, são mal orientados, o que nos leva a hipotetizar na pesquisa que: 1- a equipe de saúde não acredita na necessidade de atendimento psicológico e, portanto, não orienta adequadamente a busca de psicoterapia; 2- Os pacientes não recebem orientação adequada sobre os benefícios da psicoterapia e por isso não procuram os serviços de psicologia; 3- A resistência dos pacientes em buscarem psicoterapia na Clínica de Psicologia pode estar relacionada às dificuldades na instalação da transferência com o psicoterapeuta, visto que, antes do encaminhamento à psicoterapia, já estabeleceram transferência com o saber médico, do qual esperam respostas para o seu sofrimento. A partir desses impasses, refletimos aqui a possibilidade de inserção do saber psicanalítico no hospital.

Freud (1910) se mostrou sensível à entrada da psicanálise no espaço institucional e à interlocução dos psicanalistas com outras disciplinas, no sentido de estender a clínica à população. Entretanto, ao mesmo tempo se mostrou cauteloso ao sugerir a inclusão de algumas inovações no campo da técnica, temendo os desvios daquilo a que a psicanálise visa: a dimensão ética do sintoma. Por isso, não podemos esquecer que no confronto com outros

saberes, é preciso manter nossa especificidade de escuta clínica. Se o psicanalista é aquele que se dirige ao sujeito do inconsciente, haveria lugar para ele em uma instituição marcada pelo discurso médico, cuja ênfase é o corpo como organismo?

Lacan (1964/2003), ao se reportar à inserção da psicanálise nas instituições, a designou de “psicanálise em extensão”. Muitos psicanalistas inseridos nos serviços de atenção à saúde têm pensado a inclusão da psicanálise neste campo, tentando fugir a uma idealização pela via da massificação dos atendimentos (ALBERTI, 2000; FIGUEIREDO, 2002). A psicanálise se constitui e se firma teorizando cada situação particular, levando em conta as singularidades dos sujeitos envolvidos. É esta especificidade que lhe dá consistência, e é isso que não devemos esquecer. Querer fazer da psicanálise uma ferramenta a mais para lidar com o sofrimento é uma falácia, pois ela não se presta a tamponar a falta, seja dos outros discursos, seja do profissional que intervém nas instituições.

Desse modo, considerando a teorização de Lacan (1969-1970/1992) sobre os quatro discursos, proposta no Seminário “O avesso da psicanálise”, e de Bousseyroux (2013) acerca dos discursos, abordaremos a seguir a tensão entre o discurso da medicina e o discurso da psicanálise nas instituições de saúde.

O discurso da medicina é sustentado pelo discurso do mestre, pois identificado ao lugar do saber e do poder, além de, muitas vezes, estar subserviente à lógica do capital, atua a partir de uma visão universalizante e normativa do saber, de modo que compreende o sujeito como um indivíduo capaz de harmonizar suas necessidades biopsicossociais. O saber médico, comumente, toma o sintoma como uma afecção remetida ao orgânico, fruto de uma disfunção ou desequilíbrio em seu funcionamento, o qual deve ser sanado, muitas vezes, pelos uso de medicamentos, o que não é sem relação com a indústria farmacêutica, logo, com o capital. Por isso, afirmamos que o discurso da medicina elide o sujeito e tende a suturá-lo, na medida em que deposita neste um saber pronto sobre sua doença e seu sintoma, operando com uma lógica que reduz a dimensão subjetiva e nega a enunciação do sujeito sobre o seu próprio mal-estar.

O discurso do mestre baseia-se na dialética hegeliana do senhor e do escravo. O que Lacan (1969-1970/1992) nos traz com a análise da dialética de Hegel é a questão do desejo, isto é, todo desejante tem o desejo de reconhecimento pelo Outro. O desejo também se articula com a questão do saber em análise, pois o saber do inconsciente determina o sujeito sem que ele o saiba. Porém, o que se constrói nesse processo não é um saber da ordem do conhecimento ou da representação, mais de um saber que não se sabe, de um saber inconsciente. Trata-se de um encadeamento entre S_1 e S_2 , próprio do discurso do mestre, para a produção de um saber a partir de um enigma construído com a demanda de análise ao

analista e com a constituição do sujeito suposto saber. Para a produção desse saber, é preciso que opere o discurso do analista, a partir de um giro nos discursos. No caso de nossa pesquisa, um giro operado no contexto de uma instituição de saúde: um hospital universitário.

A psicanálise subverte o discurso da medicina e coloca em movimento outra lógica de intervenção, pois não se vincula ao discurso científico como herança do cartesianismo, assim como a medicina. Como afirma Alberti (2000), a psicanálise não coincide com o discurso da ciência, constituindo-se como sua herdeira, pois, apesar de se inscrever nos seus fundamentos como método de investigação, se ocupa justamente daquilo que o campo científico cartesiano exclui: o real do sujeito, do sujeito dividido, que fala e sofre. Para tanto, não devemos esquecer que a prática da psicanálise junto à medicina nas instituições de saúde exige a “inventabilidade” do analista, como também requer dele uma firme formação teórica da psicanálise para que este, mesmo caminhando junto e auxiliando no desenvolvimento da equipe, não perca de vista o lugar de seu discurso na instituição, como defende Alberti (2000).

Assim, a psicanálise se sustenta no mundo a partir do discurso do analista em que, a partir de uma ética do desejo, se coloca como “castrado do saber” e oferece ao sujeito a possibilidade de falar e ser escutado, produzindo uma histericização do discurso do mestre, ou seja, o analista não se posiciona como detentor do saber, pois se dirige ao sujeito do inconsciente, colocando-o a trabalhar e a produzir seus próprios significantes agindo como causa do desejo do sujeito em produzir um saber próprio sobre seu sintoma.

Dessa forma, a psicanálise escuta o sintoma em uma via diametralmente oposta à da medicina, entendendo-o com um efeito da linguagem sobre o corpo, o que diz respeito ao gozo e ao desejo do sujeito. Essas afecções, algumas nomeadas por Lacan (1976/2003) como um evento corporal ou como um acontecimento de corpo, manifestam-se quando o sujeito é confrontado com uma situação de impasse psíquico. Ao diferenciar a ética da medicina e da psicologia da ética da psicanálise, Alberti e Almeida (2005, p. 68) afirmam que,

Conforme a ética da psicanálise, à diferença dos códigos de ética da medicina e da psicologia, que são específicos, o psicanalista procura promover o bem-dizer da relação do sujeito tanto com o seu desejo quanto com o seu gozo. Se a ética da medicina se liga ao humanitarismo, qualificando-se de ética dos cuidados, desde Hipócrates, cabe também ao psicanalista que trabalha com o médico e com tantos outros agentes de saúde ajuda-los a suportar o fato de que o bem do próximo muitas vezes mais o anula que o sustenta [...].

Pelo fato de nossa pesquisa acontecer em um hospital universitário, é evidente que o discurso universitário também circula, juntamente com o discurso do mestre, da histórica, do capitalista e da psicanálise. Nesse caso, no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza,

além de termos fortemente a presença do discurso do mestre atrelado ao saber da medicina, temos o discurso do universitário, juntamente com a presença dos outros discursos propostos por Lacan.

Ao se referir ao discurso universitário, Alberti (2000) afirma que este produziu uma modificação da relação do homem com o saber, pois nesse discurso, o saber se sustenta pelo S_1 no lugar na verdade, sendo esse significante-mestre as produções acadêmicas, os títulos, as citações, entre outros, que subordinados a números, simbolizariam a “completa competência” desses profissionais. Como nos diz Alberti (2000, p. 51), “no Discurso Universitário, o saber se conta em títulos acadêmicos, pouco importando se esses títulos efetivamente condizem a algum estofo de sujeito, a consequência, o que se produz, o que se joga fora, no discurso da universidade, é o próprio sujeito”.

Como nos diz Bousseyroux (2013), o discurso universitário, ou do mestre pervertido, produz o ensinante, a partir de um discurso doutoral e burocrático. Esse discurso funciona a partir de uma lógica concentracionista, como um campo de concentração que recusa as diferenças e a segregação, promovendo uma redução das formas humanas ao informe. Sendo assim, o discurso universitário produz um ensinante da universidade marcado pelo significante unidade de valor. E isso só foi possível com a ascensão da ciência moderna e do capitalismo.

Quanto à inserção do discurso capitalista nas instituições de saúde, podemos afirmar que, justamente pelo fato do discurso universitário abrir as portas para o capital financiar diversas pesquisas, o discurso universitário pode facilmente ser substituído pelo discurso do capitalista. Como aponta Alberti (2000), é a partir de uma perversão no discurso universitário, que as portas se abrem nas instituições de saúde à esse discurso.

Segundo Bousseyroux (2013), o discurso capitalista faz laço a-social e anti-social e por isso não há seta entre o agente e o Outro. Ele não admite uma perda de gozo, como os outros discursos e aí se localiza a sua virulência. Nesse caso, existe uma impossibilidade de saciação da falta-a-gozar do sujeito consumidor: há a produção de uma falta-a-gozar através do universo do consumo.

A partir de tais constructos, vê-se a possibilidade do discurso do analista, o qual é segregativo no sentido de apontar para um saber do inconsciente que se separa do sujeito e se mostra, radicalmente, como um saber sem sujeito, como o único discurso capaz de subverter essa lógica perversa nos hospitais universitários. O analista, no seu lugar de objeto a , de semblante de silêncio, pode operar a partir de um saber capaz de fazer furo no saber médico

totalizante e fazer emergir o sujeito da enunciação, ou seja, o sujeito do inconsciente latente no sintoma, apontando para o saber segregativo, o saber sem sujeito.

Referências bibliográficas:

ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In: Alberti, S.; Elia, L (orgs.). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 37-55.

_____; ALMEIDA, C. P. de. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise e hospital geral. In: Lima, M. M. de; Altoé, S. (orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 55-71.

BOUSSEYROUX, M. *Pratiques de l'impossible et theorie des discours*. Conferência pronunciada na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP em 26 de abril de 2013.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1997, 2002.

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica [1910]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 10, p. 125-136.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise [1969-70]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. Joyce, o sintoma [1976]. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 560-566.

UM LUGAR PARA A FAMÍLIA: entre a família, a lei e a assistência

Sônia Elisabete Altoé

Professora associada do IP/UERJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise.

Coordenadora do Curso de Psicologia Jurídica UERJ.

Email: soniaaltoe@gmail.com

Fernanda Hermínia Oliveira Souza

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Aluna do curso de especialização em Psicologia Jurídica/ UERJ.

Email: herminia.fernanda@gmail.com

Tatiana Borsoi

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Psicóloga e Assistente Social. Aluna do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica/UERJ.

Email: tatianaborsoi@gmail.com

RESUMO

Este trabalho apresenta e delinea a orientação teórica de um *Ateliê Lúdico e Expressivo*, com crianças que se encontram sob medida protetiva, vivendo em um Centro de Acolhimento Municipal. É realizado no SPA/UERJ, por uma professora e seus alunos, desde 2012. O ateliê visa a propiciar um lugar de acolhimento às crianças, suas angústias, tristezas, conflitos e agressividade, buscando favorecer a capacidade do brincar e a experiência criativa. Ele se organiza a partir da expressão e do imaginário da criança. Elas podem falar, desenhar, brincar, no seu ritmo e segundo suas escolhas.

Palavras-chave: ateliê lúdico e expressivo, crianças, brincar.

ABSTRACT

This paper presents and outlines the theoretical framework of a *Playful and Expressive Atelier*, with children who are under protective measure, living in a public shelter. It has been carried out at the SPA/UERJ by a teacher and her students, since 2012. The atelier aims to provide a welcoming place to hold the children, their anguish, sorrow, conflict and aggression, seeking to promote the ability of playing and the creative experience. It is organized according to the children's expression and the imaginary realm. The children can talk, draw, play at their own time and according to their choices.

Keywords: playful and expressive atelier, children, playing.

Este trabalho apresenta e delinea a orientação teórica do que denominamos de *Ateliê Lúdico e Expressivo*, com crianças de 4 a 7 anos e de 7 a 10 anos, meninos e meninas, de um Centro de Acolhimento Municipal, sendo realizado no SPA/UERJ. O ateliê se iniciou, em setembro de 2012, com as crianças menores, e em abril de 2013, com as maiores. É semanal, com duração de 90 minutos. Trata-se de uma experiência ainda recente, na qual se busca oferecer um espaço lúdico e expressivo para crianças separadas de seus pais e que moram num Centro de Acolhimento Municipal, enquanto aguardam a decisão da Justiça para voltar para o convívio de seus familiares, ir para uma família acolhedora, ou ainda, para uma família substituta (adoção). Elas se encontram sob medida protetiva devido à situação de rua, aos maus-tratos, à negligência, ao uso de drogas ou prisão dos pais, e laços familiares frágeis ou inexistentes. Em geral, a família encontra-se com grandes dificuldades financeiras e/ou de relacionamento e não conta com o apoio da rede de proteção à infância e adolescência, que o Estado deve assegurar, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

É importante levar em conta que esta atividade – o ateliê – tem também outro objetivo, uma vez que ocorre dentro de uma universidade estadual: faz parte da iniciação à formação profissional para os alunos de graduação em psicologia e da pós-graduação – lato-sensu (Curso de Especialização em Psicologia Jurídica) e stricto-sensu (Programa de Psicanálise). Conta com a presença de uma professora pesquisadora e supervisora do SPA/IP/UERJ.

A proposta deste ateliê é propiciar um lugar de acolhimento às crianças, às suas angústias, tristezas, conflitos e agressividade buscando favorecer a capacidade do brincar e a experiência criativa. A construção e realização deste trabalho tem como fundamentação teórica a psicanálise, sendo dado relevo, inicialmente, aos trabalhos de Donald Winnicott e de Françoise Dolto. Partimos da teoria do brincar de Winnicott, segundo a qual: “Conseguir que as crianças possam brincar é em si mesmo uma psicoterapia que possui aplicação imediata e universal e inclui o estabelecimento de uma atitude social positiva com respeito ao brincar” (WINNICOTT, 1975, p.74-75). Seguimos também a recomendação de que é importante a presença e a disponibilidade de pessoas responsáveis. Com F. Dolto, damos importância aos seus escritos, cujo “propósito” é de:

... despertar no público adulto, que vive em contato com crianças, o fato de que todo ser humano é antes de tudo um ser de linguagem. Esta linguagem exprime seu desejo inextinguível de encontrar um outro, semelhante ou diferente dele, e estabelecer com este outro uma comunicação. Que este desejo é inconsciente... (tradução nossa) (DOLTO, 1987, p.5-6).

Em termos de experiências anteriores, que nos permitiu criar este projeto, temos a prática profissional da pesquisadora como psicanalista de crianças, sua larga experiência no campo da pesquisa e seu conhecimento de práticas institucionais, baseadas na psicanálise. Em especial, consideramos a proposta de ateliê feita pelo I.R.A.E.C.¹⁹, com crianças que vivem com seus pais. O ateliê se organiza a partir da expressão e do imaginário da criança: pode-se falar, desenhar, brincar. Cada criança brinca no seu ritmo e segundo suas escolhas. Através do jogo ela exprime algo que não pode ainda ser dito de outra forma ou em outro lugar, e que pode estar ligado a uma dificuldade relacional. Elas são recebidas em grupo, ocasião para se falar, se relacionar com outras crianças e se beneficiar de uma escuta do psicanalista.

Levando em conta o acima exposto, e atentos às diferenças de nosso contexto social e institucional, o trabalho teve início após uma visita ao Centro de Acolhimento, situado próximo à universidade, com o qual já tínhamos uma parceria de atendimento clínico individual às crianças e adolescentes, desde 2006. O projeto do ateliê foi apresentado à equipe e avaliado com eles, para quais crianças, em termos de faixa etária, seria mais importante oferecer. As crianças de 4 a 7 anos foram escolhidas, considerando que, além da escola, dispunham de poucas atividades e havia muitos conflitos e agressões entre elas, no cotidiano institucional. Quanto às suas características, considerando que nossa investigação²⁰ leva em conta os efeitos que a separação abrupta dos pais e o acolhimento institucional causam às crianças, decidimos receber aquelas que passam por dificuldades reativas à situação que estão vivendo e que não fossem afetadas por alguma dificuldade emocional grave e anterior ao acolhimento institucional.

Em pesquisas anteriores, levamos em conta estudos feitos, desde os anos de 1950, por diversos psicanalistas (M.Klein, F.Dolto, D.Winnicott, J.Aubry, para citar alguns) e observamos também o sofrimento da criança que vive rupturas abruptas e separações de seus pais (ALTOÉ, 2008; SILVA; ALTOÉ, 2011; ALTOÉ; SILVA; PINHEIRO, 2011). Esta pesquisa que implica numa proposta de um trabalho lúdico, expressivo e também clínico, busca lidar com o sofrimento de cada criança que se encontra nessa situação. É uma atividade que não se configura como um grupo terapêutico com crianças. Há, entretanto, efeitos de

¹⁹ I.R.A.E.C. L'Institut de Recherche Appliquée pour l'Enfant et le Couple, criada em 1976, Paris, França.

²⁰ ALTOÉ, S. "Equipamentos sociais, universidade e psicanálise – acolhimento de crianças e adolescentes e a (re)construção de histórias e filiações", Prociência 2010/2014.

grupo, próprios ao fato da institucionalização, que levamos em conta, mas que não será objeto de reflexão neste artigo.

Antes da entrada no ateliê, a criança é recebida pela professora, para conhecê-la, situar o que se passa com ela, observar suas dificuldades e convidá-la para participar do ateliê. Não buscamos fazer um diagnóstico. Mas, frente à observação de casos que consideramos graves, orientamos que sejam encaminhadas para um atendimento individual. O pedido de entrevista nos é feito pelos assistentes sociais e psicólogos do Centro de Acolhimento. Em reunião, na universidade, eles nos falam sobre as crianças, seus pais, motivos do acolhimento e perspectivas de encaminhamento. Buscamos receber aquelas que têm, como tempo provável de permanência, seis meses ou mais, para evitar uma grande rotatividade no ateliê.

Uma dificuldade que se apresenta, com maior ou menor intensidade, ligada ao Centro de Acolhimento, é de ordem organizacional. Por exemplo: chegar no horário marcado, confusão quanto ao dia, regularidade na vinda de todas as crianças ou a troca de uma das participantes. Este trabalho requer uma insistência de nossa parte para que tenha continuidade - telefonamos com frequência para contornar e resolver estes problemas. Este estabelecimento é de grande porte, pois acolhe mais de cem crianças; são muitos os adultos que ali trabalham e o rodízio dos educadores e a troca de técnicos são fatores que dificultam a comunicação. Outra questão referente à instituição, em pauta, é a saída abrupta das crianças do ateliê devido ao seu desligamento frente a uma decisão do Juiz da Infância, da Juventude e do Idoso. Quando conseguimos ser informados sobre a possibilidade de desligamento, conversamos com a criança e observamos que isto é produtivo, permitindo que ela possa expressar seu contentamento com a possibilidade da volta para casa ou novo encaminhamento, e suas brincadeiras ganham novo vigor e maior expressão. Na sala onde realizamos o ateliê, colocamos à disposição das crianças materiais e diversos brinquedos.

Iniciamos as atividades fazendo uma roda de mãos dadas, crianças e adultos; em geral, temos de quatro a seis crianças e quatro adultos. Nesta roda, a regra principal é lembrada: no ateliê se pode brincar de “faz de conta” e conversar à vontade, mas é proibido machucar a si próprio, o colega ou o adulto. Esta roda marca o início (quando fazemos a apresentação de uma criança) e o fim do ateliê (quando nos despedimos e renovamos o dia do encontro seguinte ou repetimos a informação de modificações que podem ocorrer).

Para mostrar o desenrolar do ateliê e algumas características das crianças, optamos por escrever sobre uma delas, devido ao espaço reduzido deste texto.

W, um menino de cinco anos, iniciou sua participação no ateliê, em outubro de 2012, permanecendo por nove meses. Vejamos, a seguir, alguns dados fornecidos pela assistente social: W tem três irmãos e todos foram acolhidos, em julho de 2012, pelo Conselho Tutelar, por motivo de negligência; quando W foi abrigado não sabia seu nome, respondia por um apelido; a mãe usava a casa como ponto de consumo de drogas e prostituição, cobrando para isto; as crianças presenciavam o que acontecia; foram encontradas na “cracolândia” de Pavuna, em condições insalubres; os pais são usuários de drogas, o pai envolvido com tráfico e ambos já foram presos; numa primeira visita que fizeram aos filhos no Centro de Acolhimento, todos ficaram muito emocionados, mostrando forte relação afetiva entre eles.

No ateliê, W chega sempre receptivo e contente. Tem certa dificuldade na fala, é afetuoso, busca contato físico, é inquieto, atento ao que se passa a seu redor e, por alguns meses, demonstrou muita dificuldade para brincar. No final, tentava sempre levar um brinquedo escondido, mas devolvia quando lhe era pedido, sem maior resistência.

Com frequência, ao entrar, W pegava algum brinquedo e em seguida o largava. Às vezes, jogava os brinquedos nos colegas, nas paredes, para o alto. Ou ainda, segurava um brinquedo na mão por muito tempo, sem brincar com ele. Expressava admiração com a capacidade de outras crianças brincarem. Frequentemente tentava se incluir na brincadeira de outros colegas, ora sendo rechaçado, ora destruindo a brincadeira deles. Essa atitude parecia ocorrer por ele não saber como brincar ou interagir. Quando rechaçado, saía rindo muitas vezes, parecendo se divertir no papel daquele que perturba. Tais fatos eram recorrentes.

G (menina de cinco anos), ao montar o tapete de letras, delimitou um espaço onde colocou primeiro as panelinhas e depois alguns bonequinhos. Algumas vezes W, que estava disperso, pegando e largando alguns brinquedos, tentou pegar peças do tapete; G reagiu com agressividade e W revidou. Depois disso, W, por vezes, aproximava-se e chutava os brinquedos.

Nas ocasiões em que nós intervínhamos propondo uma atividade, W mostrava dificuldade em permanecer nela, ficando com o olhar perdido na brincadeira de outras crianças. Inicialmente não tentava apenas imitar, mas parecia querer executar exatamente o que o colega fazia. Com o tempo, começou a imitá-los, mas permanecendo afastado deles, sem destruir o que estavam fazendo, passando inclusive a retomar a mesma brincadeira no encontro seguinte. Observamos isso após alguns encontros, quando W iniciou, sozinho, uma brincadeira com as panelinhas e, contente, oferecia o que havia feito. Entretanto, tinha muita dificuldade de imaginar o que poderia estar cozinhando. Depois de alguns meses já conseguia inventar suas próprias brincadeiras:

W pegou dois bonequinhos (criança) e fez que estavam se beijando, pressionando o rosto um contra o outro. Em seguida, os bonecos começaram a se bater e W falou: “Não me bate irmão, não me bate!” Tatiana (T) perguntou: “O que está acontecendo?” W: “Ele é irmão dela e ele está batendo nela”. Logo largou os bonecos e pegou dois adultos: um homem e a vovó. Começou a fazer barulhos de pancadaria e encenava uma agressão com os bonecos. T perguntou o que estava acontecendo. W: “Ele está batendo nela!” T: “Por quê?” W: “Porque ele tirou a roupa dela.” E levantando a saia da boneca, completou: “Eles estão namorando”. Largou então esses bonecos, pegou outros dois que também se bateram, fazendo barulhos de agressão e disse: “Ele bateu nela também” e se afastou dali.

No encontro seguinte, W fala sobre agressões sofridas por ele, por parte de sua mãe:

W desenhava na mesa maior com Fernanda (F). Em certo momento W se coloca debaixo da mesa e começa a chutar a mesma por baixo. F pergunta se ele quer desenhar ali embaixo, ele diz que sim. Ela lhe oferece uma folha e canetas. W desenha e fala sobre sua mãe e as agressões que esta lhe fazia. E desenhou em sua bermuda, com caneta vermelha, dizendo que era “sangue”.

Atitudes agressivas com os colegas ocorreram muitas vezes, em especial, quando estes queriam de volta o brinquedo que W havia retirado da brincadeira deles. Por vezes, apenas o fato de uma criança passar perto, ele reagia com agressividade, mas nunca com os adultos.

G estava brincando de recortar e colar com Sonia (S). W se dirige à mesa onde elas estavam e tenta tirar uma folha da mão de G. Depois pega outra folha e diz: “Que lindo”! Mas G pega a folha da mão dele. Ele fica muito zangado, irritado, deita no chão, roda em círculos, chuta a mesa, a cadeira, tira a sandália, chora desconsolado, depois fica prostrado, inerte, no chão durante um tempo, chegando quase a dormir. Ele demorou a se refazer apesar de nossas tentativas de aproximação e conversa.

Era frequente que W, diante de uma contrariedade ou frustração, se mostrasse muito irritado e/ou agressivo. Tal comportamento foi diminuindo com o decorrer dos encontros. Outra atitude que ele apresentou foi a de ser desafiador, por exemplo, subindo na cadeira, correndo o risco de cair e se machucar.

Até o desligamento de W, quando da volta para a família, muitas coisas aconteceram. Para resumir e finalizar, podemos dizer que, apesar da dificuldade no brincar, W expressou seus conflitos através dos bonecos, nas brigas entre os bichos, contando, mesmo que com certa dificuldade, o que se passava, quando perguntado. Certa vez disse claramente que não queria voltar para sua casa. Mas apreciava a visita do tio materno. Quando tivemos a informação de que iria morar com o tio e a avó materna, conversamos com ele a respeito e parecia gostar desta possibilidade. Pouco tempo depois, num dia de ateliê que não veio, fomos informados que W estava indo embora do Centro de Acolhimento naquela tarde. Conseguimos ainda falar com ele, pelo celular de uma educadora responsável pelo seu grupo. Pela sua voz, parecia muito alegre por estar saindo com os irmãos para a nova moradia e de

poder se despedir dos colegas (e estes deles) e da equipe.

“Ter em conta, dizia Winnicott, ‘a dignidade do individuo’ e ‘desembaraçá-lo da obrigação de gritar por socorro’...” (VANIER, 2010, p. 381), podemos dizer que faz parte do trabalho com as crianças no ateliê. Quanto à orientação teórica, começamos nossos estudos com autores que trabalharam com crianças e que nos trazem uma grande contribuição, neste árduo início. Neste primeiro artigo, buscamos, sobretudo, começar um debate mais amplo, expondo o que estamos fazendo neste projeto.

Referências Bibliográficas:

ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas: o cotidiano nos internatos-prisão*. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas, 2008. Disponível em: <<http://www.bvce.org/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=128>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

ALTOÉ, S.; SILVA, M.; PINHEIRO, B. S. A inconstância dos laços afetivos na vida das crianças e adolescentes abrigados. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 11, n. 21, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2013.

DOLTO, F. *Tout est langage*. Paris: Vertiges du Nord/Carrere, 1987.

SILVA, M. M; ALTOÉ. Algumas questões da clínica com crianças e adolescentes. In: Caldas, H.; Altoé, S. (orgs). *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011, p. 249-266.

VANIER, C. Winnicott avec Lacan: La diginité de l’individu. In: Vanier, C.; Vanier, A. *Winnicott avec Lacan*. Paris: Hermann Psychanalyse, 2010.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* [1971]. Coleção Psicologia Psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1939/2002.

POLÍTICAS DE SAÚDE E CLÍNICA DO SUJEITO: um diálogo possível?

Taísa de Araújo Serpa

Coordenadora do CAPS Dr. Carlos Pereira da Costa, Santos Dumont/MG. Coordenadora de Serviços Residenciais Terapêuticos em Juiz de Fora/MG.

Email: taisaserpa@yahoo.com.br

RESUMO

Oswaldo França Neto assinala que o movimento de Reforma Psiquiátrica pode ser dividido em dois momentos: o da discussão política e luta contra exclusão social; e um segundo momento, mais atual, que seria a pós-inclusão do louco na *polis*: como sustentá-la? O que temos visto atualmente na saúde mental é o direcionamento clínico nas instituições ser atravessado pela demanda, sempre urgente, de eficácia. Sabemos que tal demanda pode ter como consequência a anulação do desejo. Entendendo que tais problemas estão ligados à formatação da política contemporânea amparada pela lógica do capital, este trabalho visa investigar tal problemática partindo do desenvolvimento de Alain Badiou e Žižek acerca da Política, para encontrar a ética do desejo formalizada por Jacques Lacan.

Palavras-chave: psicanálise, saúde, política, ética, psicose.

ABSTRACT

Oswaldo França Neto notes that the Psychiatric Reform Movement can be divided into two stages: the discussion of politics and the fight against social exclusion, and a second time, more current, which would be the inclusion of post-crazy in the polis: how to sustain it ? What we have seen in mental health is currently directing clinical institutions be crossed by demand, always urgent effectiveness. We know that such claim may result in the cancellation of desire. Understanding that these problems are linked to the formatting of contemporary politics supported by the logic of capital, this paper aims to investigate this issue starting from the development of Alain Badiou and Žižek on the Policy, to find the ethics of desire formalized by Jacques Lacan.

Keyword: psychoanalysis, health, politics, ethics, psychosis.

O Brasil protagoniza, desde o fim da década de 1970, um processo de reconstrução do campo da saúde mental sem precedentes em outro país. Reconstrução que partiu de questões políticas, com as denúncias ao caráter segregador da psiquiatria no início dos anos 1980 que acarretou uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), e que em um momento posterior atingiu também as esferas jurídica, social e técnica. As mudanças na legislação de saúde mental geradas pelo movimento político conhecido como Reforma Psiquiátrica tiveram como consequência direta a mudança no modelo de assistência. Em 2001 é aprovada a Lei 10.216 que reorganiza a assistência em saúde mental no Brasil. Também neste ano, Fernando Tenório (2001) advoga que o campo da saúde mental dividia-se entre duas vertentes principais: a da reabilitação psicossocial, influenciada pela experiência política advinda da Itália; e a vertente clínica, influenciada pela experiência francesa e que encontra na psicanálise sua fundamentação teórica. A proposta da reabilitação visava responder à demanda de reinserção social, entendido como fim último da recuperação da cidadania do psicótico. A vertente clínica, fundamentada na teoria psicanalítica, não pode se distanciar do que salientou Eric Laurent (1999) acerca do esquecimento da particularidade de cada um, em favor de uma ideologia humanista, como ainda hoje é possível constatar nas políticas de assistência à saúde mental.

Quase uma década depois do que postulou Laurent e Tenório, Oswaldo França Neto (2009) avança, e assinala que o movimento de Reforma Psiquiátrica poderia ser dividido em dois momentos distintos. O primeiro, localizado na discussão política pela mudança nas formas de assistência e, posteriormente, já avançada tal discussão, na luta contra exclusão social. E um segundo momento, em que se encontraria atualmente o processo da Reforma Psiquiátrica, que seria a pós-inclusão do louco na *polis*: o que fazer após essa inclusão e como sustentá-la? Este processo não deve estar restrito meramente ao questionamento da exclusão social do louco. Se o que sustenta a Reforma Psiquiátrica é o princípio de inclusão da loucura na sociedade, a derrubada dos muros dos manicômios pode até representar a queda de um espaço de exclusão, mas de maneira alguma questiona o mecanismo que a sustenta. O que temos visto atualmente no processo da reforma psiquiátrica é o direcionamento clínico nas instituições, ser atravessado pela demanda, sempre urgente, de eficácia. Sabemos que tal demanda pode ter como consequência a anulação do desejo.

Como sustentar um para-além da inclusão social do louco na *polis* sem cair numa burocratização das ações nos serviços substitutivos? Entendemos que tais problemas estão

intrinsecamente ligados à formatação da política contemporânea dominada pela lógica do capital, conforme discutido por Alain Badiou e Slavoj Žižek.

Badiou (1999) defende que atualmente não se pode mais pensar a política, mas, antes, 'uma certa política'. Segundo o filósofo, hoje não se pode mais pensar a política, pois ela está inteiramente dominada pela economia, visto que a globalização impõe o discurso do mercado mundial, da crise e da estabilização monetária. Outra razão que impossibilita pensar a política hoje seria a pluralização que este termo comporta: “pensar a política é, sempre, pensar uma certa política” (BADIOU, 1999, p. 37). A política tornou-se impensável porque ela já não é um pensamento. A política só pode ser pensada se ela decide algo, se ela afirma algo ser possível ali mesmo onde só há declaração de impossibilidade. Diz ainda o autor que a política consiste em pensar e praticar o que é declarado impossível. Quando a política força o impossível a existir, ela é uma política real. Badiou propõe repensar inteiramente a política, e assim o faz a partir de quatro premissas: a primeira ideia seria a de um processo político independente do Estado; a segunda seria o abandono da ideia de representação, visto que uma política não representa ninguém; a terceira premissa seria a de produzir e de organizar no povo rupturas subjetivas que poderiam encaminhar para um desfalecimento do Estado; e, por último, propõe uma política sem partido.

Diz ainda este autor que, nas políticas de representação, ou seja, aquelas que representam o conflito de interesses e ideologias de determinado grupo, não pode haver ética pois, para um sujeito, a ética é justamente aquilo que não pode ser representado. Na ética o sujeito se apresenta em ato, declara o que quer em seu próprio nome. Partindo de tais ideias é que Badiou propõe um novo modelo de política, que teria em seu cerne a ideia de uma subjetividade que se apresenta sem se representar. Seria um pensamento operante e coletivo que não quer ocupar o Estado, mas antes constrangê-lo a fazer isto ou aquilo. Podemos encontrar aqui o pensamento de Slavoj Žižek (2013), quando este filósofo questiona o real sentido das manifestações sociais dos últimos anos, especialmente em países até então vistos como prósperos (Turquia) e em pleno crescimento econômico (Brasil). Žižek salienta que os protestos têm em comum a multiplicidade de demandas que evidenciam um descontentamento, um mal estar: “O que une protestos em todo o mundo — por mais diversos que sejam, na aparência — é que todos reagem contra diferentes facetas da globalização capitalista” (ŽIZEK, 2013, s/p).

O filósofo argumenta ainda que o descontentamento surge a partir de dois problemas intimamente interligados: o político-ideológico, que engendra a demanda por uma renovação da democracia, de um para-além do multipartidarismo; e o econômico, com a ineficiência do capitalismo.

Em fins da década de 60 e início da década de 1970, Jacques Lacan propõe uma teorização acerca dos laços sociais, onde aponta para o discurso do capitalista como uma nova versão do discurso do mestre. As formulações lacanianas sobre o laço social incidem diretamente sobre a questão da política, pois esta aponta justamente para a relação dos sujeitos entre si e com a *pólis*. Lacan desenvolve suas formulações, acerca do laço social, na década de 1970, quando já conceitualizava a noção de gozo e de objeto. Todavia, é de particular importância o enquadre dado a tais conceitos no Seminário 17 e, posteriormente, em parte do Seminário 20. Lacan nomeia o campo destes conceitos como o campo do gozo. Este é “um campo operatório e conceitual, estruturado pela linguagem por meio de seus aparelhos, que são aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais: os discursos” (QUINET, 2006, p. 27). Lacan forja o conceito de discurso do mestre a partir da relação senhor-escravo da dialética hegeliana. A estrutura deste discurso aponta para a produção de objetos de gozo (*a*) que o mestre (S1) obtém a partir do comando que impõe a seu escravo (S2) para produzi-los. O escravo detém o saber, *savoir faire*, e da mesma forma utiliza deste saber como modo de gozo. Mas vemos que há uma disjunção entre mestria e saber. A mestria é um comando insensato; o saber, insuficiente para supri-la. Ao sujeito, só resta ficar entre estes dois significantes.

Marc Darmon (1994) acentua que o discurso do mestre é calcado na fórmula em que um significante representa o sujeito para outro significante, é este discurso que organiza lugares que serão ocupados nos outros discursos por outros termos. De igual forma, Alberti (2009) pontua que um discurso é o que possibilita que se articule alguma coisa entre o sujeito e o outro, para que algo seja produzido a partir desta relação. Tal articulação é possibilitada pelo fato de que um discurso engendra um agenciamento. No discurso universitário é o saber que está no lugar do agente. Portanto, esse agenciamento é efetuado pelo saber. Neste tipo de discurso, o saber move as relações que nele se fazem. Alberti segue dizendo que, no discurso universitário, o sujeito é jogado fora, como produto. “Conforme seu matema, o que dele resta, o que é produzido por ele e jogado fora é justamente o sujeito” (ALBERTI, 2009, p. 121). Quinet, em concordância com Alberti, nos diz que a verdade do sujeito é rejeitada neste

discurso em prol do “mandamento de tudo saber” (QUINET, 2006, p. 20). Mandamento que indica que a verdade velada deste discurso é uma vontade de mestria. A ponto de Lacan, no seminário 17, afirmar que o discurso universitário é o discurso do mestre moderno.

Em 1972, em Milão, Lacan profere uma conferência em que ele muda sua posição em relação ao mestre moderno. Nessa conferência, o discurso do mestre moderno não é mais o discurso universitário e sim o discurso capitalista. A estrutura do discurso capitalista, apesar de desenvolvida posteriormente, já havia sido anunciada no seminário 17, quando Lacan acentua que o que se opera entre o discurso do mestre antigo e do mestre moderno, chamado capitalista, é uma modificação no lugar do saber. Posteriormente, Lacan afirmará que este discurso capitalista é o laço social predominante em nossa sociedade. Quinet (2006) pontua que o discurso capitalista exclui o outro do laço social, uma vez que o sujeito só se relaciona com os objetos-mercadoria comandados pelo significante-mestre que é o capital. Não há relação entre o agente e o outro a quem o discurso se dirige.

Saad e Heloani (2009) salientaram a articulação do discurso universitário e do discurso capitalista como suportes do discurso do mestre em um artigo sobre a burocratização da subjetividade. Os autores retomam as formulações de Freud e Lacan sobre o aporte do discurso do mestre no processo civilizatório e conseqüentemente, na formação das instituições. Lacan (1969/1992) pontua o discurso capitalista como uma nova modalidade do discurso do mestre, mas não com a função de promover o laço, e sim de minar o pacto civilizatório:

O que Lacan nos propõe com essa formulação de discurso do capitalismo é que há um sujeito capitalista como causa e fruto do modo de produção ou instituição capitalista. Somos constituídos num sistema no qual tudo pode ser vendido, comprado. Neste sentido, não é tolerado nenhum tipo de frustração (SAAD E HELOANI, 2009, p. 78-79).

Aqui podemos retomar França Neto (2009) quando o autor levanta a importância de pensar uma ética para a saúde mental, o que pode ser compreendido como repensar a prática, sustentar o lugar da clínica, entendendo que a política de saúde mental deve ser um guia de ações, de forma alguma aplicado como prática diária na instituição.

Com frequência os técnicos se vêem investidos em medidas adaptativas, algumas vezes mesmo de cunho coercitivos, visando uma inclusão mais suave do paciente. Essas atitudes não deixam de provocar discussões, logo identificadas por alguns como estando em contradição com os objetivos da Reforma (...) Ao mesmo tempo, tem-se a impressão que, para os pacientes, os profissionais da Reforma são quase sempre vistos mais como obstáculos do que facilitadores, como se as tentativas de

inclusão (...) se apresentassem para eles já como intervenção externa. (...) Se aos agentes cabe a inclusão dos pacientes, nem por isso eles deixam de ser um dos Outros contra os quais deverão resistir para assegurar uma existência não assujeitada. Ou seja, se quisermos nos manter fiéis à Reforma, os profissionais devem ter em vista que sua ação deve implicar, desde o princípio, a construção de sua própria destituição. (FRANÇA NETO, 2009, p. 127).

Tais formulações levantam algumas questões: é possível pensar uma clínica na saúde mental hoje? – especialmente no tocante às dependências químicas, onde vemos mais claramente nas instituições uma demanda por resolutividade, a despeito da questão desejante e da escuta do sujeito. Cito aqui um fato ocorrido num CAPS onde a equipe recebe a informação de que um sujeito havia solicitado sua “internação compulsória”. Sabemos que por definição a internação compulsória é aquela que se dá à revelia do sujeito, de modo que não caberia ao mesmo solicitá-la. Mas o fato revela o grave problema que têm se constituído como grande desafio ao campo da saúde mental: onde não há clínica, o enclausuramento ganha força. Ora, não era essa nossa luta nos tempos áureos da luta política da reforma psiquiátrica?

Além disso, como sustentar as premissas da reforma psiquiátrica num momento onde a clínica vem sendo rechaçada em função do cumprimento de leis e portarias que não consideram a singularidade?

Sabemos que, de modo algum, seria possível esgotar nenhuma das formulações levantadas no momento. Por ora, gostaria de expor dois fragmentos de caso, o primeiro de um CAPS, o segundo de um Serviço Residencial Terapêutico. Em ambos, foi possível sustentar um direcionamento clínico, em articulação com a política de saúde mental vigente. No primeiro caso, José é um senhor que vive com sua família (esposa e três filhos) na zona rural de um município do interior de Minas Gerais. Figura emblemática na cidade, conhecido por todos e por muitos responsabilizado por oferecer à sua família condições sub-humanas de subsistência. Residiam em casa de pau-a-pique. José e dois de seus filhos têm prontuário no CAPS com diagnóstico de psicose, muito embora não fizessem tratamento contínuo. Eis que, em meados de 2011, a partir de um processo jurídico contra José, a rede de assistência social do município inicia um processo visando a retirada da família do local onde residiam. O CAPS é acionado e discute amplamente o caso com CRASS, CREAS e Fórum Municipal. A equipe do CAPS levanta a possibilidade de tanto José quanto seus filhos terem construído seu modo de vida a partir de construções delirantes e do risco de desencadeamento de surto a partir da destituição desse ordenamento. Após muitas reuniões intersetoriais no município, foi

possível chegarmos a um consenso: manter a família ordenada como estava e apenas trazê-los mais para perto dos serviços de saúde. No início deste ano, o desenrolar do processo jurídico citado levou José a um Manicômio Judiciário para avaliação, e foi possível observar o que nossa equipe havia salientado: os filhos de José foram residir com uma tia e um deles entrou em surto acarretando grave sofrimento ao mesmo.

O segundo caso foi acompanhado em uma Residência Terapêutica em processo de implantação. Um paciente asilar de hospital psiquiátrico fora indicado para iniciar processo de adaptação ao Serviço Residencial Terapêutico. De acordo com convênio formalizado entre a prefeitura e a organização responsável pela gestão dos SRTs este processo de adaptação não poderia exceder 30 dias. Contudo, questões clínicas atravessaram o processo, o paciente apresentou quadro agudo de cálculo biliar, de modo que não era possível encaminhá-lo a um SRT que por princípio só possui suporte médico externo, pois é, e deve ser, uma casa. Não obstante, com o trabalho já iniciado, houve o estabelecimento de um vínculo do paciente conosco, além da grande expectativa do mesmo em sair do hospital. Após discussão clínica entre equipe da organização não-governamental (responsável pela implantação e gestão do SRT) e equipe do hospital psiquiátrico, foi possível sustentar a ida deste paciente para Residência Terapêutica, a despeito do período que o mesmo permaneceria em adaptação por conta de problemas clínicos. Atualmente Sebastião está residindo no SRT e faz acompanhamento médico na Unidade de Atenção Primária em Saúde do bairro onde se localiza a residência terapêutica.

Referências bibliográficas:

ALBERTI, S. O discurso universitário. *Revista Trivium: estudos interdisciplinares Psicanálise e Cultura*, ano 1, Ed. 1, 2009, p. 118-129.

BADIOU, A. Ética e política. In: Garcia, C. *Conferências de Alain Badiou no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

DARMON, M. *Ensaio sobre a topologia lacaniana*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FRANÇA NETO, O. Uma ética para os novos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica. *Agora Estudos em Teoria Psicanalítica*. v. 12, n.1, Rio de Janeiro: 2009, p. 119-129.

LACAN, J. *Seminário 17: o avesso da psicanálise [1969-70]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LAURENT, É. O analista cidadão. *Curinga/Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*. n.13. Belo Horizonte: 1999, p. 12-19.

QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SAAD, A. C. S; HELOANI, R. Mas que discurso é este: a burocratização da subjetividade?. *Revista Aletheia*, n.30, 2009, p. 73-87.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

ZIZEK, S. *Zizek e o mal-estar com as lógicas do capitalismo*. 2013. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/blog/luisnassif/zizek-e-o-mal-estar-com-as-logicas-do-capitalismo>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

IMPACTOS E EFEITOS DO TRABALHO CONSTANTE COM A DOR E COM A MORTE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Marcelia Marino Schneider Côgo

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise - Turma 15/2013. Membro da Equipe do Núcleo de Trabalho em Onco-Hematologia do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória, Vitória – ES. Psicanalista.

RESUMO

O presente artigo traz algumas considerações quanto aos impactos e efeitos do contato diário com a dor, com o sofrimento e com a morte nos profissionais da saúde e uma reflexão quanto ao lugar do psicanalista em uma equipe. Esse contato diário promove em cada um o despertar de dores íntimas e antigas. Tocam neste ponto de desamparo e na ambivalência quanto ao amor e a hostilidade; gerando as mais diversas consequências.

Palavras-chave: dor, morte, profissionais, oncologia.

RÉSUMÉ

Le présent article se rapporte a quelques remarques sur les impacts et les effets du contact quotidien avec la douleur, la souffrance et la mort aux professionnels de la santé et une réflexion en ce qui concerne à la place du psychanalyste dans une équipe. Ce contacte quotidien provoque à chacun le réveille des douleurs intimes et anciennes. Il touche dans ce point d'abandon et dans l'ambivalence en ce qui concerne à l'amour et à l'hostilité; ce qui devient pour engendre les plus différents conséquences.

Mots-clefs: douleur, mort, professionnels, oncologie.

No ambiente hospitalar, a dor, o sofrimento físico e subjetivo e a morte são presenças constantes. Quais os impactos e efeitos do contato diário com a dor e a morte nos profissionais da saúde?

Freud, no texto *Projeto para uma psicologia científica* (1895[1950]), definiu a dor como uma irrupção de estímulos em excesso nos neurônios de percepção e de memória que, em seu trajeto, deixaria facilitações, trilhamentos, permanentes nos neurônios de memória, como se tivessem sido atingidos por um raio. Não havendo obstáculos à sua condução, a dor seria o mais imperativo de todos os processos. No referido texto, propõe a existência de uma imagem mnêmica que, ativada por uma nova percepção, ocasionaria um estado semelhante à dor e com igual tendência a descarga. Haveria, portanto, um despertar de uma dor esquecida por uma dor ou aflição atual.

No seu texto *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), aponta que “a pessoa atormentada pela dor e mal estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo. Retira suas catexias libidinais do mundo externo e as direciona maciçamente para o ego” (Freud, 1914, p.98). Há, portanto, uma aproximação entre a dor física e mental, pois há, em ambas, um processo de investimento maciço dos representantes psíquicos: representantes psíquicos do corpo na dor física e representantes do objeto amado e perdido na dor psíquica. É o caso do luto, especificamente trabalhado no texto *Luto e melancolia* (1917 [1915]). Assim, a dor física e o luto assemelham-se quanto à perda do interesse no mundo externo, pela concentração do ego em torno do foco doloroso e na magnitude do sofrimento que causam.

Em *O recalque* (1915), Freud surpreende ao apontar que a dor adquire uma similaridade com uma pulsão. Denomina-a como uma pseudopulsão pelo seu caráter de força constante, cuja finalidade está simplesmente na cessação do desprazer no órgão. O prazer viria apenas em decorrência pela cessação da dor.

No texto *Além do princípio do prazer* (1920), afirma que a dor rompe com a regulação do princípio do prazer. As excitações excessivas atravessam o escudo protetor, e, ao provocar um distúrbio no funcionamento da energia, colocam em movimento todas as medidas defensivas possíveis. O aparelho mental é, então, inundado com grande quantidade de estímulos. A dor exprime, portanto, um além do princípio do prazer.

No texto *Inibição sintoma e angústia* (1926[1925]), aponta que “a natureza contínua deste processo da dor é imperativa, e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo” (FREUD, 1926[1925], p.197). O desamparo diante de algo imperativo e sem

possibilidades de recursos próprios para combatê-lo, ou controlá-lo, remete ao ponto de desamparo em que o infans se encontra quando vem ao mundo, completamente dependente de ter alguém que o cuide. Tal desamparo retorna diante da morte, sendo o medo da morte, associado à castração, a perda de proteção do ego pelo superego protetor em face aos poderes do destino, diante dos quais não tem como se defender. Morte que tanto para Freud, como para Lacan evidencia um limite, um impossível de dizer e representar.

Na relação com o Outro primordial, o grito do bebê, da categoria de ação motora face acúmulo de excitações que o inundam, transforma-se em um apelo, ao Outro. A captura do bebê no desejo do Outro pelo circuito da demanda diz respeito à constituição do circuito pulsional, no qual há que considerar, do lado do infans, um *se fazer* reflexivo típico do terceiro tempo da pulsão, relativo ao tempo do fechamento do circuito pulsional. Todo esse movimento inerente ao mergulho no discurso vai marcando e constituindo a relação do sujeito ao Outro, na medida em que constitui o campo do Outro, o campo do sujeito e o do objeto.

Assim, no caso da dor; o grito, além de sua função de apelo, funda o campo da dor. A cada vez que deflagramos um grito, que ouvimos um grito ou um lamento de um semelhante, a nossa dor, ou algo a ela associado, pode ser revivido.

Para Lacan, no texto *Lugar da Psicanálise na medicina*, a dor corporal é a figura mais pura do gozo. “Há incontestavelmente gozo no sentido em que começa a aparecer a dor,... e sabemos que é somente nesse nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada... Quando falamos de gozo não falamos do sentido sexual do gozo, mas de uma tensão máxima suportada pelo psiquismo, da ordem de um forçamento. A dor é o último grau de um gozo no limite do tolerável” (LACAN, 1966, p. 32).

Afirma Patrick Valas: “Neste registro todo excesso de tensão participa do gozo do Outro, que se manifesta como sofrimento, desde a dor “refinada até as dores lancinantes das grandes patologias orgânicas” (VALAS, 2001, p. 46).

Tais apontamentos mostraram-se preciosos para avançar na elaboração quanto ao que subjaz aos impasses e dificuldades vivenciadas pelos profissionais que diariamente trabalham com a dor e com a morte.

Cada profissional, antes de tudo, é um sujeito constituído a partir de uma história pessoal e familiar singular. E, nesta constituição, na sua relação com o seu Outro, recebeu marcações que constituíram o seu corpo, a sua subjetividade, a sua posição fantasmática; determinaram suas escolhas, os seus movimentos desejanter, ou os seus emperramentos. Os

conflitos intensos vivenciados pelos profissionais de saúde e por uma equipe, os emperramentos, podem falar destes pontos de sofrimento nos profissionais, pontos em que a dor do outro suscita algo de seu que, no tocante à morte, engendra um encontro com o Real.

Na unidade de oncologia pediátrica, os profissionais acompanham a criança e seus familiares do início do tratamento ao seu término por cura ou por óbito. Como ocorrem em todas as relações do ser humano, a estes são transferidos sentimentos de amor, confiança, admiração, raiva, ódio, rivalidade. Percebemos que existe uma maior dificuldade dos profissionais em suportar a transferência negativa. Quando isso ocorre, o profissional se sente desafiado sendo comuns as reações de agressividade ou pela via do autoritarismo. Essas reações também são observadas diante o uso da negação por pacientes ou familiares; diga-se de passagem, uma primeira resposta diante uma situação ou fato difícil de aceitar.

A questão de promover o sofrimento por meio de procedimentos necessários e imprescindíveis comparece quase sempre associada a uma culpa velada. Não é raro a intensificação de atos de cunho compensatórios, ou por seu avessamento, sob a forma de irritabilidade e impaciência e até indiferença para com aquele que se queixa da dor promovida. Cabe ressaltar que uma dissociação se faz necessária para a realização dos procedimentos, caso contrário não seria possível a um profissional realizar procedimentos muitas vezes dolorosos e mutilantes. Contudo, quando há uma dissociação excessiva, predomina a falta de consideração pelo o sofrimento alheio, e a sua banalização. Posturas que acabam por não incluir o paciente, a não preservar espaços de fala, e, certamente, serve de proteção ao profissional, uma defesa contra sua própria angústia. Para o paciente e seus familiares, tal postura só aumenta o sofrimento e o desamparo.

A pressa tão comum nos hospitais denota que profissional não apenas está absorvido pelo funcionamento hospitalar, com as exigências de anotações e prescrições; diz mais das dificuldades no contato com pacientes e seus familiares, no trato com a dor, com o sofrimento, com a morte; com os limites pessoais e os da situação. É o que os leva a se aterem à área orgânica, que se configura em algo palpável seguro e objetivo, afastando-os do contato com os próprios medos e inseguranças diante das questões supracitadas.

Quando os óbitos são frequentes, estes podem ser sentidos como um fracasso ou impotência; efeitos tanto da dificuldade do reconhecimento da facticidade que a morte impõe, quanto da fantasia de onipotência,(ilusão de um controle da vida e da morte), que dificulta o reconhecimento dos referidos limites. O quadro leva a iatrogenias, a um vale tudo a qualquer

custo. É preciso um investimento na vida, mas é fundamental o zelo por uma morte digna. Cada qual com a cota de sofrimento que lhe cabe.

É nesse contexto que o analista situa a sua práxis. Segundo nos aponta a elaboração do “Grupo de trabalho de psicanálise e medicina”, da Letra Freudiana, para que possa sustentar, ainda que de forma pontual, o discurso analítico, é preciso que o analista, mesmo que parte de uma equipe, não se identifique com o lugar de mais uma especialidade que lhe é suposto. Eticamente, a psicanálise não se inscreve em uma série de especialidades que se somaria ao resto visando um todo saber ideal. Não se trata de um problema de inclusão ou exclusão, de dentro ou de fora, refere-se a uma topologia que aponta para uma extimidade. É dessa posição, construída caso a caso, que um analista sustenta suas intervenções, que visam preservar a singularidade de cada sujeito ali implicado, e se interpõe à tendência de objetificação e de exclusão do sujeito inerente ao discurso médico.

Não sem a transferência, as intervenções ocorrem também com a equipe, incidindo nas condutas, a partir do recorte de significantes de cada sujeito (paciente). Muitas destas visam a própria equipe. Equivocam efeitos de grupo, assim como incidem em tendências tais como: as compensatórias ou superprotetoras típicas do senso comum, (que contribuem para reforçar o ganho secundário, a fixação no sofrimento ou posição de dependência); e as de anulação ou banalização do campo subjetivo. Inúmeras vezes intervimos para sustentar que a tristeza de um paciente não deve ser logo medicada como sinal de patologia, ao contrário, precisa ser suportada como tempo de elaboração.

Cabe ressaltar que a identificação com a dor do outro, aliada à posição de não querer causar dor, apesar de ter que realizar procedimentos dolorosos, toca em um ponto inerente a todos nós, relativo à constituição a partir com o campo do Outro. Mesmo na posição de agenciar dor, o que está em questão é o ponto do masoquismo primordial em cada um, onde o sujeito se fez puro objeto para o suposto gozo do Outro, sendo este referido ao desamparo constitutivo de todo sujeito.

Vimos, portanto, que lidar face a face com a morte e com o sofrimento do outro promove o despertar de dores primitivas, tocam no ponto de desamparo de cada um e na ambivalência quanto ao amor e o ódio. Pode fazer com que uma equipe se torne rígida em suas condutas, e, ao mesmo tempo fragmentada, pois os profissionais, ao se aterem apenas em sua área de trabalho, oportunizam poucas trocas entre si. É o momento onde se exacerbam as rivalidades, intensificam-se comportamentos hostis, onde o que impera é a intolerância nas

relações. Tais situações não deixam de ter consequências, até nefastas, para o trabalho, para os próprios profissionais, com sérios reflexos para o paciente.

Portanto, é de fundamental importância que cada equipe esteja alerta e disposta para constantemente elaborar as suas questões, os seus impasses e as suas dificuldades com o trabalho, no trabalho em equipe. Nesse contexto, o analista tem uma função importante, a de sustentar o lugar para circulação da palavra e insistir no resgate do sujeito. O sofrimento, as crises, as perdas, os conflitos fazem parte do humano, assim como a morte faz parte da vida. A solução não é negá-los, nem se paralisar frente a eles, mas poder discuti-los, dialetizá-los, revisar posições, reconhecer emperramentos, e seguir em busca da construção incessante do caminho, sempre na tentativa de dizer sempre mais e da melhor forma possível o que é impossível de dizer totalmente: sobre a morte e a vida.

Referências bibliográficas:

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica [1950(1895)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 1.

_____. Sobre o narcisismo: Uma introdução [1914]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 14.

_____. Recalque [1915]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 14.

_____. Luto e melancolia [1917(1915)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 14.

_____. Além do princípio do prazer [1920]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 18.

_____. Inibições, sintomas e ansiedade [1926(1925)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 20.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. *Opção Lacaniana*, n. 32. São Paulo: 2001, p. 8-14.

GRUPO DE TRABALHO DE PSICANÁLISE E MEDICINA DA ESCOLA DA LETRA FREUDIANA. Psicanálise e medicina: intervenções. *Psicanálise e os Discursos*, n.35/35. Rio de Janeiro: Escola da Letra Freudiana, 2004, p. 57-67.

VALAS, P. *As dimensões do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

O NORMAL E O PATOLÓGICO SOB O OLHAR DA PSICANÁLISE

Alinne Nogueira Silva Coppus

Psicanalista, Doutora em Teoria Psicanalítica pela UFRJ, Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora- Minas Gerais.

Email: alinnerj@terra.com.br

RESUMO

O normal e o patológico tem origem na medicina, perpassa a primeira tópica freudiana e chega aos nossos dias como uma bússola para profissionais e sujeitos que estão em busca de uma nomeação para seu sofrimento. Freud foi influenciado por uma visão que separa o normal do patológico por um viés quantitativo. Revolucionou, porém, ao afirmar uma continuidade entre eles e a existência da pulsão de morte. Abordamos as contribuições de Canguilhem relacionadas ao tema, de Lacan acerca do sintoma e da ética da psicanálise, o lugar que a avaliação possui na atualidade e o que Freud chamou de psicopatologia da vida cotidiana.

Palavras Chaves: psicanálise, normal, patológico, avaliação.

ABSTRACT

The normal and the pathological have their origins in medicine, goes through the first freudian topic and arrive in actual days as a compass for professionals and subjects whom seeking a nomination for their suffering. Freud was influenced by a perspective that segregates the normal from the pathological using a quantitative bias. He revolutionized, however, affirming continuity between them and a death instinct existence. We approach Canguilhem contributions related to this subject, from Lacan regarding symptoms and ethics in Psychoanalysis, the current assessments place and what Freud called psychopathology of daily life.

Key Words: psychoanalysis, normal, pathological, assessment.

O presente artigo propõe uma discussão sobre o binômio – normal e patológico – que tem sua origem na medicina, perpassa a primeira tópica freudiana e chega aos nossos dias como uma bússola para profissionais e sujeitos que estão em busca de uma nomeação para seu sofrimento que seja certificada por um discurso dito científico.

O DSM surgiu em 1952, no pós guerra, como uma resposta à imensa dor vivenciada nesses tempos traumáticos. A partir da década de 80 ele ganha força como instrumento necessário para a clínica médica. Várias transformações marcam sua numeração, sobretudo a eliminação gradual dos termos que fazem referência ao saber psicanalítico como neurose, histeria, fobia. Tudo virou um transtorno. O DSM se tornou uma espécie de fetiche popularizado pelos meios de comunicação de massa, alimentando, ainda mais, a psicopatologia da vida cotidiana (JERUSALINSK; FENDRIK. 2011).

Esse, porém, é o título de um dos textos mais importantes de Freud (1901/1996) onde o psicanalista introduz a importância e sentido que nossos atos, mais cotidianos, possuem, servindo de mensageiros do desejo inconsciente. Freud também sofreu a influência de uma visão que separa o normal do patológico por um viés quantitativo. Temos prova disso na própria definição do princípio do prazer ou na primeira teoria da angústia. Revolucionaria, porém essa visão ao afirmar uma continuidade entre o normal e o patológico e a existência da pulsão de morte. Na própria vida existem forças desarmônicas.

O referencial para o analista não é a norma e sim a singularidade. As contribuições de Canguilhem (1978) sobre o normal e o patológico, do ensino de Lacan (1966/1998) que destaca o gozo do sintoma e a ética da psicanálise em seu descompasso com o mercado, o lugar que a avaliação possui na atualidade (MILLER; MILNER. 2006) e o que Freud nos ensina sobre um trio que quase caiu em desuso - a inibição, o sintoma e a angústia – fazem parte dessa discussão.

1. O DSM

Alguns dos que defendem a medicalização para suprimir os conflitos ou que enaltecem os exercícios comportamentais de reeducação da diferença, lançam-se em uma série de ataques à psicanálise na tentativa de conquistar um imenso público desejoso de respostas e garantias. Esse discurso tem realmente fascinado bastante.

Vemos na última década um retorno ao ideal de um corpo robô - sem desejos, sem envelhecimento, sem doenças, com automatismos garantidos para cada situação. Tudo ‘positivado’ em um pensamento positivo. Aliado a isso, o ideal de felicidade parece estar ligado a uma redução da memória unida à capacidade do homem selecionar respostas corretas para estímulos esperados.

O DSM assume mesmo sua vigência a partir da década de 80 e vem tendo, cada vez mais, as presenças da neurociência, da psicofarmacologia e da genética em seu discurso (IZAGUIRRE, 2011). O DSM é um discurso e, como tal, possui seus efeitos. Um diagnóstico não nos informa apenas sobre uma doença que está dada na natureza, ele a cria. Como a grande maioria dos sintomas é considerada transtornos de comportamentos, eles não seguem uma sequência clássica de descrição de doenças nem se agrupam por alguma causalidade. Na realidade, não há doenças e sim transtornos, déficits.

O próprio termo ‘transtorno’ aponta a existência de um suposto normal que está alterado, portanto, a existência de uma patologia que, logo, precisa ser localizada, nomeada, medicada, eliminada.

Se vemos nos dois primeiros DSMs grande influência da psicanálise, oriunda de sua própria proximidade com a psiquiatria da época, o impulso empirista que marca os próximos resulta da necessidade de que as doenças mentais sejam descritas com maior clareza e precisão, não sendo tão fundamental a anamnese do paciente para que o profissional possa observar e classificar o que está de errado ali. Vale destacar que essa parte da psiquiatria, não igualemos todo esse campo de tratamento e pesquisa a um manual, faz sucesso em um mundo que exclui a subjetividade, que contabiliza o tempo como moeda de produção e satisfação, que prega a ciência como verdade.

Canguilhem (1978) destaca que não foi por acaso que a palavra normal – oriundo de norma em latim, lei - surge no séc. XVIII, em 1759, juntamente com o movimento da Revolução Francesa. A burguesia tenta fundar uma nova ordem capaz de funcionar como norma para toda a sociedade: a ordem econômica capitalista. Rendimento e saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento do social. E isso até hoje.

2. A AVALIAÇÃO

A avaliação traz consigo um tom de cientificidade e eficiência que nem sempre correspondem à realidade. Ela é uma resposta a um dos paradigmas que marca a modernidade, o paradigma ‘problema-solução’ (MILLER; MILNER. 2006). Se há um problema, precisamos localizá-lo e, com isso, descrevê-lo e medi-lo, para assim encontrarmos uma solução para o mesmo, eliminando-o sem perda de tempo. Logicamente, precisamos avaliar não só o problema, mas também a suposta solução, ou seja, se solucionou mesmo o problema ou não e, sobretudo, avaliar quem o solucionou.

Em um momento de medicina baseada em evidências, a avaliação tem como objetivo encontrar a terapêutica mais rápida e eficaz para todos, sem perder de vista, obviamente, a relação entre custo e benefício (ZUCCHI, 2003). Aliás, atualmente, a maneira como o homem tem vivido sua relação com o tempo – sempre acelerado – faz com que exista a forte ideia de que não é possível ‘perder tempo’, sendo necessária uma segurança em relação à ação homem. Essa segurança, acredita alguns, advém, dos métodos de avaliação. A avaliação permite a ilusão de um tempo bem aproveitado, um tempo sem perdas ou enganos.

Kehl (2009) ressalta que a temporalidade contemporânea, frequentemente vivida como pura pressa, atropela a duração necessária que caracteriza o momento de compreender a experiência vivida pelo homem. Quando cada minuto exige uma decisão e promete alguma forma de satisfação temos, como retorno disso, pacientes que chegam à clínica também com essa pressa de respostas, de resultados e até de acolhimento, caracterizando uma certa urgência subjetiva que muitas vezes localiza a escuta do analista como um mero apagador de incêndio. “O homem contemporâneo vive tão completamente imerso na temporalidade urgente dos relógios de máxima precisão, do tempo contado em décimos de segundo, que já não é possível conceber outras formas de estar no mundo que não sejam as da velocidade e da pressa” (KEHL, 2009, p. 123). Isso pode ser percebido na clínica quando recebemos em nossos consultórios pacientes que demandam um tratamento bom, barato – não só no sentido monetário - e rápido!

Não há como fechar os olhos para a influência e o poder que exercem hoje um questionário, um teste psicológico e o próprio DSM. A avaliação, nesse sentido, seria um método científico e eficiente se localizar e quantificar aquilo que é inerente a clínica médica, psicológica e psicanalítica: a escuta do sofrimento humano. Entretanto, apesar de ser tomada como índice de sucesso no acesso do sujeito à realidade, “a avaliação não é uma ciência, mas uma arte de gerenciamento. Com o pretexto de que há medida, mede-se, escalona-se, conta-

se, compara-se etc., imagina-se que é científico, (...). Não é porque há cálculo que há ciência” (MILLER; MILNER, 2006, p.16). O que escapa a isso?

3. UMA POSSÍVEL BRECHA NESSE DISCURSO

Canguilhem (1978), médico e filósofo, reavaliou a ideia de que o patológico é um excesso ou falta que faz referência a um normal. Para ele, o normal e o patológico implicam forças em luta, sendo dois fenômenos qualitativamente diferentes e opostos. Assim, o estado patológico não pode ser deduzido, de maneira lógica, do conteúdo da saúde. Este seria uma nova dimensão da vida, implicando uma relação mais limitada entre o doente e o meio ambiente. Assim, não é a ausência de normalidade que constitui o anormal, o patológico também é normal, pois a vida inclui a doença. Canguilhem se aproxima assim da leitura psicanalítica ao dizer que a norma não pode ser a média, ela é individual.

A psicanálise reconhece no mal-estar, na dor psíquica, na própria diferença, a presença de um conflito psíquico, o sinal de que ali existe um sujeito. Freud em “A psicopatologia da vida cotidiana” [1996 (1901)] postulou a continuação entre a saúde e a doença psíquica sem descrever, apesar do título do texto, nenhum estado normal ou alteração mental. Um de seus propósitos era mostrar que nesses atos, a princípio insignificantes, há um desejo não admitido pela consciência, uma outra cena. Da mesma forma é no sintoma, no próprio mal-estar, na própria ‘disfunção’ que localizamos o sujeito tomado por um saber de outra ordem, o saber inconsciente que implica uma outra satisfação que não apenas o prazer.

Lembramos então que o que caracteriza a psicanálise é a possibilidade de que esse sofrimento seja escutado e tratado em outra dimensão, a partir de outro discurso. Não há remédio para o desamparo, existem possibilidades do sujeito dar talvez outro corpo a ele, outro sentido, outra roupa, outra direção que não a de vítima do mesmo e sim de se haver com ele.

O sujeito, quando procura uma análise, também busca uma solução, encarnada na figura do analista, para o seu sofrimento. Ele quer um remédio para sua falta-a-ser, algo que possa resolver seu problema, de preferência, sem que nada seja alterado, mudado de lugar. Sofrendo os efeitos desse discurso capitalista, a psicanálise é o campo propício e talvez único para o recolhimento do que é excluído nesse discurso, ou seja, o sujeito (LACAN, 1965-66/1998).

A experiência psicanalítica nos ensina que o sujeito, “enredado em suas estratégias mortíferas de recuperação do essencialmente perdido, encontra na ordem do discurso a via possível para atravessar a vida” (COSTA-MOURA, 2010, p.7). Assim, é esperado que ele se engendre cada vez mais nessa maneira de levar a vida que prega a certeza de uma satisfação garantida. O que vemos porém é, ao contrário, uma insatisfação cada vez mais crescente sobretudo naqueles que chegam à análise.

Onde há enigma há sujeito. É com ele que trabalhamos na clínica psicanalítica, a partir de sua divisão, seu desejo e seu modo de gozo. Se houvesse uma resposta prática e rápida sobre a felicidade do homem, ela já teria sido encontrada.

Na contramão do discurso científico, a psicanálise oferece uma saída ética ao sujeito, pela via do desejo, da falta. Inaugura um campo de saber que não pretende mascarar o real e sim sustentar uma práxis que prima pela possibilidade do sujeito se desdobrar diante do que não é possível, marcando a presença do furo e da falta-a-ser em seu discurso. Continuemos, então, no percurso!

Referências Bibliográficas:

AGAMBEN, G. *O que é o contemporâneo?* E outros ensaios. Santa Catarina: Argos, 2009.

CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

COSTA-MOURA. *Psicanálise e laço social*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2010.

FREUD, S. A psicopatologia da vida cotidiana [1901]. In:_____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.6.

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. In: Jerusalinsk A.; Fendrik (org.). *O livro negro da psicopatologia*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSK A. & FENDRIK. *O livro negro da psicopatologia*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LACAN J. De nossos antecedentes [1965-66]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. In: *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de psicanálise, n. 32. São Paulo, 2001, p. 8 - 14.

MILLER; MILNER. *Você quer mesmo ser avaliado?* São Paulo: Manole, 2006.

ZUCCHI, M. A construção do caso clínico como instrumento de avaliação em psicanálise.
Latusa: O trabalho na sessão, n.8. São Paulo: Marques Saraiva, 2003, p. 61-77.

A MULHER E A DEMANDA DESMEDIDA DE BELEZA

Maria Cristina Bion Cardoso

Psicanalista; Especialista em Psicanálise e Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise – PPGPSA/UERJ.

E-mail: cristinabion@terra.com.br

RESUMO

A psicanálise tem demonstrado que as tentativas de decifração do que é uma mulher tem atravessado séculos sem resposta. Lembramos que Freud, diante desse enigma do feminino, refere-se à mulher como “continente negro” e se interroga: “O que quer uma mulher?”. Essa pergunta levou Freud a verificar nas mulheres uma forte relação com a falta que ele veio a denominar de Penisneid. A busca da beleza seria um recurso diante da angústia do sujeito frente à Mulher que “não-existe”, mas insiste?

Palavras – chave: Feminino, beleza, corpo.

ABSTRACT

Psychoanalysis has demonstrated that attempts to decipher what a woman is have crossed centuries without answers. We remark that Freud, confronted by this enigma of the feminine, refers to a woman as "a dark continent" and questions himself: "What does a woman want?" That inquiry led him to confirm in the women a strong relationship with what he called the lack Penisneid. The aim of this paper is to question, according to a Lacanian reading of those Freudian considerations, whether the pursuit for beauty would be a resource to confront a subject's anxiety coping with the Woman who “does-not-exit”, but “insists”.

Keywords: Feminine, beauty, body

1. INTRODUÇÃO

O cenário atual da sociedade mostra que há um movimento por parte das mulheres em direção a um ideal de perfeição estética fundamentado no culto ao corpo belo e perfeito. Mesmo após um século de luta feminista e conquistas, dentre elas a inserção no mercado de trabalho, mulheres parecem ainda buscar responder à questão sobre o feminino através da beleza. Procuram a beleza tão exageradamente, às vezes, que são levadas à anorexia, bulimia, excessos de silicone, lipoescultura, entre outras inúmeras intervenções plásticas. Duas normas parecem dominar a nova galáxia feminina da beleza: o antipeso e o antienvelhecimento. A identidade do corpo das mulheres equivale à harmonia da tríade beleza/saúde/juventude. Influenciadas especialmente pela mídia capitalista, elas estão, cada vez mais, colocando-se a serviço de seus corpos, sendo incitadas a identificar beleza com juventude assim como juventude com saúde. Resta-lhes, portanto, fazer qualquer tipo de concessão para alcançar essa finalidade norteada por um ideal inatingível. Funda-se, assim, um ciclo gerador de constante insatisfação e frustração. Ainda que os padrões estéticos tenham se modificado nos últimos tempos, a luta para atingir o ideal de beleza é algo que tem marcado a relação da mulher com seu corpo. O corpo dessa forma é tido como uma máquina que deve sempre funcionar da forma mais perfeita.

Para Gilles Lipovetsky (1997/2007), em seu livro *A terceira mulher*, o que se manifesta através das práticas femininas da beleza ilustra; “o triunfo da razão prometeica, o impulso da cultura da eficácia e do controle” (LIPOVETSKY, 1997/2007, p.142). Permanecer jovem e esbelto trata-se então de se tornar “dono e possuidor” do corpo, de corrigir a obra da natureza, de vencer as devastações ocasionadas pela marcha do tempo e de substituir um corpo recebido por um corpo cultuado. Segundo este mesmo autor, a beleza feminina deve ser considerada como um fenômeno histórico, uma instituição social “construída” cuja origem não remonta muito além da aurora dos tempos modernos. O estudo da pré-história e das sociedades selvagens mostra que o atributo do belo na mulher nunca ocupou uma posição privilegiada. Seu atributo era, sobretudo, a fecundidade e o poder superior de vida e de morte. A idolatria do ‘belo sexo’ é uma invenção da Renascença, dos meados do Século XIII até XVII e seu valor apresentava dissonâncias no que se refere à diferença sexual. Para os homens, a imagem da virilidade não se dava em função da beleza, mas para as mulheres, “segundo sexo e belo sexo” era “a mesma coisa”. Até o fim do século XIX, a idolatria da

beleza feminina se desenvolveu em um quadro social estreito dentro dos limites de um público elitista.

Ao longo do século XX, o culto da beleza ganhou a dimensão social inédita das massas. O desenvolvimento da cultura industrial e midiática permitiu o advento de uma nova fase mercantil e democrática da história da beleza feminina. Essa democratização não apenas se intensificou como também foi acompanhada por um deslocamento da prioridade que instituiu o primado da relação com o corpo. O corpo como jovem é o que mobiliza cada vez mais as paixões e a energia das mulheres em busca de uma estética feminina.

Para a psicanálise, o atributo da beleza serve como um recurso para que o corpo possa ser identificado ao falo, o significante do desejo do Outro, escamoteando a castração através do ornamento que, como uma cobertura, pode ocultar o insuportável. Trata-se de encobrir o real que, para além do bem e do mal, não é tão bonito de se ver. Lembramos que Freud (1937/2006), em “Análise terminável e interminável”, alerta sobre o mal-estar na civilização que gera um repúdio à feminilidade, ou seja, diante da castração encontramos um rochedo, uma resistência em aceitar a condição de sujeito castrado. Nada tão universal em psicanálise quanto ‘somos todos castrados’. O tratamento dado a essa condição, no entanto, passa pela representação simbólica de cada época e pode se singularizar, em cada sujeito, quando o feminino não repudiado é tocado pelo real que escapa ao enquadre representacional. Essa conquista consiste em poder admitir a falta, a não completude, em se deparar com a castração e reconhecer nela um elemento estruturador do psiquismo e da cultura.

O corpo feminino em questão na psicanálise.

O feminino está no cerne da descoberta da psicanálise, pois, ao escutar as pacientes históricas, em sua maioria mulheres, Freud (1896/2006) descobre um corpo sexuado e afetado pela linguagem. O “caso Dora”, paradigma da histeria, publicado em 1905, é exemplar do modo como o corpo é usado para transmitir a história erógena do sujeito. Tratava-se de uma histeria com acessos de tosse e afonia, apontados por Freud, (1905/1901/2006) como uma “complacência somática”, que proporcionavam expressão, pela via corporal, aos processos psíquicos inconscientes. Assim, Freud conclui que os sintomas tem uma significação sexual e expressam a realização de um desejo. No entanto, essa significação, expressa através do corpo, é sempre cifrada. Dessa forma, o corpo fala, embora o sintoma expresso no corpo não traga com clareza do que se trata.

Dora, por exemplo, não sabia o que se passava com ela. Seus sintomas eram enigmáticos. Ao mesmo tempo, durante sua análise, surgiu uma questão sobre a feminilidade e o indizível do corpo feminino. Esse corpo *questão*, atravessado pela linguagem que obedece às leis do desejo inconsciente e pela pulsão é colocado como objeto para o psiquismo. O inconsciente revela-se então como um saber que não sabe de si na medida em que opera para dar a esse corpo uma significação, ao mesmo tempo em que é causado por ele. Vemos então que, ao elaborar uma teoria da sexualidade, Freud iniciou uma verdadeira revolução que distingue a concepção que o corpo tem para a psicanálise daquela tradicional sustentada pela perspectiva biológica e organicista do corpo. Para a psicanálise, o corpo é constituído pela lógica da representação inconsciente sendo o lugar no qual uma subjetividade se inscreve. Lacan vai destacar, nesse sentido, que o corpo é o lugar da inscrição simbólica inconsciente e da história de cada um (1953/1998). Tal inscrição tem, então, uma dimensão da alteridade uma vez que o corpo é constituído por marcas de um investimento libidinal que vem do campo do Outro. São os cuidados realizados pelo Outro materno no corpo da criança que, ao torná-lo erógeno, lhe permitem o acesso à simbolização. Segundo, Luciano Elia:

Trata-se, portanto, de um corpo simbólico, um corpo mapeado por marcas e traços significantes, irreduzíveis à ordem biológica. Mas também um corpo imaginário, um corpo de identificações, isto é, modificado pelos efeitos gerados pela assunção, no sujeito, da imagem dos objetos por ele investidos e amados. Finalmente, o corpo é também real, não porque ele seja, *afinal de contas, também orgânico*: o corpo é real na medida em que não é totalmente imaginarizado e simbolizado, ou, antes, porque o é *não-todo*, pois, a partir do corte representado por sua entrada na ordem simbólica, que torna o corpo passível de recobrimento imaginário, o corpo orgânico, para sempre perdido na experiência do sujeito, dá lugar a um vazio não imaginarizável nem simbolizável, lugar, inclusive, que se constitui como furo no campo das representações. (ELIA, 1995, p. 107)

A psicanálise tem demonstrado que as tentativas de decifração do que é uma mulher tem atravessado séculos sem resposta. Lembramos que Freud, diante desse enigma do feminino, refere-se à mulher como “continente negro” e se interroga: “O que quer uma mulher?”. Essa pergunta não encontrou na teoria freudiana uma resposta definitiva, mas levou Freud a verificar nas mulheres uma forte relação com a falta que ele veio a denominar de *Penisneid*. Lacan (1958/1998, p. 739) em “Diretrizes para um Congresso sobre a sexualidade feminina” questiona se: “a mediação fálica drena tudo o que pode se manifestar de pulsional na mulher” e, dessa forma, assevera que uma característica da sexualidade feminina reside no fato de a mulher não se inscrever totalmente na ordem fálica. Posteriormente, ele vem a pensar que o feminino refere-se ao “não-todo” fálico e responde à falta de um significante que

possa dizer o que é uma mulher, formulado em sua lógica pelo matema: $S(\mathbb{A})$ que podemos ler como “ \mathbb{A} mulher não existe”. Nesta direção, Lacan em 1972/1973 afirma:

O sexo corporal, o sexo da mulher - eu disse *da mulher*, embora justamente não exista a mulher, a mulher *não é toda* – o sexo da mulher não lhe diz nada, a não ser por intermédio do gozo do corpo (LACAN, [1972/1973]/2008, p. 14).

Para a psicanálise, a posição feminina diz respeito ao indizível, ao inassimilável, à impossível representação simbólica da experiência no corpo para um sujeito, pois tal experiência está diretamente relacionada com o que há de mais íntimo e estranho ao próprio sujeito, não podendo ser compartilhada. Portanto, o feminino posiciona uma mulher mais além do falo, a partir do que Lacan (1958/1998, p.742) aponta; “entre pura ausência e pura sensibilidade”. É no seminário, livro 20, *mais, ainda* ([1972/73]/2008), que Lacan trouxe uma discussão sobre o feminino pela via do gozo e do *não-todo*. Para Lacan; “quando um ser falante qualquer se alinha sobre a bandeira das mulheres, isto se dá a partir de que ele se funda por ser *não-todo* situado na função fálica” ([1972/73] 2008, p.78/79). A distinção feita por Lacan acerca da partilha sexual se refere a uma posição subjetiva encontrada no próprio discurso do sujeito e que pode estar em desacordo com a diferença anatômico. Assim a lógica que ele estabelece para distinguir os humanos quanto ao sexo é: todo fálico para o masculino e *não-todo* fálico para o feminino. Essa distinção se dá a partir da sua verificação de duas modalidades de gozo: o gozo fálico ou sexual, determinado pela linguagem e tributário do significante fálico, e o gozo para além do falo, ou gozo do Outro, um gozo suplementar fora da linguagem. Temos então para a mulher a possibilidade de se desdobrar nesses dois gozos: o gozo fálico situado entre o simbólico e o real e o gozo Outro situado entre o real e o imaginário, conforme Lacan veio a apontar em *A terceira* (1974/2011).

A feminilidade coloca, inevitavelmente, uma questão sobre o Outro assim como uma disjunção entre o Outro do desejo, tributário do falo, e o Outro do gozo que ultrapassa ao falo. É nesse ponto que encontramos a confluência entre o desejo e o gozo em termos da beleza do corpo feminino e ao mesmo tempo do horror que ele também suscita. O Outro pode causar o desejo, mas não o satisfazer, porque o que se deseja é anular a falta. O gozo, por sua vez, pode atirar para o excesso sem limite. Este desmedido, este sem limite se encontra correlacionado ao real da posição feminina, quer dizer, ao impossível da posição feminina. Impossível no sentido do que não cessa de não se escrever para uma mulher. Nesta direção Heloisa Caldas, em seu texto *Uma versão do feminino na contemporaneidade* aponta:

O feminino provoca desde sempre o sonho humano de aperfeiçoar sistemas de domínio. Um trabalho de *Sísifo*, pois, por mais que se inventem leis, sintomas, o feminino insiste em seu caráter rebelde. Neste sentido, a tendência atual a gozar mais e mais sinaliza uma aspiração ao feminino, uma vontade de sugar de sua fonte inesgotável, que, sabemos, a partir da psicanálise, só pode acabar em morte. (CALDAS, 2012, p. 268/269)

Para concluir, podemos dizer que o contínuo rearranjo entre aquilo que falta e que excede na feminilidade, é vivido simbolicamente nos muitos procedimentos estéticos que sempre acrescentam ou retiram algo do corpo. É inegável, portanto, a ênfase com que a mulher se serve do real do corpo, este real que se constitui como furo no campo das representações. Sem dúvida, o atributo da beleza vem representando mais uma, dentre tantas outras tentativas de contornar as vias da feminilidade, de modo que o feminino não para de inscrever sob a condição de enigma. Nesse sentido, a condição feminina atual, só nos mostra o quão multifacetada pode ser a feminilidade e o quanto ainda temos que pensar sobre isso.

Referências Bibliográficas:

- CALDAS, H. Uma versão do feminino na contemporaneidade In: Caldas, H.; Murta, A.; Murta, C. (Org.) *O feminino que acontece no corpo*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012, p. 267-273.
- ELIA, L. *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.
- FREUD, S. Esboço de psicanálise [1940 (1938)]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 23, p. 197-207.
- _____. Análise terminável e interminável [1937]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 23, p. 225-269.
- _____. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise [1933 (1932)]. A feminilidade. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 22, p. 113-134.
- _____. Sexualidade feminina [1931]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 21, p. 233-248.
- _____. O inconsciente [1915]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 14, p. 171-222.
- _____. Três ensaios sobre a sexualidade [1905]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 7, p.119-229.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria [1905 (1901)]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 7, p.19-116.

_____; Breuer, J. Estudos sobre a histeria [1895 (1893)]. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 2, p. 39-53.

LACAN, J. A terceira [1974] *Opção Lacaniana* - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 62, São Paulo, Eólia, 2011.

_____. *O Seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-1973]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina [1960 (1958)]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 734-745.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise [1953]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 238-324.

LIPOVETSKY, G. *A terceira mulher*. Rio de Janeiro: Schwarcz, 2007.

A NOMEAÇÃO DO SEXO: UM SINTOMA ENTRE ESTADO E SUJEITO?

Heloisa Shimabukuro

Aluna do Curso de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental (UERJ), sob supervisão de Heloisa Caldas.

E-mail: heloisasds@hotmail.com

Nelly Brito

Aluna do Curso de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental (UERJ), sob supervisão de Heloisa Caldas. Mestranda em Teoria Psicanalítica (UFRJ), sob supervisão de Simone Perelson.

E-mail: nellybrito3@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho enfatiza a tentativa de nomear o sexo, buscando a criação de um lugar para o sujeito. Este ano, o Pará outorgou a *carteira de nome social*, documento que apresenta o nome adotado por travestis e transexuais, substituindo o nome que consta nos registros de nascimento. Não seria a tentativa de tamponar a falta de nomes para o sexo com um documento um sintoma? Se entre sujeito e Estado demandas e respostas se apresentam na busca incessante de um suposto bem comum, seria possível apontar para o desejo, ultrapassando as identidades, para além das fronteiras que os nomes impõem?

Palavras chave: sexo, sintoma, sujeito, Estado, nomeação.

RESUMEN

Este trabajo se propone analizar el intento de nombrar el sexo, que crea un lugar para el sujeto. Este año, Pará, concedió la *carta de identidad social*, documento que presenta el nombre adoptado por travestis e transexuales, en sustitución del nombre que aparece en los registros de nacimiento. El intento de cubrir la falta de nombres para el sexo con un documento no sería un síntoma? Si entre el Estado y el sujeto demandas y respuestas se presentan en la búsqueda incesante de un supuesto bien común, sería posible señalar el deseo, superando las identidades, más allá de los límites que imponen los nombres?

Palabras clave: sexo, síntoma, sujeto, Estado, nombramiento.

A práxis da psicanálise acompanha as transformações da cultura fornecendo assim bases para a clínica psicanalítica da contemporaneidade. Freud viveu na era vitoriana, diferentemente de Lacan que fomentou seu ensino numa época de efervescência surrealista e movimentos trabalhistas. Tais contextos foram determinantes para os rumos da psicanálise.

Diferentemente de outros discursos, o discurso no qual se fundamenta o psicanalista privilegia o relato do sujeito para a construção de sua referência ao saber. “Afinal, o fundamento da ciência não são essas ideias, mas sim a observação pura sobre a qual tudo repousa”, como bem afirmou Freud (1914/2004, p. 100). Observamos com isso que o modo particular como o sujeito é atravessado pela cultura é o ponto de partida e de chegada para a práxis que embasa o saber psicanalítico.

Como afirma Brodsky (2012, p. 49) “(...) o saber da clínica é um saber que muda. A clínica da qual nos ocupamos é sensível ao Outro social, muda o Outro e muda a clínica (...). A clínica psicanalítica é uma clínica que se depreende da prática da psicanálise”. Tal operação evidencia a incidência da alteridade, num *continuum* entre o que é particular e o que é do outro.

Hoje, com o avanço tecnocientífico, algumas questões são colocadas em xeque, como o binarismo sexual, tradicionalmente ancorado na distinção homem/mulher. A legalização da união entre pessoas do mesmo sexo, a possibilidade de reprodução humana prescindindo da relação sexual, além do desenvolvimento de recursos biomédicos para mudar a aparência do corpo são questões que apontam para a insuficiência das categorias sexuais até então tradicionalmente reconhecidas.

A evidência genital anatômica sempre foi considerada uma prova irrefutável de demarcação da diferença entre os sujeitos, categorizando-os como homem ou mulher. Contudo, esse referencial não é mais tão sólido. Por exemplo, como classificar um sujeito nascido com pênis, mas que demanda o direito de fazer uma cirurgia para tornar-se mulher?

Robert Stoller, psiquiatra e psicanalista americano, foi um dos pioneiros na luta pelo reconhecimento de discordâncias entre “sexo” e “gênero”. Para o autor, o transexual seria um exemplo de que o dado biológico (sexo) não necessariamente corresponde ao pressuposto social (gênero), uma vez que ele sente ter nascido em um corpo errado (STOLLER, 1982).

Tanto no que tange à anatomia como às questões de gênero, observamos tentativas de nomear o sexual. Trata-se de um deslizamento de referências: na biologia, macho e fêmea; na genética, cromossomos X e Y; na cultura, homem e mulher; na família, pai e mãe e assim por

diante. Isso, porém, parece não bastar. Para além dos polos masculino e feminino, expressos a partir do paradigma da heterossexualidade, o movimento em prol da diversidade sexual propõe nomenclaturas que, aparentemente, buscam a criação de novos lugares para o sujeito.

Enquanto certezas antigas se desfazem, fronteiras tornam-se tênues e ampliam a possibilidade de inserção social, desdobrando um movimento de busca por bases que delimitem a identidade dos sujeitos. Afinal, se o binarismo existente fosse suficiente, não haveria demandas de novos nomes para o sexo, como demonstrado pelo movimento LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Movimentos sociais tangentes à livre orientação sexual, como o citado acima, levam suas reivindicações a quem possa, supostamente, atendê-las. Dentre as esferas procuradas com este fim, o poder público, aqui representado na figura do Estado, nos desperta especial interesse a partir da recente criação de um documento de identificação específico para travestis e transexuais. Trata-se da *carteira de nome social*, outorgada, atualmente por dois estados brasileiros: o Rio Grande do Sul e o Pará.

Estes extremos geográficos do país parecem não tão distantes ao convergirem a respeito da nomeação de sujeitos cuja identidade está supostamente referida a um documento. Registrados com um nome correspondente a certo sexo biológico, designado pela anatomia, tais pessoas referem não se enquadrar em tal categoria, exigindo que o Estado sustente sua demanda de reconhecimento a partir de um nome correspondente ao gênero com o qual se identificam. Assim, o Estado legitima um cargo ao sujeito perante a sociedade, nomeando o gênero e exonerando o sexo.

Verificamos, no entanto, que tais reivindicações datam de muito tempo. Segundo LeVay (1996), ainda em 1860, o alemão Ulrichs foi um dos primeiros estudiosos do século XIX a defender a existência de um “terceiro sexo” – categoria que pretendia incluir indivíduos nem totalmente masculinos, nem totalmente femininos – antecipando discussões extremamente atuais. A ideia de que existiriam múltiplas categorias sexuais ganhou maior vulto após a publicação “Sexing the body”, da bióloga Anne Fausto-Sterlin, em 2000. A autora argumenta que o binarismo macho/fêmea não é eficiente para a definição sexual dos indivíduos, pois há intersexos formando um “continuum” entre eles, como numa banda de Möebius.

Tal fato demonstra que, mesmo quando um referencial – o organismo – é eleito para balizar a nomeação do que se passa nos corpos, isto não parece resolver o enigma do sexual.

Isso nos remete a um ponto obscuro acerca dos corpos e à insuficiência dos nomes que tentam significá-lo. A teoria de Fausto-Sterlin, a nosso ver, aponta exatamente para o limite da significação. Se os significantes podem se desdobrar incessantemente, é porque não se chega de fato ao significado que faria cessar o desejo de saber.

Freud aborda a distância entre o objeto e sua representação desde os primórdios de sua obra frisando que não é possível alcançar o objeto diretamente, sendo antes necessário acessar sua representação. Daí a importância da operação simbólica que tenta dar sentido às coisas a partir de sua nomeação.

Nessa operação, o sujeito inscreve-se na ordem da linguagem, usando palavras para simbolizar uma falta. Ao nomear essa ausência, algo se perde, havendo sempre um equívoco na linguagem. Portanto, a condição de ser um sujeito falante é essencialmente a de ser um sujeito faltante. A ausência de acesso ao objeto como tal marca a falta constituinte do sujeito, que jamais será recoberta pelas representações. Esta impossibilidade radical e permanente é o que demarca a *castração*, isolando um *real* impossível de nomear, à revelia do que rege a sociedade em suas incessantes demandas.

Ao abordarmos o sujeito do inconsciente, não podemos desprezar os efeitos que a época, a cultura, a sociedade e a política engendram, podendo ser determinantes em sua posição social, entretanto, a psicanálise não parte desse aspecto. Não se trata, como refere Elia (2000, p. 27), “de desprezar as determinações sociais da subjetividade, mas de evidenciar a relativa independência que o processo de constituição da subjetividade mantém em relação às referidas determinações”.

No que tange à carteira de nome social, destacamos a legitimidade de categorias sexuais outorgadas pelo Estado como uma possível resposta às demandas que surgem na tentativa de dar nome ao real, forjando uma espécie de véu para o sem emblema da castração. Segundo Caldas (2012, p. 232) “o continuo do arco íris parece não bastar para nomear tantos semblantes de seres para o sexo. Inúmeras identidades sexuais novas proclamam sua nomeação e reclamam seus direitos”.

Nesse contexto, perguntamos: será que a criação de significantes para o inominável do sexual torna familiar o que há nele de estranho? E, sabendo que o sintoma é, segundo Freud (1916 [1917] 2006), uma formação de compromisso que busca aplacar a angústia, questionamos: não seria a tentativa de tamponar a falta de nomes para o sexo um sintoma entre Estado e sujeito?

Começemos observando que não há resposta que não deva ser considerada eventualmente como um sintoma em que o sujeito se refugia para abrigar e esquivar dilemas a respeito de suas fantasias. É na vida imaginária e fantasmática que se recupera um pouco da satisfação perdida. Assim, pode-se dizer que o sujeito se posiciona sempre a partir de seu sintoma.

O sintoma surge para satisfazer, por um lado, o desejo inconsciente e, por outro lado, a estrutura psíquica que reage contra este desejo, sendo definido por Freud (1916 [1917] b /2006) como uma formação do inconsciente que tenta aplacar a angústia. Dito isto, Freud propõe que a satisfação sentida pelo sintoma é apenas parcial, pois está relacionada à pulsão e sua finalidade. Segundo o autor (1915/2006), a meta (*ziel*) da pulsão, que é a obtenção de satisfação, por estrutura, não se dá de forma completa. Sempre resta algo a satisfazer, para além do princípio do prazer, uma demanda inesgotável que se repete de forma constante (FREUD, 1920/2006).

No caso da carteira de nome social, observamos a diferença entre o que é pedido e o que é alcançado. Afinal, a garantia de um nome equivalente a determinado gênero se equipara a possuir uma identidade? A demanda de reconhecimento por parte do sujeito não necessariamente corresponde à resposta dada pelo Estado, ou seja, um novo nome. O reconhecimento demandado tende a deslizar-se. Hoje, um novo nome, amanhã, um novo apelido. Pode haver quem ouse afirmar que quando alguém “pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (LACAN, 1966/2001, p. 10). É aí, no lugar do impossível de responder, que se torna possível a entrada da escuta analítica.

Nesse contexto, podemos apontar duas saídas diante da demanda: respondê-la e fixar o sujeito em seu sintoma ou não responder e deixar emergir o sujeito do desejo. Se o Estado parece atender às reivindicações, a psicanálise opera a partir da realidade psíquica, apontando que não há “assujeitamento integral ao ‘Social’ e seus signos” (ELIA, 2000, p. 28).

Ao pensar nas possibilidades de nomeação do sexo, como a carteira de nome social, vemos que elas são empreendidas a fim de retirar a estranheza que o inominável engendra. Não há, contudo, correspondência entre o corpo e o significante. Há uma disjunção entre o sexual e o que a linguagem nos permite demarcar. Aquilo que tenta a todo custo tamponar a falta, apenas indica o caminho do impossível. Assim, haverá sempre algo não exaurido na representação, algo malogrado, como afirma Lacan (1957/1998, p. 501).

Diante do exposto, resta uma questão: se entre sujeito e Estado demandas e respostas se apresentam na busca incessante de um suposto bem comum, seria possível apontar para o desejo, ultrapassando as identidades, para além das fronteiras que os nomes impõem? Apesar de haver uma contradição aparentemente intransponível entre o modo como o analista e como o Estado respondem às demandas de saber acerca do sexual, nossa proposta visa articular esses campos a partir de seu eixo convergente, isto é, o sujeito. Como afirma Elia (2000, p. 28): “as formas de aplicação da psicanálise são inúmeras (...). É possível, assim, fazer psicanálise em qualquer estrato social, em qualquer ambiente institucional, desde que haja analista, de um lado e sujeito dividido de outro”.

Referências Bibliográficas:

- BRODSKY, G. *La locura nuestra de cada dia*. Caracas: Editorial Pomaire, 2012.
- CALDAS, H. Bate-se numa mulher... quando os semblantes vacilam. In: Machado, O. R. M.; Derezensky, E. (orgs.). *A violência: sintoma social da época / La violencia: sintoma social de la época*. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2013.
- ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: Alberti, S.; Elia, L. (orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-36.
- FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*. Nova Iorque: Basic Books, 2000.
- FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer [1920]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 18.
- _____. O sentido dos sintomas [1917 (1916)b] In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 16.
- _____. Os caminhos da formação dos sintomas [1917 (1916)a] In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 16.
- LACAN, J. O Lugar da Psicanálise na Medicina [1966]. *Opção Lacaniana*, n.32. São Paulo: Edições Eólia, 2001.
- _____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud [1957] In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.
- LEVAY, S. Queer Science. *The Washington Post*. Massachusetts: MIT Press, 2006. Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/wp-srv/style/longterm/books/chap1/queerscience.htm>. Acessado em 09 de abr. de 2013.

STOLLER, R. J. *A experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

ESTADO, SAÚDE E PSICANÁLISE: a incorporação da psicanálise no brasil pela via higienista

Luciana Cavalcante Torquato

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFMG, Psicóloga do PAEFI/CREAS em Belo Horizonte/MG.

E-mail: luciana.torquato@pbh.gov.br

RESUMO

Neste artigo, apresentamos o momento histórico da entrada da teoria freudiana no Brasil como um processo que esteve intimamente relacionado às demandas da intelligentsia nacional, especialmente da ciência médica, visando a regulação do funcionamento social na perspectiva sanitária, supervisionando a saúde da população, garantindo a segurança e prosperidade da nação. Ao identificarmos a medicina higienista como uma via discursiva de apropriação da psicanálise no Brasil, pretendemos, neste estudo, indicar os traços que esse ponto de ancoragem deixou no processo de construção do movimento psicanalítico nacional.

Palavras-chave: Psicanálise, História, Higienismo, Brasil.

ABSTRACT

This article presents the historical period of Freudian theory's introduction in Brazil as a process that was closely related to the national intelligentsia's interests, especially of the medical science, in their efforts to regulate the social functioning in a social health perspective, overseeing the population's health to provide the nation's security and prosperity. By identifying the medicine hygienist as one way appropriation of psychoanalysis in Brazil, this article also indicates the impact and the consequences of this movement on the beginning of psychoanalytical movement in Brazil.

Key-words: Psychoanalysis, History, Hygienist, Brazil.

Fruto das primeiras investigações da nossa pesquisa de Mestrado, ainda em andamento, este breve trabalho se propõe a contemplar um excerto da história da psicanálise no Brasil, período que retrata a incorporação da doutrina freudiana no país nas décadas iniciais do século XX. Nesse sentido, estado, saúde e psicanálise se encontram num emaranhado que, desnovelado fio a fio, pode nos revelar insígnias importantes no que concerne à história da construção da nossa disciplina no país ao longo dos anos. Analisando as relações estabelecidas entre a classe médica - que representava as práticas propostas pelo estado no que tangia os cuidados com a saúde da população e a educação sanitária característica da época- e a psicanálise, podemos vislumbrar como teria se dado a leitura do discurso psicanalítico forjada por uma corrente biologizante, organicista e higienista.

O nascimento oficial da psicanálise brasileira é definido a partir da chegada dos psicanalistas reconhecidos pela International Psychoanalytical Association (IPA)²¹, encarregados da transmissão das ideias freudianas aos candidatos brasileiros que concorriam ao título de psicanalista, fundando as primeiras sociedades ditas oficiais de psicanálise no Brasil. No entanto, a doutrina freudiana já havia adentrado o país algumas décadas antes: neste ponto de nossa pesquisa já temos notícia de que a intelectualidade nacional já se aproximava das ideias freudianas desde as primeiras décadas do século XX. A familiaridade entre os médicos brasileiros e a psicanálise também antecede a divulgação do reconhecimento oficial da disciplina no Brasil. Renomados psiquiatras precocemente já se interessavam pela obra freudiana. A “pré-história” da psicanálise brasileira refere-se a esse período de circulação da disciplina freudiana pelo país através dos proeminentes nomes da psiquiatria e da nossa classe intelectual.

A virada do século XIX para o século XX marcou as duas grandes transformações da sociedade brasileira: a abolição da escravidão e a implantação da República implicaram o país e sua inteligência num movimento de reformulação das ideias e concepções a respeito do Brasil e de seu povo. Se a inscrição formal na ordem republicana não foi capaz de alterar radicalmente o estado geral da nação (PATTO, 1999), a abolição da escravatura representava uma questão mais aguda e preocupante, uma vez que escancarava a dificuldade de integrar no país um *excesso* populacional que representava um empecilho concreto para o seu

²¹ A IPA foi criada por iniciativa do próprio Freud e de seus colaboradores durante o segundo Congresso Internacional de Psicanálise realizado em Nuremberg, na Alemanha, em março de 1910. A proposta de fundar a IPA surgiu dois anos antes, durante uma reunião realizada em Salzburgo, na Áustria, em 27 de abril de 1908 (ROUDINESCO; PLON, 1997)

desenvolvimento e elevação à categoria de nação moderna e desenvolvida. Neste contexto, a questão do aprimoramento racial surge como solução que se fazia urgente perante um diagnóstico que atribuía à raça a existência das mazelas que afligiam esta população desamparada. As propostas apontavam, por exemplo, para a necessidade de constituição de uma nova raça através da crescente incorporação de contingentes brancos a ainda a urgência de maior intervenção estatal de modo a fornecer à população padrões mais adequados e satisfatórios de saneamento e educação (PONTE, 1999).

O Brasil de então enfrentava uma série de embaraços advindos no bojo do processo de modernização: o desenvolvimento desordenado das cidades, o crescimento populacional e a ausência de infraestrutura primária agravaram significativamente as condições sanitárias observadas nos centros urbanos do país (SEVCENKO, 1992). A demanda pela organização do processo de urbanização das cidades, pela promoção da saúde da população, ou seja, pela formulação de soluções para esses problemas advindos com a urbanização e crescimento, se fazia cada vez mais urgente.

Nesse contexto, a ciência médica no país se lança na tentativa de regulação e organização do funcionamento social na perspectiva sanitária. Passa a tratar não só do corpo doente do sujeito, mas do corpo social, supervisionando a saúde da população com o intuito primordial de garantir a segurança e prosperidade da nação. Nesse sentido, a comunidade médica e científica empenhava-se na construção de um projeto civilizatório-educativo na primeira república. Tratava-se de educar a população a partir de uma concepção mais ampla de pedagogia moral e cívica: educar o povo indisciplinado, inculto, de maus hábitos. Para a medicina higienista de então, fortemente influenciada pela teoria da degenerescência, a miscigenação do povo era tomada como um entrave crucial para a realização do projeto de civilização da nação (ROCHA, 1983). Nosso primitivismo, marcado pela herança afro e indígena, era tomado como o excesso de paixões, instintivo, contrário ao controle esperado para a afirmação de um estado nacional moderno e civilizado. Nesse momento, a psiquiatria apresenta-se como um saber que poderia auxiliar sobremaneira esse projeto educativo e civilizatório do povo brasileiro.

O discurso psicanalítico ia gradativamente se inscrevendo nesse movimento eugênico que se alastrou pelo país. As ideias freudianas passam a servir como possibilidade de tratamento para a classe débil e impotente do povo brasileiro, fruto de sua miscigenação, que precisaria ser “reformado” para se modernizar e evoluir (PORTO-CARRERO, 1933).

As primeiras referências diretas a Freud ocorreram no meio psiquiátrico. Porto-Carrero, primeiro historiador da psicanálise no país, comenta ter sido Juliano Moreira o fundador da nossa psiquiatria moderna e pioneiro na difusão das teses freudianas. Em 1914, Moreira teria apresentado um trabalho sobre o tema na Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Ele aplicou a psicanálise em sua clínica e estimulou vários de seus discípulos ao estudo da nova disciplina.

É também em 1914, ano ainda em que Freud introduz formalmente o conceito de narcisismo, examinando o lugar por ele ocupado no desenvolvimento sexual do sujeito, implicando efetivamente numa primeira reformulação da teoria pulsional, que o cearense Genserico Aragão de Souza Pinto publica sua tese de medicina batizada de “Da Psychanalyse: a sexualidade das neuroses” no Rio de Janeiro. O foco da pesquisa é a compreensão das neuroses e perversões em sua relação com a teoria das pulsões. A psicanálise, nessa ótica, acaba recebendo uma coloração de “medicina da sexualidade”: o dinamismo psíquico, bem como alguns conceitos fundamentais à psicanálise não eram conhecidos por Pinto e seus pares (THEISS-ABENDROTH, 2013).

Henrique Roxo, renomado psiquiatra fluminense, faz várias menções à psicanálise e às noções de sexualidade e inconsciente em sua obra. Em seu *Manual de Psychiatria*, publicado em 1921, ele situa as ideias freudianas em um lugar de destaque na evolução do saber psiquiátrico, relacionando a sexualidade à demência precoce, enfatizando a predominância da questão sexual na maioria desses casos. No entanto, seu trabalho relativiza a causalidade única da sexualidade para etiologia da histeria.

A psicanálise começa a ser referenciada em varias conferências nas sociedades de medicina e educação nesse período: seu potencial nas áreas do direito, pedagogia, psiquiatria e até mesmo nas artes passa a ser valorizado. A disciplina freudiana vai se configurando como uma panaceia, uma teoria capaz de abarcar todos os problemas decorrentes do advento da modernidade, “constituindo-se em um poderoso instrumento de investigação e explicação do homem e de suas relações em sociedade” (PONTE, 1999, p. 27). A trajetória do psiquiatra Julio Pires Porto-Carrero nos serve como excelente ilustração para compreendermos a apropriação higienista que foi feita do discurso psicanalítico no período em questão. “Fanático da psicanálise”, Porto-Carrero foi um psiquiatra e psicanalista carioca, um dos primeiros médicos a exercer a disciplina freudiana no Brasil, ainda no início da década de 1920 (SAGAWA, 2004).

Ao mesmo tempo em que prescrevia a aplicação da teoria freudiana aos mais variados espectros da vida cotidiana - “na vida diária, pedagogia, até mesmo comércio, (...) inquéritos judiciários, sistemas penitenciários” (PORTO-CARRERO, 1929, p. 159), Porto-Carrero defendia vigorosamente a eugenia e higiene mental como bandeiras a serem travadas em prol de uma regeneração da raça e do povo brasileiro. De tal forma, o psiquiatra empenha um movimento de conferir à psicanálise um valor enquanto método de investigação, instrumento nosográfico que poderia auxiliar na restauração, estabelecimento e manutenção da ordem moral e social. As palavras de Franco da Rocha são esclarecedoras para essa compreensão:

Há na psicanálise um ponto de vista pedagógico de grande alcance. Ela considera como questão capital no determinismo psíquico do indivíduo o desenvolvimento regular e harmônico dos componentes do instinto sexual infantil. É no nosso defeituoso e nocivo hábito de ignorar as exigências da libido, de ocultá-las por completo, que se deve procurar a causa das moléstias e da degeneração da espécie. A psicanálise tem, por isso, um valor iniludível para a ciência eugênica, que hoje ocupa a atenção da classe médica (ROCHA, 1930, p.169)

Analisando alguns textos de Julio Porto-Carrero, podemos perceber como a psicanálise vai sendo pensada pelos adeptos da eugenia neste período: uma terapêutica que poderia corrigir os vícios, taras e desvios através da associação livre de ideias, da análise onírica, das parapraxias, bem como pela análise direta das crianças, seu gestual e movimentos corporais.

A matriz discursiva da psicanálise no Brasil ganha destaque em sua leitura do campo social. A psicanálise vai sendo deslocada de sua face singular, de clínica e terapêutica para o campo mais amplo da psicologia coletiva, o que levou a possibilidades inusitadas de leitura da identidade nacional em formação (PONTE, 1999; SAGAWA, 2004).

Nossos médicos, psiquiatras, educadores, higienistas começam a utilizar o discurso psicanalítico, o tema da sexualidade, em especial, tanto num viés moralizante, quanto para construção da identidade do homem brasileiro. Educar e prevenir indicavam a possibilidade de regenerar o brasileiro, considerado improdutivo, indisciplinado, doente (RUSSO, 1997). A temática da sexualidade, empreendida por Freud, reverbera na reflexão dos intelectuais brasileiros em sua vontade de contribuir para o debate sobre a identidade nacional. Vale lembrar ainda a importância atribuída à problemática sexual nas campanhas higienistas e pedagógicas características do período, que apontam para um modelo moralizador de disciplina e controle das normas e práticas sociais.

Acho que, como primeira etapa na solução do problema da educação sexual, seria útil interessar nos estudos psicanalíticos a nossa classe professoral. Foi o que procurei fazer com o curso que ha pouco tive ocasião de realizar na Sociedade de Educação. Uma vez senhores das linhas gerais da psicologia freudiana, esses elementos poderiam seleccionar suas leituras, orientando-as para as obras de

psychanalyse infantil e pedagógica, que hoje são inúmeras. Tal aprendizado theorico seria — é claro — completado com o estudo directo da criança sob o ponto de vista psychanalytico. Só com esse trabalho preliminar de especialização é que se poderiam formar technicos que orientassem entre nós a organização da educação sexual, missão delicada na qual serão sempre poucos o saber e a prudência (MARCONDES *apud* OLIVEIRA, 2002, p.145)

O relato de Durval Marcondes deixa entrever como o discurso médico psiquiátrico tomava a sexualidade do povo e, concomitantemente, propunha as soluções para os seus problemas: ao mesmo tempo em que se debruçam sobre a psicanálise no entendimento de suas questões, é evidente que nessa leitura, Durval e seus pares tenham incorporado suas formulações moralizantes à disciplina freudiana, atribuindo à psicanálise um estatuto pedagógico radicalmente diferente daquele indicado por Freud.

É justamente nesse ponto de amálgama que une psicanálise e via eugênica que a sexualidade se apresenta aos médicos da época como ponto nevrálgico de intervenção: no plano biológico era preciso pensar em formas de cruzamentos adequados para melhorar a raça; no plano moral, seria preciso educar o povo quanto aos hábitos e comportamentos condizentes aos de uma vida sadia. As palavras de Porto-Carrero são elucidativas nesse sentido:

[...] o interesse da espécie está acima do interesse da sociedade contemporânea e muito acima do indivíduo que nada mais é do que a célula periodicamente renovável do grande organismo da espécie. Urgiria, pois que o *Estado-providência assumisse o encargo de prover o bom resultado de uniões reprodutoras na espécie humana*, tal como o faz a respeito dos animais de corte. Para esse fim, o meio que mais rapidamente ocorre é o do exame médico pré-nupcial, como forma a assegurar a *perfeita validez da progênie* (PORTO-CARRERO, 1929, p.77)

O que acontece é que esses médicos começam a indicar a psicanálise até para a pedagogia do povo. Paralelamente à sua ocupação no hospital psiquiátrico e no seio da LBHM, Porto-Carrero se esforça para situar a relevância da doutrina freudiana ao lado das práticas pedagógicas, combatendo a educação tradicional, católica e repressiva e a educação excessivamente liberal e permissiva, apostando desse modo numa via intermediária.

Parece-nos patente a incorporação das contribuições de Freud ao discurso eugênico. A reelaboração a que é submetida a teoria psicanalítica nos permite, além disso, divisar a tentativa desses psiquiatras de sanear povo e sociedade doentes, expurgando, no entanto, qualquer derivação freudiana que não coadunasse com sua coletânea de preceitos e receitas higienistas e moralistas. O que pode nos causar certo estranhamento é que muitos desses médicos aderiram às teses freudianas, vendo nelas a possibilidade de investir na esfera privada da vida das famílias, traduzindo a psicanálise em um programa profilático de

educação destinado às crianças, seus pais, responsáveis e educadores. Essa será uma das vias da implantação da psicanálise no Brasil: uma leitura sociológica, pedagógica e moralizante da psicanálise.

Referências Bibliográficas:

- OLIVEIRA, C. L. (2002). Os primeiros tempos da psicanálise no Brasil e as teses pansexualistas na educação. *Ágora*, v. 5, n.1. Rio de Janeiro, 2002, p. 133-154.
- PATTO, M. H. S. (1999). Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35. p. 167-198.
- PONTE, C. F. D.. *Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil* (1999). Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (mimeo), Rio de Janeiro, 1999.
- PORTO-CARRERO, J. P. *Ensaio de psicanálise*. Rio de Janeiro: Flores e Mano. 1929.
- _____. *Psicanálise de uma civilização*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; Waissman; Koogan. 1933.
- ROCHA, F. D. *A doutrina de Freud* (2 ed.). São Paulo: Cia. Editora Nacional. 1930.
- ROCHA, G. S. *Psicanálise e Psiquiatria: uma introdução epistemológica ao surgimento da psicanálise no Brasil*. (1983). Dissertação (Mestrado). Pontífca Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1983.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. (Eds.). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- RUSSO, J. (1997). Dize-me com quem andas... (A doutrina pansexualista de Freud e a psiquiatria brasileira no início do século). Paper presented at the XXI ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, Caxambu.
http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=5302&Itemid=360
- SAGAWA, R. Y. Psicanálise e psicologia no Brasil e em São Paulo: registros históricos. In: M. Massimi & M. d. C. Guedes (Eds.), *História da Psicologia no Brasil: novos estudos*. São Paulo: Editora Cortez, 2004.
- SEVCENKO, N. *Orfeu extático na metrópole: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

THEISS-ABENDROTH, P. Sigmund Freud nos trópicos. A primeira dissertação psicanalítica no mundo lusófono (1914) *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 40, n.2, 2013, p. 81-82.

AMANDA: TRAFICANTE OU EMBARAÇADA COM A FEMINILIDADE?

Thaís Limp Silva

Psicóloga na Medida Socioeducativa de Semiliberdade, especialista em clínica psicanalítica pela PUC Minas e mestranda em psicologia na UFMG

E-mail: thaislimp@gmail.com

RESUMO

Neste artigo, abordamos a relação do envolvimento de uma adolescente no tráfico de drogas com seu embaraço com a feminilidade, a partir de um caso clínico atendido na Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida. Defendemos que se para o Estado, aqui encarnado pelo Juizado Infractional, a adolescente é apenas infratora, o crime, na realidade, aparece como contingente em sua vida, enquanto a parceria amorosa lhe foi necessária na sua construção de uma posição feminina.

Palavras-chave: feminilidade, infração, Medidas Socioeducativas.

ABSTRACT

This paper discusses the relationship of the involvement of a teenager in the drug trade with his embarrassment with femininity, from a clinical case treated in Socio Measure of Probation. We argue that for the state, here embodied by the Court for offense, the teen is just offending, crime actually appears as contingent on his life while he was a loving partnership needed in its construction of a feminine position.

Keywords: femininity, offense, Socio-Educational Measures

Este trabalho, em desenvolvimento no mestrado em psicologia na UFMG, surge a partir de uma interrogação da experiência de trabalho com a medida socioeducativa (MSE) de Liberdade Assistida (LA) e busca trabalhar um caso atendido, investigando a relação da entrada de uma adolescente no tráfico de drogas com o embaraço com a feminilidade.

As Medidas Socioeducativas, previstas no ECA (2010) – Estatuto da Criança e do Adolescente, são medidas a serem aplicadas ao adolescente quando do cometimento de um ato infracional, definindo como conduta análoga ao crime ou à contravenção penal. O estatuto conta com seis MSE, a saber: 1- Advertência, 2- Reparação de Dano, 3- Prestação de Serviços à Comunidade, 4- Liberdade Assistida, 5- Semiliberdade (medida restritiva de liberdade) e 6- Internação em estabelecimento socioeducativo (medida privativa de liberdade).

A escolha da aplicação de determinada medida fica a critério do juiz da Vara Infracional ou da Vara da Infância e Juventude, quando da inexistência da primeira, que avaliará a gravidade do ato infracional cometido, o histórico infracional do adolescente, as condições de ocorrência do ato e a comprovada autoria do mesmo.

Em relação à Liberdade Assistida, trata-se de uma medida cumprida em liberdade pelo adolescente, que será acompanhado pelo técnico de referência em sua regional de moradia²². Como índices de cumprimento da LA, o adolescente deve retomar os estudos, quando este estiver sido interrompido, comparecer a atendimentos semanais, providenciar documentação e romper com a trajetória infracional, objetivando, afinal, a responsabilização do adolescente pelo ato cometido. No caso específico de Belo Horizonte, tem-se a psicanálise como orientação e todos os técnicos fazem supervisão semanalmente. Sobre o atendimento ao adolescente nesta medida, Ribeiro, Mezêncio e Moreira (2010) indicam o seguinte:

Trata-se de um trabalho de recolhimento das passagens subjetivas que possam esclarecer a relação do sujeito com o Outro, assim como pontos de repetição ou aqueles em que o jovem só tem como saída a prática de um ato infracional. Essa construção permite que o técnico que o acompanhe opere numa lógica de trabalho no qual o próprio adolescente dirá qual a possibilidade de novos enlaçamentos sociais. É importante compor a história do sujeito, delimitando assim os fatores que favorecem o início da prática de atos infracionais, buscando reconhecer as repetições, assim como as intervenções realizadas. (RIBEIRO, MEZÊNCIO E MOREIRA, 2010, p.34)

²² A cidade de Belo Horizonte é dividida em nove regionais. Em cada regional há um equipamento público que atua como micro prefeitura, e em cada um destes equipamentos existe uma equipe de acompanhamento das medidas de Prestação de Serviços à Comunidade e de Liberdade Assistida, alocados dentro do CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

Assim, ainda que se trate de uma política pública o trabalho com a medida de LA, não se faz sem uma escuta clínica refinada. Amanda²³, adolescente atendida, deixa evidente como questões subjetivas estão lado a lado com as questões sociais em seu envolvimento infracional, ao demonstrar que, em seu caso, o ato infracional veio colado com a dificuldade de se tornar mulher. Enquanto o Estado exige, como é sua função, que não haja reiteração infracional, bem como que a adolescente volte aos estudos, retire documento e etc., lidamos, na condução do caso, com o desafio de saber como operar com Amanda quando sua infração caminha lado a lado com a própria dificuldade de se saber o que é ser uma mulher, ou seja, quando a dimensão política e a vida íntima se auto-influenciam na composição de uma posição no laço social.

1. CASO AMANDA: FRAGMENTOS CLÍNICOS

Amanda iniciou o cumprimento da Medida após apreensão com grande quantidade de drogas e trazia como marca, nos atendimentos, muito silêncio. Ao ser questionada sobre a razão para o envolvimento com o tráfico de drogas, dizia que a responsabilidade era de seu ex-namorado, Ronaldo, pois havia sido ele quem a iniciara na venda de drogas: “*comecei a vender por causa do meu namorado*”. Este também era responsabilizado pela interrupção de seus estudos, bem como pela sua restrição de circulação pelo bairro.

Sobre a família de Amanda, os pais eram separados e o genitor era usuário de drogas e traficava quase que exclusivamente para manter seu uso. O irmão mais velho de Amanda trabalhava e morava perto de sua residência, e sua irmã mais velha, Paula, soube-se após certo tempo, era traficante em seu bairro e uma liderança do tráfico de drogas. A mãe da adolescente, Sra. Maria, apresentava-se sempre cansada e pouco investida em Amanda. Esse cenário poderia nos indicar que a saída de Amanda pelo tráfico era motivada pela própria estrutura familiar, no entanto, a adolescente nos indica mais uma leitura ao não se identificar como traficante. Amanda dizia sempre: “*eu vendia drogas para ele [Ronaldo]*”, “*ele mandava!*”. Na verdade, Amanda era quem muitas vezes ‘atravessava’ as drogas (levava de um ponto a outro, ou as escondia) para Ronaldo.

Aos 13 anos, a adolescente iniciou esse namoro, sem saber dizer o que lhe atraiu em Ronaldo, e por um longo período de tempo, residiu com ele. Nessa situação, era a única, pois

²³ Todos os nomes utilizados nos casos foram alterados para preservar a privacidade dos envolvidos.

apesar de ele manter outros relacionamentos na rua, era apenas ela que vivia na mesma residência dele. Quando relata esse fato, mostra-se orgulhosa da situação, o que raramente aparecia, pois o mais comum eram frases do tipo: “*eu era burra*”, ou “*eu não ouvia ninguém, minha mãe falava comigo para eu terminar com ele, mas não adiantava*”.

A adolescente nos relata que o relacionamento foi muito ruim. “*Ele já me bateu e tinha outras mulheres. Eu era boba demais. Ele me batia. Tinha um tanto de namorada*”. O fato de Ronaldo ter várias outras mulheres era um ponto da queixa de Amanda, mais do que as próprias agressões e proibições que ele lhe impunha, como as de estudar e passear com as amigas, no entanto dizia em seguida: “*mas só eu que morava com ele*”.

Sobre o fim do relacionamento, Amanda conta que Ronaldo foi expulso do bairro por outras pessoas também envolvidas com o tráfico de drogas e a abandonou sem se despedir dela. Ou seja, ela foi abandonada, não foi ela quem colocou um fim no namoro.

Em um atendimento, Amanda conta que foi à igreja porque lhe disseram que Ronaldo havia feito “*macumba*” para ela e por isso ela estava sentindo tanto medo dele. Contou que na igreja desfizeram esse processo e agora estava “*livre dele*”. Ela relata que tinha medo de que ele voltasse para o bairro, mas não sabia a razão do medo de sua presença, mas de qualquer maneira, ainda que por meio de uma saída mítica, Amanda consegue colocar um ponto final nesse medo e mesmo nesse relacionamento.

Sempre que se tentava trabalhar com Amanda a sua responsabilidade em relação aos seus atos infracionais (ela foi apreendida mais de uma vez), ela repetia: “*já te falei, fui vender drogas quando comecei a namorar*”. E assim ia se desresponsabilizando por esse envolvimento infracional, indicando que o que estava ali em jogo não era uma trajetória infracional, mas um relacionamento amoroso fracassado com todas as vicissitudes advindas daí.

Amanda dizia que era muito difícil o convívio com a mãe, que a agredia verbalmente, “*toda hora ela fica jogando na minha cara que eu estraguei a minha vida com meu namorado*”, e dizia que a mãe não a deixava esquecer esse período de sua vida. Foram marcados alguns atendimentos com a mãe, mas ela nunca comparecia. Dizia-se muito ocupada com o neto e as tarefas domésticas.

O atendimento de Amanda é interrompido, pois a técnica muda de regional, e segundo últimas informações, Amanda passou a queixar-se de uma vontade repentina de chorar,

principalmente após a prisão da irmã e do cunhado por tráfico de drogas, mas após algum tempo, retomou os estudos e encerrou o cumprimento da Medida Socioeducativa.

2. ARTICULAÇÕES TEÓRICAS

O caso de Amanda mostra-se complexo por não haver, pela adolescente, uma identificação como infratora, o que a levou ao cumprimento de uma MSE. Chama a atenção o fato de Amanda se encontrar no momento da puberdade, período no qual haverá, para o sujeito adolescente, a tomada de posição na sexuação. Assim, Amanda faz a construção de sua feminilidade, recorrendo às insígnias que são disponibilizadas a ela, orienta Guerra, Cunha, Costa e Silva (2013). A irmã criminosa, que poderia servir de anteparo identificatório, o pai também criminoso, mas que fracassado no crime exige reparação, a mãe opaca que não transmite à filha uma resposta ao enigma da feminilidade, e por fim, o que parece mais central, um parceiro que, mesmo que ao preço da violência, a marca como diferente das outras mulheres.

Apesar da consideração de todas essas insígnias que levariam Amanda à construção de sua feminilidade, acredita-se que o namoro e o lugar de exceção em que ela é colocada por Ronaldo parecem indicar sua solução feminina, uma vez que é justamente esse fato o que mais aparece em sua fala.

Lacan (1972-73/2008), ao nos apresentar a tábua da sexuação, indica que a mulher vai se direcionar ao Falo e ao significante da falta no Outro na parceria amorosa e que se na primeira direção se encontra no registro fálico, na outra está para além dele. Há, portanto, uma modalidade de gozo propriamente feminina, mas que, no entanto, não identifica a mulher. Nesse sentido, Soler (1998) complementa que ao não poder se identificar como A mulher,

resta às mulheres ao menos serem 'uma mulher'. Mas como uma mulher não pode se especificar 'uma' por seu gozo, resta-lhe 'ao menos ser a mulher de um homem'. [...] Para assegurar-se não ser um sujeito qualquer - o que ela é no momento em que é um ser falante - porém um a mais de ser 'uma mulher', isto é um sujeito especificado sexualmente, ela passa pelo 'um' do homem do qual espera um amor que gostaria exclusivo. (SOLER, 1998, p. 249)

Nessa exigência de exclusividade, há um apelo à identificação sexuada pela via do amor. Isto, pois a identificação é inexistente para as mulheres, pode, então, ser analisado na perspectiva de uma suplência à inexistência de um significante que diz o que é uma mulher.

O que o caso de Amanda propõe é que se o Estado a nomeia como traficante, não é isso que está em jogo em sua relação com a criminalidade, não há uma decisão pelo crime. Nesse caso, o crime aparece como contingente, enquanto a parceria amorosa lhe era necessária na construção de sua feminilidade.

O caso de Amanda parece indicar, ainda, que a devastação não aparece no momento do namoro, mas justamente quando Ronaldo a abandona e ela passa a usar muita droga e a “*não querer saber de nada*”. Isso reaparece num segundo momento, quando a irmã vai presa, ou seja, quando o lugar de ‘mulher de bandido’ (termo utilizado para nomear a parceira de traficante), que lhe sustentava como exceção ao grupo de mulheres de seu bairro não mais lhe cabe, e a identificação com a irmã vacila, afinal, ela vai presa, mostrando-se fracassada no crime assim como o pai, e Amanda sente-se desolada e com vontade repentina de chorar, como relatou em atendimento.

3. CONCLUSÃO

Se há, para o campo do direito, uma tentativa de objetivar o crime e os atos e circunscrever todo o gozo dentro da lei, a psicanálise se apresenta como aquela possível de tratar do caso a caso, ainda que o sujeito tenha sido julgado por uma lei geral. Portanto, a nomeação que o adolescente traz ao iniciar o cumprimento de uma Medida Socioeducativa (infrator, traficante, usuário de drogas...) deve ser ultrapassada para que se consiga recolher o que de mais singular há na posição do adolescente e de sua relação com a infração.

Entende-se que no cumprimento de uma MSE os determinantes sociais e inconscientes encontram-se lado a lado na determinação da posição do sujeito no laço social. O caso de Amanda faz perguntar como se poderia tratar a questão infracional e, principalmente, sua responsabilidade pelo ato de tráfico de drogas, desconsiderando os aspectos subjetivos em jogo.

O trabalho em uma instituição pública socioeducativa não pode se fazer sem a dimensão clínica e pode-se considerar que uma mudança subjetiva implica também numa posição diferente em relação à infração, pois é somente ao poder falar e escutar sobre si mesmo e sobre seu ato que o adolescente poderá posicionar-se de forma diferente no laço social.

Referências bibliográficas:

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*: Lei 8069 de 13 de julho de 1990.

Recuperado em 14 de outubro, 2010 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>

GUERRA, A.M.C.; CUNHA, C.F.; COSTA, M.H.; SILVA, T.L. Risco e Sinthome: a psicanálise no sistema socioeducativo. *Revista Psicologia: Teoria e pesquisa*. No prelo, 2013.

LACAN, J. *O Seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-73]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

RIBEIRO, C.A.; MEZÊNCIO, M.S.; MOREIRA, M.C. *Medidas socioeducativas em meio aberto: A experiência de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Santa Clara, 2010.

SOLER, C. A histérica e a mulher: clínica diferencial. In: Soler, C. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, p. 223-253.

**O *BURNOUT* DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA RELAÇÃO DE TRABALHO
CONTEMPORÂNEA**

Lúcia Helena Carvalho Dos Santos Cunha

Doutoranda em teoria psicanalítica pelo PPG da UFRJ. Professora adjunta da UNIFESO, no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano/ RJ. Membro do Instituto Sephora de ensino e pesquisa de orientação lacaniana/ISEPOL.

Email: luciahelenacunha@gmail.com

RESUMO

O Burnout é tomado como índice do fracasso do sujeito em sustentar seu desejo no campo profissional, atualmente atravessado pelo discurso neoliberal que subverte a ética clássica que orientava a prática médica, agora não mais regulada pelos sacrifícios em prol do outro e sim pela relação custo-benefício e produtividade. No lugar da surpreendente negligência com sua própria saúde, sintomática da construção fantasmática de ser um missionário imortal capaz de vencer a morte e prolongar a vida, surge o profissional exaurido, salarialmente desprestigiado, capaz de abandonar seu trabalho.

Palavras-chave: Burnout, prática médica, discurso neoliberal, desejo, fantasma.

ABSTRACT

Burnout is here taken as an index of subject failure in sustaining his desire in professional field, currently crossed over by neoliberal discourse, which subverts classical ethics in medical practice, nowadays no more regulated by personal sacrifices towards others, but by cost-benefit and productivity relations. Instead of the surprising negligence with his own health, symptomatic of fantasy construction of being an immortal missionary, able to overcome death and extend life, emerges an exhausted professional, discredited in his salaries, willing to leave his work.

Keywords: Burnout, medical practice, neoliberal discourse, desire, fantasy

Uma nova manifestação clínica, nomeada como *síndrome de burnout*, vem chamando a atenção no campo do trabalho em saúde, particularmente entre médicos e enfermeiros. Trata-se de uma resposta que indica que a satisfação profissional e a realização no trabalho desapareceram da vida desses sujeitos, que se mostram exauridos, desmotivados, propensos a abandonar o trabalho e até mesmo a profissão. Tal fenômeno, surgido recentemente no cenário mundial, tem despertado interesse na comunidade científica dedicada ao estudo das doenças relacionadas ao trabalho. O termo de *burnout* foi originalmente referido à exaustão do funcionamento de um motor que entra em colapso, até o ponto em que se queima; e a partir da década de 70, passou a ser utilizado para descrever a resposta emocional de desencantamento profissional, inicialmente observado em profissionais americanos dedicados a atividades sociais: enfermeiros, professores, médicos e assistentes sociais, entre outros.

Adoecimento físico e mental vem sendo relacionado, nas pesquisas sobre o tema, à presença simultânea dos três fatores que compõem tal síndrome: exaustão, despersonalização e perda da realização profissional. Os estudos sobre o tema vêm se multiplicando em todo o mundo, com maior atenção à sua incidência em profissionais da área de saúde e da educação (CARLOTTO; CÂMARA, 2008). No Brasil, o *burnout* parece ter se estabelecido como uma realidade no campo da medicina do trabalho, tendo sido reconhecido como doença profissional pelo Ministério do Trabalho através de decreto em 1999.

É preciso destacar que esse novo fenômeno afeta sujeitos que escolheram profissões onde é preciso dedicar muita atenção ao outro, como é o caso do ensino, e também do ato de cuidar da saúde de pacientes. Ao longo de séculos da história da humanidade, a ética profissional de médicos e enfermeiros exigiu a formação de uma posição subjetiva peculiar, de renúncia e capacidade de realizar sacrifícios pessoais, numa ética do amor próxima de uma postura religiosa. Tradicionalmente, médicos e enfermeiros se habituaram às perdas de horas de sono, de cuidado pessoal, de ócio ou lazer, de contato com a família, de fins de semana, entre outros aspectos, trocados pelos plantões diurnos e/ou noturnos, onde acompanham doentes e moribundos tomados pela dor e pelo sofrimento, ao lado de familiares aflitos que somam suas cobranças e demandas às pressões do ambiente de trabalho, de enorme responsabilidade. Convivem habitualmente com equipes sobrecarregadas pela tensão e pelo excesso de atividades, em condições de trabalho que muitas vezes são bastante precárias; sendo que, a tudo isso se soma a exigência de realizar muitos estudos, que precisam estar

continuadamente atualizados, em função das novidades tecnológicas e científicas que não cessam de irromper, modificando as rotinas de trabalho.

Em seu livro sobre o Nascimento da Clínica, encontramos uma referência ao “*clero da terapêutica*” (FOUCAULT, 1994, p.35), caracterizando os médicos como os “*padres do corpo*”, numa clara associação da prática médica com a missão do cristianismo. Também a enfermagem surgiu associada à prática religiosa. O exercício da profissão médica é considerado, ainda nos tempos atuais, como um sacerdócio pelo próprio Conselho Federal da Medicina (CFM, 2007, p.21).

Partiremos da suposição de que o profissional de saúde é um sujeito que construiu psiquicamente um aparelhamento particular para lidar com tais exigências e com as vicissitudes da vida - a sexualidade e a morte – a partir da fantasia de ser um missionário, um salvador de vidas alheias, cuja dedicação asseguraria uma proteção divina; e que construiu como ideal de eu, particularmente na área médica, uma identidade profissional de acordo com um modelo coletivo do ser médico, construída ao longo de uma formação profissional que se apoia nos princípios da ética cristã. Podemos nos apoiar em casos retirados de nossa clínica psicanalítica para sustentar essa suposição; assim como em pesquisa junto a profissionais de saúde, incluindo falas de professores de medicina de uma instituição de ensino, e de estudantes que, entrevistados, anunciam na missão de salvar vidas sua motivação para a escolha profissional que realizaram.

Quanto à determinação inconsciente, recolhemos na clínica psicanalítica os indícios do fantasma da imortalidade, do pacto com Deus como garantia de proteção divina, amenizando o temor da castração. Fora da abordagem psicanalítica, constatamos a surpresa produzida por pesquisas que atestam, mundialmente, uma clara negligência de grande parte dos médicos com sua própria saúde, como se fossem imortais: recusam submeter-se a exames preventivos, a tomar vacinas, a procurar tratamento médico; escondem de colegas e familiares seu esgotamento físico e/ou mental, abusam de psicotrópicos, de álcool, embora se verifique a existência de altos níveis de fadiga, depressão, ansiedade e ideação suicida (CFM, 2007, p. 146).

O regime pulsional atuante no aparelhamento psíquico é relativo a uma maneira de administrar os prazeres, característico de um grupo social numa determinada época da história da civilização. Freud, em seu texto sobre a moral sexual civilizada e a doença nervosa moderna, em 1908, já associava a neurose como decorrente da economia de gozo

característica da sociedade vitoriana. Não há clínica do sujeito sem se levar em consideração a clínica da civilização (MILLER; MILNER, 2004). Como referência, citaremos o trabalho realizado por Foucault em seu estudo sobre a história da sexualidade, que encontrou na Grécia clássica uma prática sexual relacionada a uma ética e estética de vida (FOUCAULT, 1984).

Baseados na renúncia aos prazeres, Foucault indicou a existência, naquela época, de sujeitos capazes de exercerem tal domínio sobre si que se tornavam socialmente autorizados a exercerem igual poder sobre os outros, numa arte da temperança que associava regulação pulsional a autoridade social.

Entretanto, podemos indagar se um grupo profissional poderia alcançar, nos dias atuais, algum poder social através da temperança da antiguidade, considerando-se as características de nossa sociedade contemporânea, consumista e individualista, cujo apelo a um gozo que se alcança em detrimento dos ideais induz a processos de subjetivação próximos ao tipo de caráter indicado por Freud (FREUD, 1916) entre os indivíduos que reivindicam ser tratados como uma exceção. Conforme investigação realizada sobre o tema (COELHO DOS SANTOS; AZEREDO, 2005), tais indivíduos, em uma escala ascendente nos dias atuais, apresentam maior resistência a renunciar a satisfações imediatas, distanciando-se da regulação da consciência moral e do caráter promovidos pelas sociedades hierárquicas e tradicionais.

Algo na estruturação social contemporânea se desregulou ao ponto de interferir no arranjo tradicional que constituía a atuação desses profissionais, caracterizada por uma conduta profissional de sacrifícios pessoais em prol dos cuidados com a saúde alheia. Algo que atribuímos ao capitalismo, cujo discurso desarranja a ordem que estruturava a produção de tais subjetividades.

O *Burnout* surge, a nosso ver, como um índice do fracasso do sujeito em sustentar seu desejo no campo profissional, atualmente atravessado pelo discurso neoliberal que subverte, no campo médico, a ética clássica que orientava sua prática. Em consequência da mediação dos planos de saúde entre médicos e pacientes, o médico vem se transformando num mero prestador de serviços ao consumidor; o rebaixamento do seu status social coloca em xeque o ideal do eu construído pelo sujeito quando da sua escolha profissional. Quando trabalha para o SUS, o médico brasileiro enfrenta uma enorme precariedade das condições materiais e financeiras para desenvolver seu trabalho, numa sociedade que não mais reconhece o valor do seu sacrifício, que não regula sua autoridade social à sua capacidade de renúncia.

Observamos mudanças nos valores éticos e morais que se manifestam na sociedade capitalista contemporânea, e que determinam novas formas de subjetivação, evidenciadas nos novos sintomas que se presentificam nas clínicas psicanalíticas. No tocante ao campo do trabalho, particularmente no que se refere aos profissionais de medicina, escutamos com frequência a surpresa com que os profissionais mais antigos se referem ao comportamento dos que recém ingressam no mercado profissional.

Inserida num programa institucional de um hospital universitário da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, cuja proposta é estudar e prevenir o *burnout* entre os profissionais de saúde que ali trabalham, tenho testemunhado o altíssimo nível de estresse e de sofrimento psíquico dos funcionários que ali atuam, em condições muitas vezes precárias do ponto de vista de recursos materiais, financeiros e organizacionais; e mais recentemente, pela carência de médicos habilitados que se interessem em ocupar vagas abertas em determinados setores do hospital, como a clínica médica, obstetrícia e ginecologia.

Aliás, a imprensa nacional tem se dedicado, nos últimos meses, a noticiar as péssimas condições de trabalho de nossos hospitais, bem como o conflito entre o governo e os médicos brasileiros, representados por seus órgãos de classe, que lutam contra a precariedade dos serviços de saúde em nosso país. Observa-se que os médicos se recusam a atuar em municípios isolados, onde o sacrifício pessoal exigido do profissional de saúde ultrapassa sua disposição em submeter-se a tais condições de trabalho. Na região serrana do Rio de Janeiro, muitos médicos vêm desistindo de trabalhar nestas condições, e muitas vagas para trabalho no hospital estão, no momento, em aberto, por falta de profissionais interessados em preenchê-las.

O fracasso da fantasia de ser um salvador de vidas, um missionário, um semideus, e que funcionou como suporte ao seu desejo de combater a morte e prolongar a vida – mesmo à custa de enorme sacrifício pessoal – transparece na relação contemporânea do médico com seu trabalho, regulada agora pela contabilidade da relação custo-benefício, e pelo apelo à lógica da produtividade: o maior número possível de atendimentos a pacientes pelo menor pagamento cabível. Por outro lado, no lugar da ética tradicional de sacrifício pessoal em benefício da cura do paciente, um número crescente de médicos prefere atuar no campo das tecnologias sofisticadas, dos exames de imagem, onde não precisam lidar diretamente com os pacientes; revelam desinteresse e frieza no trato profissional, pressa nos atendimentos, evitando a longa anamnese em prol da solicitação de exames terceirizados.

Já os médicos que se pautam, ainda hoje, pela orientação tradicional, vivem o conflito entre os dois paradigmas, introduzindo, no cenário social uma nova configuração, que se manifesta neste profissional de saúde: um sujeito exaurido, salarialmente desprestigiado, que sonha em largar seu trabalho e cujo *burnout* nomeia seu estado de esgotamento profissional, de fracasso no arranjo inconsciente que promoveu sua escolha profissional.

Para complicar o diagnóstico e o tratamento subsequente ao reconhecimento desse quadro, indicamos a desconsideração à subjetividade que comanda os protocolos científicos, excluindo da cena não apenas o sujeito do inconsciente que habita o corpo adoecido e transformado num objeto de cuidados biomédicos, mas também o próprio médico, assim como os demais profissionais de saúde submetidos ao discurso instituído pela ciência médica, que funciona como o discurso do mestre (CLAVREUIL, 1983, p. 224).

O laço social construído no discurso médico evidencia a exclusão da consideração à subjetividade, seja do médico, seja do paciente; o propósito desse discurso é fazer o saber científico trabalhar para obter a satisfação da cura, agindo sobre o corpo doente, em posição de objeto de cuidados. O campo fantasmático que rege a relação do sujeito do inconsciente ao objeto causa do seu desejo permanece fora do foco dos cuidados (CUNHA, 2011), sempre que o discurso analítico não comparece para fazer girar as letras indicativas do sujeito, dos significantes que o determinam e do objeto mais de gozar que, ao ocuparem os diferentes lugares de agente, outro, verdade e produto, compõem a estrutura dos discursos proposta por Lacan (1967-1968/1992).

Dessa forma, o profissional que entra em crise e manifesta o *burnout* desconhece a equação inconsciente que determina seu sintoma e, além disso, o desautoriza, pois sua formação científica não prevê a interferência de aspectos subjetivos sobre sua atuação profissional. Se, por um lado, o surgimento da ciência deslocou as qualidades subjetivas da atenção que o pensamento religioso, dominante na cultura, até então, lhes dispensava, por outro lado gerou a condição de possibilidade para o surgimento da psicanálise, que recolheu no campo do inconsciente o deslocamento dos aspectos subjetivos refutados pela ciência; Lacan nomeou essa transformação afirmando que *o sujeito do qual a psicanálise opera só pode ser o sujeito da ciência* (LACAN, 1966/1998, p. 873). Mas a formação científicista do médico, que se orienta pelo paradigma da biologia científica, dificulta que ele reconheça a subjetividade em jogo no processo de adoecimento. Seu *burnout* permanece, portanto, sem

um tratamento que inclua, na causa de seu sofrimento, a consideração ao fracasso do seu arranjo inconsciente, provocado por um discurso que desregula seu sintoma.

Referências Bibliográficas:

CARLOTO, M.; CÂMARA, S. A análise da produção científica sobre a síndrome do burnout no Brasil. *Revista PSICO*, v.39, n.2. Porto Alegre, PUCRS, abr/jun/2008, p. 152-158.

CLAVREUIL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense S.A, 1983.

COELHO DOS SANTOS, T.;SANT'ANNA, A. A Psicanálise aplicada às organizações: sobre os efeitos subjetivos do discurso do capitalismo. In: Coelho dos Santos, T. (Org.) *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2009, p. 122-145.

_____; AZEREDO, F.A.M. Um tipo excepcional de caráter. *Psyché*, ano 9, n.16. São Paulo: Universidade São Marcos, jul-dez/2005, p.77-95.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de medicina, 2007.

CUNHA, L.H.C.S. A desinserção do campo da subjetividade na experiência de trabalho de profissionais de saúde, *Revista aSEPHallus*, v. 6, n.11, 2010-2011. Disponível em www.nucleosephora.com/asephallus.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FREUD, S. Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico [1916]. In: _____ *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1986, v. 14, p.313-340.

_____. La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna. [1908]. In:_____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1986, v. 9, p. 159-181.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise [1967-1968]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1992.

_____. A ciência e a verdade. [1966] In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.869-892.

MILLER, J-A.; MILNER, D. *Evaluation: entretiens sur une machine d'imposture*. Paris: Agalma, 2004.

PSICANÁLISE E CAPITALISMO: quando o *não-todo* denuncia o *panis et circenses*

Tainá Cavalcanti Rocha

Mestranda do Programa de pós-graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da UERJ.

Aluna do curso de Especialização em Psicanálise e Saúde Mental da UERJ. Psicóloga associada ao Corpo Freudiano Escola de Psicanálise – Seção Rio de Janeiro.

E-mail: tainacrpsi@hotmail.com

RESUMO

Fundada sob uma ética orientada pelo Real, a psicanálise é aqui convocada para fazer falar, através do discurso do analista (LACAN, 1969-70/1992), o campo do capitalismo. Se, por um lado, o objeto *a* no discurso do analista denuncia a hiância do sujeito, em contrapartida, no discurso do capitalista, o objeto *a* é marcado por seu *mais-de-gozar*. Questionamos: O que pode a psicanálise, em seu estatuto de *não-todo*, dizer sobre o capitalismo? Em companhia da psicanálise, a Arte desfaz a ilusão do Um – a massificação das semelhanças – apontando o *Panis et Circenses* do Capital.

Palavras-chave: Discurso do analista. Discurso do capitalista. Objeto *a*. Não-todo. Arte.

ABSTRACT

Established under the Real ethic-orientation, the psychoanalysis is here requested to make the premisses of capitalism speak through the discourse of the analyst (Lacan, 1969-70/1992). If, by one side, the object *a* in the analyst's reveals the hiatus of the self, from another perspective, through the capitalist's discourse, the object *a* is referred by its *plus-de-joir*. Henceforth we ask: what can psychoanalysis, in its status of not-whole, say about capitalism? Alongside the psychoanalytic discourse, Art helps breaking the illusion of the Self – built over the massification conception's of identities – pointing out the Capital's *Panis et Circenses*.

Keywords: Analyst's discourse. Capitalist's discourse. Object *a*. Not-whole. Art.

O que pode a psicanálise dizer sobre o capitalismo? Fundada sob uma ética orientada pelo Real que aponta a impossibilidade da completude e principalmente da relação sexual (LACAN, 1972-73/2008), a psicanálise é aqui convocada para fazer falar – ou melhor – fazer mover, através do discurso do analista (LACAN, 1969-70/1992), o campo do capitalismo com suas inúmeras mercadorias, as quais exercem em si valor de gozo, *mais, ainda!* Se, por um lado, o objeto *a* no discurso do analista dinamiza a relação do sujeito barrado com sua hiância, na contramão deste processo está o discurso do capitalista, que deixa o sujeito à mercê dos objetos de consumo, sendo aqui o objeto *a* marcado por seu *mais-de-gozar*. A falta e o vazio, estruturais no sujeito, são vencidos pelos objetos de consumo atrelados à pulsão que, de partida, não percorre um único objeto, como nos ensina Freud (1905/2006) ou, com Lacan (1964/2008), não tem dia e nem noite. De uma cadeia infinita de objetos que tamponam a falta e levam o sujeito cada vez mais à ilusão de fazer-se Um, o modo de produção capitalista vende seu discurso muito bem ancorado no mercado de consumo mundo afora.

No avesso dessa lógica está o discurso do analista pautado pelo dizer próprio da divisão do sujeito do inconsciente, que caminha rumo à sua verdade *não-toda*. Assim, voltamos a interpelar em outras palavras: O que pode a psicanálise, em seu estatuto de *não-todo*, dizer sobre o capitalismo? Talvez dizer sobre sua fragilidade inteiriça, sua promessa de felicidade fadada à farsa, à comédia, ao “pão e circo”. Em companhia da psicanálise, a Arte também desfaz a ilusão do Um, da massificação das semelhanças (FREUD, 1921/2006), para então abrir suas vias de criação a partir da alteridade que o vazio invoca. Assim, para ensejar ainda mais nossa crítica ao capitalismo, convidamos a Tropicália, quase mutante, a denunciar o *Panis et Circenses* do Capital: “Eu quis cantar minha canção iluminada de sol [...] mas as pessoas na sala de jantar são ocupadas em nascer e morrer” (CAETANO e GIL, 1968).

1. DA FALTA AO EXCESSO: O DISCURSO DO ANALISTA E O DISCURSO DO CAPITALISTA

A invenção lacaniana, o objeto *a*, é uma categoria que em si porta a falta estrutural do inconsciente circunscrevendo o vazio resultante da operação significativa da constituição do sujeito. O objeto *a*, portanto, vem a ser o que resta desta operação. O sujeito desejante é aquele que está sempre se havendo com a impossibilidade, apontada pelo Real, de tornar-se todo, uma vez que *das Ding*, a Coisa freudiana, está perdida na ilusão do encontro. O objeto

a, em sua face imaginária – *i(a)* – reveste-se de um brilho que o falasser tenta capturar na tentativa de tomar para si aquilo que supostamente lhe faltaria. Assim, este objeto assume seu estatuto, também no campo do simbólico, como causa de desejo. Ele está aí provocando a metonímia da falta-a-ser, o próprio desejo, como nos ensina Lacan (1957/1998). Por não haver “o” objeto do desejo, uma série de objetos são mobilizados pelo sujeito na expectativa de reaver sua falta irremediável. O que, por ora, é um deslizamento sempre reticente: “O objeto se apresenta, inicialmente, em uma busca do objeto perdido. O objeto é sempre o objeto redescoberto, o objeto tomado ele próprio numa busca [...]” (LACAN, 1956-57/1995, p. 25).

A falta que acomete o falasser por sua inscrição na linguagem do Outro – tesouro dos significantes (LACAN, 1972-73/2008) – incita-o e invoca-o a uma busca incessante daquilo que um dia perdera. A perda, por excelência, é perda de gozo. E disso a nostalgia de *das Ding* é testemunha. A travessia pela e na linguagem cava um sulco de vazio. Vazio de que? De gozo. Daí o sujeito resultar de uma operação travada pela falta. Em outras palavras, a condição de falta-a-ser do sujeito do inconsciente se revela pelos meandros do Discurso do Analista (LACAN, 1969-70/1992) que faz com que o objeto *a* mobilize o sujeito e sua hiância na tentativa de se abordar a verdade, que em psicanálise, é *não-toda*. E eis que tropeçamos no campo do indizível, isto é, do Real.

O Discurso do Analista, proposto por Lacan em seu *Seminário 17 – O avesso da psicanálise* (1969-70/1992), é aquele em que o objeto *a*, no lugar do agente, está como causa de desejo e, assim, agindo sob a falta de objeto, não para obturá-la, mas, ao avesso, para que o sujeito possa se haver com sua meia-verdade. Podemos assinalar que, da feita que o Discurso do Analista opera a falta constituinte do sujeito mobilizando-o, o discurso do Mestre, por outro lado, atua na desmesura de o significante-mestre (S1) dominar o saber (S2) que não se sabe, de governar aquilo que não se domina, ou seja, o gozo do Outro. Aqui, ressaltamos com Lacan a dialética hegeliana do senhor e do escravo:

Eis o que constitui a verdadeira estrutura do discurso do senhor. O escravo sabe muitas coisas, mas o que sabe muito mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois sem isto ele não seria um senhor. O escravo o sabe, e é isto sua função de escravo. É também por isso que a coisa funciona [...] (LACAN 1969-70/1992, p. 30).

Se o Discurso do Analista evoca o próprio desejo e a falta-a-ser, e *disso* o sujeito é convocado a dizer, o Discurso do Mestre opera sobre o saber (S2) na tentativa incansável de

controle, dominação e – com o advento da Modernidade – de ‘consumição’²⁴. Pois bem, estamos agora no terreno perspicaz das armadilhas do Capital sob a égide do que Lacan nomeou como o discurso do mestre moderno: o Discurso do Capitalista. Karl Marx avista, de maneira capital, o eixo da nova lógica – entre o detentor dos meios de produção e o operário que vende sua força de trabalho – o *plus* sintomático da modernidade: a *mais-valia*. Sim, Marx é o inventor do sintoma, declara Lacan.

Freud (1920/2006) já nos ensinara que certas experiências, por mais desprazerosas ou traumáticas que sejam, retornam; e retornam de modo compulsivo e repetitivo. Há um ganho secundário no coração do sintoma. Coração este que bate não somente por Eros, mas também e, com tamanha intensidade, por Thanatos. Há um *plus*, um a mais, no sintoma, como Freud magistralmente escutou em sua clínica. É a pulsão de morte em seu meio e fim, o gozo.

Da economia do capital, Marx descobre seu cerne desvelando o excedente da produção: a *mais-valia*. Da economia psíquica, Freud revela o *fort-da* do gozo no cerne do sintoma. Com Lacan (1968-69/2008), convergimos *mais-valia* em *mais-de-gozar*. Temos agora condições de acesso ao excesso encoberto ora na produção de mercadoria, ora na produção de sintoma. Pelo mesmo sulco que cai o objeto *a* com a operação de constituição do sujeito na linguagem, retorna ali mesmo sua face *mais-de-gozar* silenciando a falta-a-ser cunhada pelo desejo. É com este desdobramento de *mais-de-gozar* do objeto *a* que o modo de produção capitalista faz do sujeito isca de consumo.

No Discurso do Capitalista, os objetos *mais-de-gozar* estão no lugar da produção, enquanto que o sujeito ocupa o lugar de consumidor. Desta forma, o sujeito se coloca em cena e, dirigindo-se a um saber de mercado (S2), portanto saber do Outro, tem por fim o gozo (em forma de consumo) de um objeto-mercadoria (CASTRO, 2009, p. 7). Consideramos, então, que o que está em jogo no modo de produção capitalista não é tanto a vasta gama de objetos dispostos para o consumo, mas sim o *valor* que está no suporte dos objetos. É como se, por exemplo, não bastasse ter um caderno para a função de escrever, ao contrário, para que o sujeito possa responder ao Outro (o mercado e sua ideologia) torna-se necessário ter o caderno com determinada marca e etiqueta. Estamos aqui na essência de um discurso

²⁴ No artigo “*Jacques Lacan e a clínica do consumo*”, a psicanalista Márcia Rosa (2010) traça um paralelo entre os termos consumismo e consumição ao trabalhar o discurso do capitalista. Ela aponta que ‘consumição’ está para além do consumo exagerado indicando “o ato de consumir-se, efeito de consumir, uma mortificação” (p. 169). Portanto, optamos aqui pela expressão ‘consumição’ que implica não só o gozo do consumo, mas também o gozo provocado por estar consumido pelo próprio capital.

publicitário. Portanto, a produção capitalista tem como finalidade e objetivo a produção de valor, um valor a mais, um valor agregado à mercadoria, a *mais-valia* (GÓES, 2008, p. 168).

Agregadas de valor, logo determinadas mercadorias imprimem em si uma condição de fetiche²⁵ “ocultando a rede positiva de relações sociais” (ZIZEK, 1996, p. 327). Do fetichismo existente nas sociedades pré-capitalistas, isto é, a relação de servidão e dominação entre servo e senhor, tem-se agora, com o avanço do capitalismo, uma relação de fetichismo entre os objetos. De acordo com Zizek (1996, p. 310):

O fetichismo nas relações entre os homens tem que ser chamado por seu nome apropriado: o que temos aqui, como assinala Marx, são “relações de dominação e servidão” – ou seja, precisamente a relação do Senhor e do Escravo no sentido hegeliano; e é como se o recuo do Senhor no capitalismo fosse apenas um *deslocamento*, como se a desfetichização das “relações entre os homens” fosse paga com a emergência do fetichismo nas “relações entre as coisas” – com o fetichismo da mercadoria. (Grifo do autor).

O campo do capitalismo, a nosso ver, insiste na ausência da divisão do sujeito marcado pela falta do Outro, oferecendo com tamanha sedução e promessa um Outro a que nada falta. O dinheiro brilha na aparência de tudo comprar, contudo a moeda é também finita. Para se adequarem e serem reconhecidos por este ou aquele grupo, os homens civilizados se prestam ao fetiche da mercadoria, como discutido acima, e se resumem a relações entre as coisas, se radicalizarmos. Diante disso, o discurso do analista, apostamos, seria aquele capaz de frear a consumição do Capital, seu pão e circo. Na mesma direção, apontando a falta e o vazio, a Arte faz coro com a psicanálise subvertendo a massificação das semelhanças – um dos imperativos do capitalismo – e fazendo despertar “as pessoas ocupadas em nascer e morrer” (CAETANO e GIL, 1968).

2. A ARTE E O VAZIO: AS FOLHAS DE SONHO NO JARDIM DO SOLAR

O campo da psicanálise é aquele que discute o sujeito, já dividido pela inserção da linguagem do Outro, para além da palavra. Há sempre um resto, um rastro, um traço que evidencia uma dimensão real testemunhada pelo falasser. Logo, abre-se uma via de passagem ao que não pode ser dito por inteiro, a própria verdade *não-toda* no seio de cada sujeito. Do meio, do entre, do todo rompido, há de se tecer um corpo calcado também pelo oco do vazio. Agora, estamos, paralelamente, no campo da Arte.

²⁵ O termo *fetiche* está de acordo com as formulações discutidas pela teoria marxista.

Na fórmula lacaniana da sublimação: “Elevar o objeto à dignidade da Coisa” (LACAN, 1959-60/1997, p. 141) está latente que qualquer objeto pode ser digno de uma criação. O que está em voga é a alteridade que faz de um simples objeto uma produção artística. Dito de outro modo: “[...] a transformação de um objeto em uma coisa, eleva-o a uma dignidade que antes não tinha de modo algum” (LACAN, 1959-60/1997, p. 148). A alteridade é marca do Outro e do próprio momento mítico de constituição do sujeito. A inscrição deste no campo do Outro deixa marcas, traços, troços, deixa letra – “a face real do significante” – (BARROS; CALDAS, 2013). É justamente pela letra que pensamos a criação do artista como alteridade, como impressão sobre o vazio de significação. Aqui não há uma receita ou molde a ser seguido. Ainda que existam particularidades na Arte, como os movimentos artísticos ao longo da História, nossa hipótese é que a criação é da ordem da alteridade, da pura diferença que faz de cada obra única.

Se, de acordo com o que estamos discutindo, a Arte se esmera em um *savoir y faire* a partir da alteridade, o modo de produção capitalista está na contracorrente deste ato. Na lógica capitalista o que está em jogo é a disseminação das semelhanças, é o mais do mesmo. O que equivale a dizer que pouco há lugar para a inscrição da diferença. Todos parecem caminhar de acordo com os padrões estabelecidos pelo Outro, mercado capitalista, que sabiamente joga seus tentáculos sem vacilo sobre a cultura. Tornamo-nos ovelhas de um mesmo rebanho. Em *Psicologia de grupo e análise do ego*, Freud (1921/2006) lembra-nos da necessidade que os homens têm de ser iguais, com exceção do líder, quem determina a identificação, isto é, todo o conjunto de características que devem ser adotadas constituindo, assim, um laço emocional:

Já aprendemos do exame de dois grupos artificiais, a Igreja e o Exército, que sua premissa necessária é que todos os membros sejam amados da mesma maneira por uma só pessoa, o líder. Não nos esqueçamos, contudo, que *a exigência de igualdade num grupo*, aplica-se apenas aos membros e não ao líder. Todos os membros devem ser iguais uns aos outros, mas todos querem ser dirigidos por uma só pessoa. Muitos iguais, que podem identificar-se uns com os outros (FREUD, 1921/2006, p. 131. Grifo nosso).

Se um grupo, como bem coloca Freud (1921/2006), é conduzido por um líder, poderíamos pensar que este sintoma ressoa também na civilização. O modo de produção capitalista trabalha a favor da série, ou melhor, da serialização. O fetiche da mercadoria é meio de anulação das diferenças e, no fundo, “[...] esses objetos [mercadorias] que para nada servem não conseguem servir ao nada, isto é, não tornam o mal-estar mais tolerável como o

que se oferecem para a contemplação. É o caso de uma obra de arte, que torna o vazio, o nada, mais tolerável” (BARROS, 2012, p. 4).

Além do imperativo do gozo, na face da relação entre *mais-valia* e *mais-de-gozar*, há também o imperativo das semelhanças, não cabendo lugar ao que nos toca de estranho e familiar (*Unheimlich*). Encerramos este breve ensaio sobre a psicanálise e o capitalismo com o fora de sentido aclamado pela Arte em sua Tropicália, que canta uma canção iluminada de sol e planta sonhos nos jardins do solar!

Referências Bibliográficas:

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do eu [1921]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 18, p. 77-154.

_____. Além do princípio do prazer [1920]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 18, p. 13-75.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 7, p. 119-231.

LACAN, J. *O seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-73]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* [1969-70]. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro* [1968-69]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise* [1959-60]. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. *O seminário, livro 4: a relação de objeto* [1956-57]. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud [1957]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998, p. 496-533.

GÓES, C. *Psicanálise e capitalismo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

ZIZEK, S. Como Marx inventou o sintoma. In: Zizek, S (org.) *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, p. 297-331.

BARROS, R. M. M. As mulheres e o mercado. *Opção lacaniana online*, n.9, p. 1-12, 2012. Disponível em:

<http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero9/texto8.html>. Acesso em: 25/08/13.

BARROS, R. M. M; CALDAS, H. Escrita no corpo: gozo e laço social. *Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 16. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982013000300008&script=sci_arttext.

Acesso em: 23/08/13.

CASTRO, J. E. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica*, v.12. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200006. Acesso em: 25/08/13.

ROSA, M. Jacques Lacan e a clínica do consumo. *Psic. Clin*, v. 22. p. 157-171, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n1/a10v22n1.pdf>. Acesso em: 25/08/13.

CAETANO, V; GILBERTO, G. Panis et circenses, *Tropicália ou Panis et circenses*. Philips, 1968.

O DESEJO E A ANGÚSTIA DO CUIDADOR DE ADOLESCENTE ATENDIDO EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO: DE QUAL ATO E LIMITE FALAMOS?

Wagner Hideki Laguna

Psicólogo residente no programa de “Residência em Psicologia Clínico-Institucional” pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Especialista em “Saúde e Trabalho” pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP. Graduado pela Universidade Nove de Julho – UNINOVE-SP.

Email: wagnerlaguna@gmail.com

RESUMO

A Psicanálise confere importância ao papel do referencial identitário para o adolescente. Objetivo: Discorrer sobre os efeitos da promoção de uma oferta de escuta àqueles que desempenham a tarefa do cuidado de adolescentes. Método: Apresentação do caso de um cuidador atendido em ambulatório especializado. Discussão: A ampliação do ato psicanalítico na clínica de adolescentes consiste numa tática para fazer circular o discurso não só do “doente”, mas também, daquele que pode ser /ter a chave da significação do sofrimento. Considerações finais: No caso ilustrado, o resgate da função paterna é fundamental e pode verdadeiramente conferir lugar à Lei.

Palavras-chave: Adolescência; Psicanálise; Função paterna; Saúde Pública.

ABSTRACT

Psychoanalysis attaches importance to the role of referential identity for the adolescent. Objective: To discuss the effects of the promotion of an offer to listen to those who perform the task of care for adolescents. Methods: Case presentation of a caregiver attended an outpatient clinic. Discussion: The expansion of the psychoanalytic act in clinic for adolescents is a tactic to circulate the speech not only the "sick", but also that it can be /have the key to the meaning of suffering. Final Thoughts: In the case illustrated, the rescue of the paternal role is crucial and can truly give place to the Law

Keywords: Adolescence, Psychoanalysis; Paternal role; Public Health.

1. INTRODUÇÃO

A postulação freudiana a respeito da travessia da puberdade – metaforicamente equivalente a um túnel cavado pelas duas extremidades (FREUD, 1905/1996) – recebeu ao longo tempo, por parte de vários comentadores, diversas interpretações com o objetivo de por em causa de análise os percalços do sujeito que vivencia a adolescência. É justo e pertinente salientar que essa afirmativa também confere destaque à importância do papel daquele que assume o lugar de principal referencial identitário para este adolescente, seja em âmbito parental, familiar ou social.

Quando neste período de importantes transições que é adolescência, em que o sujeito se vê às voltas com as vicissitudes do real do corpo e com o trabalho de desligamento da autoridade dos pais, aquilo que sustenta a travessia empreendida da infância à fase adulta é posto à prova (ALBERTI, 2010). O risco de uma destituição subjetiva se faz ainda mais urgente. Trata-se de um contexto que convoca os psicanalistas atuantes nos serviços públicos de saúde a um radical questionamento acerca das estratégias que tornam possível fazer operar o discurso de quem sofre.

2. OBJETIVO E MÉTODO

Discorrer sobre os efeitos da promoção de uma oferta de escuta àqueles que desempenham a tarefa do cuidado e proteção de adolescentes: no caso pais, familiares ou substitutos independentemente da consanguinidade.

O método adotado nesta apresentação consiste na apresentação de recortes pontuais de um caso de cuidador atendido em um serviço especializado em saúde do adolescente, articulando os desdobramentos clínicos com a Psicanálise.

3. A CONJUNTURA INSTITUCIONAL

Um dispositivo público que tem como premissa a promoção da saúde do adolescente nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) – como justamente é a meta do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) – compartilha de um arranjo institucional deveras específico, principalmente por englobar como parte do cuidado o

trabalho multiprofissional frente a questões, que em numerosos casos, transpõem uma eventual crise de cunho orgânico. Como exemplo podemos mencionar as famílias submetidas a situações de vulnerabilidade diversas e de tal magnitude, que acabam por repercutir num notável afrouxamento dos laços entre seus integrantes. É questionando este problemático contexto que nos é permitido intervir com o dispositivo analítico, necessariamente cientes da improbabilidade destes agravos serem vivenciados sem efeitos na saúde de um adolescente.

4. OFERTA DE ESCUTA E FUNÇÃO PATERNA

Em determinados casos, quando se faz evidente o peso dos conflitos familiares no sofrimento que o adolescente traz em sua demanda, uma das possibilidades de manejo que o setor de Saúde Mental do NESA resguarda é incumbir um outro psicanalista, certamente não aquele que previamente atenda o adolescente, a fazer a oferta de escuta ao familiar que ocupa o lugar de principal referência do sujeito em questão.

Independentemente da idade do sujeito, sendo o Inconsciente operante unicamente em tempo lógico, é soberano em seu mal-estar aquilo que decorre do seu posicionamento primordial na triangulação edípica, constituindo essa, para todos os efeitos, o fator estruturante do psiquismo. Assim, podemos percorrer na fantasia do paciente o lugar conferido à função paterna – sabendo que a trama edípica se desdobra a partir da intervenção simbólica do pai, sob a forma de lei para privar a mãe do gozo desregulado, evocando assim a dialetização e a exigência universal da castração (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A eficiência da função paterna não tem relação com a presença ou ausência do homem na família e, ainda que haja um homem, não é a qualidade de sua conduta social, seu “papel”, que serão decisivos para a orientação do desejo do filho no simbólico, mas sim de sua capacidade de deslocar a criança de seu papel imaginário, no qual representa o falo da mãe (ALBERTI; MARTINHO, 2005).

5. “ELE TEM ALGUM DISTÚRBO... NÃO É POSSÍVEL!”

É com essa afirmação que Vânia, avó adotiva de Anderson (16 anos de idade), responde ao analista quando lhe é feita a proposta de um atendimento à parte do acompanhamento já dispensado ao adolescente, que fora encaminhado para a psicóloga por supostamente estar fazendo uso de drogas, agindo de forma violenta em casa e indo mal na escola. Também

preocupava a avó o direcionamento dos trâmites legais quanto à guarda do rapaz, sendo que nenhum dos genitores (separados) tem interesse em abrigar Anderson “*por causa do seu mau comportamento*”, cabendo então à Vânia exercer esse papel desde os 9 anos de idade do neto.

A razão da angústia de Vânia é falada no outro (neto) e a fortuita solução do sofrimento estaria, à princípio, no discurso do Outro da Medicina e do Direito – tal como quando a avó pede para “*ser feito algum exame nele, um encefalograma pra ver que problema esse menino tem*”; ou ao afirmar que “*não tem condições mais de ficar com Anderson, que o Juiz precisa resolver isso*”.

A orientação de seu discurso, ainda que se dê claramente no limiar da queixa, é escutado pelo analista enquanto um apelo no sentido de cessar uma repetição sintomática, e o que repete é nada menos que o abandono. À medida que a avó segue o movimento de sua própria enunciação, com a oportunidade de falar de si, inclusive naquilo que ela não sabe conscientemente: “*tenho que aguentar maluco desde sempre*” – acaba por verter o dito à sua história pessoal, também marcada pela repetida necessidade de cuidar de outras pessoas: a mãe esquizofrênica (seu pai faleceu cedo “abandonando-a”); irmãos; filhos biológicos e adotivos; dos filhos dos patrões nas casas que era empregada doméstica; seus sobrinhos e agora netos.

A natureza do sintoma é a ambivalência: cuidar e abandonar /sofrimento e satisfação, sem qualquer limite mais preciso que marque a diferença entre um e outro. Quando em determinado momento dos atendimentos ela questiona: “*o que vai ser do futuro desse menino?*” é possível elucubrar uma retificação no sentido de uma maior implicação no seu desejo, sobre o que ainda pode ser feito quanto a esse futuro.

Ainda que o paradoxo não se faça ausente, tempos depois, quando o Juiz de Direito intima o pai de Anderson (filho adotivo de Vânia) a responder pela guarda do adolescente, Vânia se coloca no meio: “*ele (o pai) é leigo de tudo, vou na Defensoria Pública ver uma advogado pra ele*”; ou ainda, quando o pai é chamado à escola para falar com os professores de Anderson é ela quem se prontifica a responder a convocação no lugar do pai.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aposta contida na ampliação dos limites do ato psicanalítico no contexto de uma clínica de adolescentes consiste numa tática no sentido de fazer circular o discurso não unicamente

do “doente”, mas também, em paralelo, daquele que é o seu referencial, que inclusive pode ser /ter a chave da significação do sofrimento.

No caso ilustrado é perceptível que o resgate da função paterna, aquilo que em última instância pode conferir algum lugar à Lei, não só é fundamental como também caracteriza um movimento permeado por percalços diversos, especificamente no momento em que a avó tenta responder em seu sintoma de um lugar no qual não dá conta. A instabilidade da interdição tende a lançar o adolescente num gozo desatinado, é apenas no momento em que a avó coloca essa questão em análise que é possível vislumbrar alguma saída para Anderson – é aberta mais uma possível via para restituição do caráter simbólico do sintoma, no lugar da passagem ao ato que as transgressões cometidas pelo adolescente caracterizam como um retorno do real (MEZÊNCIO, 2008).

Para isso é imprescindível que o sintoma seja tomado, em última instância, não como causa de cura, mas sim causa de fala e que por meio da transferência com o analista haja a implicação do sujeito com seu próprio sofrer. É unicamente na fala que se faz inteligível o lugar que a falta ocupa, delimitando a estruturação do sujeito.

Referências Bibliográficas:

ALBERTI, S. *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____; MARTINHO, M.H. Sobre o pai da criança atendida na escola e sua função. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.25, n.3. Brasília: CFP, 2005, p. 398-413

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.7.

MEZÊNCIO, M. Adolescentes e o desatino do gozo. *Almanaque online*, n.2, v.3, 2008. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/2.%20Adolescentes%20e%20o%20destino%20do%20gozo%20-20M%C3%A1rcia%20Mezencio.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

**DISCURSOS DA PSIQUIATRIA, DO DIREITO E DA PSICANÁLISE SOBRE O
ESTIGMA DE PERICULOSIDADE E O IDEAL SECURITÁRIO DO LOUCO
INFRATOR**

Ana Elizabeth Araujo Luna

Graduada e licenciada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará.

E-mail: anabethluna@hotmail.com.

Roseane Freitas Nicolau

Psicanalista, Professora Adjunta do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, membro da Escola Letra Freudiana e do grupo Dispositivos Clínicos em Saúde Mental da ANPPEP.

E-mail: rf-nicolau@uol.com.br

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de problematizar o estigma de periculosidade e o ideal securitário atribuídos ao louco infrator nas práticas institucionais a partir do entrecruzamento dos discursos da Psicanálise, da Saúde Mental e do âmbito jurídico. No avesso do discurso generalista das práticas psiquiátricas do âmbito jurídico, fundados no discurso universitário e no discurso do mestre, se constitui o discurso da Psicanálise, fundado na ética do desejo. A partir de sua posição de falta-a-ser, cabe ao analista escutar o louco infrator para que eles mesmos apontem para a construção do caso e direção da conduta a ser tomada.

Palavras-chave: Louco infrator. Discursos. Instituição. Psicanálise.

RESUME

Ce travail vise faire face à la stigmatisation et de la dangerosité et l'idéal sécuritaire attribué au fou délinquant dans les pratiques institutionnelles à partir de l'intersection des discours de la Psychanalyse, de la Santé Mentale et du cadre juridique. Dans le revers du discours générale des pratiques psychiatriques du cadre juridique, fondés sur le discours universitaire et le discours du maître, il s'établit le discours de la Psychanalyse, fondé sur l'éthique du désir. À partir de sa position de non-à-être, concerne à l'analyste écouter le fou délinquant pour qu'eux même indiquent la construction de l'affaire et la direction de l'action à prendre.

Mots-clés: Fou délinquants. Discours. Institution. Psychanalyse.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de problematizar sobre o estigma de periculosidade e o ideal securitário atribuídos ao louco infrator nas práticas institucionais a partir do entrecruzamento dos discursos da Psicanálise, da Saúde Mental e do âmbito jurídico.

A respeito da loucura podemos considerar que sua conceituação é muito complexa, varia de acordo com o contexto sócio histórico das sociedades. No entanto, um fato possível de se afirmar é que a loucura é inerente ao humano, fazendo-se presente ao longo da civilização, desvendando a verdade mais intrínseca ao homem, como afirma Foucault (1961/2008).

Na Idade Antiga a loucura não significava doença, pelo contrário, representava manifestação dos deuses, sendo possível a liberdade do louco e a convivência deste com a sociedade. Mas foi apenas com o estabelecimento da produção como norma social nos fins do século XV que o louco, juntamente com o grupo de ociosos e medicantes que não estavam a serviço do lucro, passam a ser reprimidos na sociedade.

Diante dessa demanda social de separação entre normais e anormais emerge no século XVII medidas legislativas impostas pela justiça para mantê-los isolados em hospitais gerais. Já no século XVIII o louco deixa de ser controlado pela justiça, visto que a loucura adquire o caráter de doença perante o surgimento do saber/poder científico da psiquiatria e criação dos hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 1961/2008).

O psiquiatra de maior destaque da época na Europa foi Philippe Pinel, que criou o tratamento moral, responsável pelo isolamento do louco nos manicômios. Junto com a legitimação do saber psiquiátrico sobre a loucura, emergiu nesse período o conceito de periculosidade atribuída ao louco. Ao realizar um estudo sobre a genealogia do conceito de periculosidade, Barros-Brisset (2011) afirma que esse estigma, tão impregnado e naturalizado na sociedade, passa a ser construído no século XVIII, período em que são criados os hospitais destinados aos loucos. Nesse momento Pinel reformula o conceito de alienação mental criado por Felix Plater em 1625, afirmando que nos loucos está presente a lesão e a tendência ao mal

e, tais afirmações, somadas às posteriores associações da teoria de Lombroso²⁶ entre demência e delinquência no ano de 1876 a 1910, influenciaram decisivamente as reformas do direito penal. Dessa forma, no século XX o campo científico do direito e da psiquiatria normatizam uma medida de proteção social direcionada aos crimes cometidos por portadores de transtorno mental, sendo a separação do “sujeito perigoso” da sociedade garantida pela intitulada medida de segurança²⁷.

Mesmo com o processo de reforma psiquiátrica que vem acontecendo desde os anos 70 em todo mundo, em que se defende os direitos humanos do sujeito dito louco e rompe-se com o modelo manicomial, bem como as mudanças na assistência estabelecida pela Lei 10.216/2001 no Brasil, nas quais a internação passa a ser último recurso de tratamento, é mantida no sistema penal a aplicação da medida de segurança até os dias de hoje em relação ao louco infrator considerado inimputável, sendo tal medida jurídica baseada no ideal securitário que permanece muito presente na sociedade e na presunção da periculosidade do louco que é tão naturalmente impregnada nas instituições.

Um fato interessante constatado nas práticas da saúde mental e na aplicação da medida de segurança realizada pelo judiciário é justamente o estigma de periculosidade em relação ao louco infrator. Uma pesquisa de campo realizada por Castro (2009) evidenciou que tanto o CAPS quanto os HCTP manifestam práticas em que a equipe mantém concepções de periculosidade do louco infrator, o que demonstra uma incompatibilidade entre a realidade prática e os ideais políticos da reforma psiquiátrica. Já no âmbito judiciário, Carneiro (2011) afirma que, devido à presunção da periculosidade quanto à loucura ainda ser muito presente no sistema penal brasileiro, na maioria dos casos, a medida de segurança adotada é a internação nos HCTP, em detrimento do tratamento ambulatorial, independente da modalidade de crime cometido pelo sujeito.

A partir desses aspectos explicitados que apontam para a presunção da periculosidade do louco, tanto na saúde mental quanto no âmbito jurídico, nos perguntamos: qual a

²⁶ Muito influente no campo da criminologia positivista, Lombroso atribuiu uma causalidade físico-biológica à etiologia do crime e na classificação dos criminosos, além de afirmar em sua teoria que o louco, assim como o delinquente, é um sujeito perigoso devido à sua falta de sendo moral.

²⁷ A medida de segurança era cumprida em manicômios judiciários, mas a partir dos artigos 96 e 97 do Código Penal brasileiro de 1984 e do artigo 99 da Lei de Execução Penal, desde então os manicômios judiciários passaram a ser chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A medida é estabelecida por uma autoridade judicial, que determina a realização de um exame pericial psiquiátrico para avaliar o estado de sanidade mental do sujeito que cometeu infração. Caso seja considerado inimputável, ou seja, incapaz de compreender o ato cometido, deve este cumprir medida de segurança, seja na modalidade ambulatorial ou de internação em HCTP.

incidência do discurso psiquiátrico e do discurso jurídico sobre o sujeito psicótico infrator? Quais as contribuições do discurso psicanalítico para o laço social desses sujeitos?

2. O LUGAR DO LOUCO INFRATOR NO DISCURSO PSIQUIÁTRICO, NO DISCURSO JURÍDICO E NO DISCURSO DA PSICANÁLISE

De acordo com Cavalcanti (2005) por se constituir como um ser de linguagem e está inserido no discurso, o homem tem seu lugar demarcado na sociedade através dos laços sociais. Isso implica dizer que a sociedade e seus discursos incidem sobre a posição subjetiva do sujeito, ordenando seu gozo, sua singularidade e estabelecendo suas relações com o grupo social a que pertence.

O discurso psiquiátrico, hoje assumido pela política de Saúde Mental sob novas roupagens, está pautado no que Lacan (1959-1960/2008) chamou em seu seminário 17 de discurso universitário. Sob a égide dos ditames capitalistas, desde o século XX o modelo psicofarmacológico tem sido cada vez mais assumido pela OMS (Organização Mundial de Saúde), em que há uma busca arraigada de bem-estar e promoção da saúde. É nesse contexto que a Política de Saúde Mental na sociedade atual tem sustentado um discurso baseado na idealização da normalidade, em detrimento da exclusão dos fatores subjetivos e de tudo o que é anormal, pois sua prática está voltada para um controle social em que se pretende, cada vez mais, nas políticas de saúde, a obtenção de um comportamento mentalmente saudável, como aponta Veras (2010).

Dessa forma, na tentativa de promover a saúde e garantir o controle social, a política de saúde mental impõe como imperativo a reinserção social do portador de transtorno mental através da Lei 10.216/2001. O artigo 6º dessa lei também prevê a internação compulsória (determinada pela Justiça) como uma medida de segurança, que é apenas justificável mediante laudo emitido pelo psiquiatra. Perante tais princípios da referida Lei, Fernandes (2011, p.149) afirma que “[...] o discurso da Saúde Mental nega a forclusão e dispensa a singularidade e a clínica”.

Sobre esse notório descompasso entre os princípios políticos intrínsecos à reforma psiquiátrica e a clínica, Rinaldi (2005) aponta que há uma tensão entre a política de saúde mental (voltada para a transformação social das instituições e cidadania do louco) e a clínica (voltada ao tratamento singular do sujeito), de modo que se instaura a dicotomia clínica x política, que conseqüentemente gera outra dicotomia, a de sujeito x cidadão. A partir de sua pesquisa junto a instituições de saúde mental a referida autora afirma que a responsabilidade

está do lado da equipe de profissionais, pois pautados nos ideais da reforma, assumem uma posição paternalista em suas ações para com os usuários. No entanto, a referida autora afirma que não se trata de ser contra ou a favor dos benefícios sociais, mas que para aprová-los ou refutá-los ao sujeito assistido deve-se partir da escuta, o que nos mostra ser possível superar as dicotomias e produzir cidadania a partir da clínica.

Quanto ao discurso jurídico, está pautado no discurso do mestre, exercendo total poder sobre o sujeito e seu destino. Em “Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia”, Lacan (19050/1998) e “Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia” (LACAN 1950/2003) denuncia a prática sanitarista da criminologia afirmando que a análise criminológica do criminoso pelo psiquiatra tem a função de prevenir o crime e evitar sua recidiva, como também diz que a pena revelou o perigo de desumanização que ela causa ao condenado. Para Lacan (1950/2003), só é possível que a criminologia proporcione humanização ao tratamento do criminoso através do declínio de sua humanidade, fazendo o sujeito ser reconhecido mediante a responsabilidade que assume perante seus atos, o que ele denomina de assentimento subjetivo. Nesse mesmo sentido, ao se reportar à responsabilidade subjetiva e a responsabilidade objetiva no Direito, Garcia (2011) afirma que, em relação ao louco infrator, lhe é poupada sua responsabilidade subjetiva ao ser considerado inimputável, tendo sua liberdade protegida e sua desresponsabilização assegurada, o que o coloca em posição de objeto. Sendo assim, podemos pontuar que a prática jurídica de aplicabilidade da medida de segurança que não leva em consideração o assentimento subjetivo, ou seja, a responsabilização do louco infrator pelo seu ato não o trata como humano, visto que só há humanização do sujeito pela via da responsabilidade, como já nos ensinou Lacan.

Assim, pautados em um saber/poder universais, tanto a lei jurídica quanto a política de saúde mental fundamentam práticas institucionais que, sejam elas no sentido de proporcionar segregação ou idealizar a inclusão social do sujeito louco, negam a singularidade desse sujeito. Na prática com a internação compulsória e inimputabilidade penal o louco infrator é completamente desresponsabilizado, de modo que a imposição de regras totalizantes nega a verdade e a solução sintomática, inviabilizando a possibilidade desse sujeito de fazer laço social, deixando-o refém do poder do juiz, do psiquiatra e dos próprios ideais da reforma psiquiátrica, sem possibilidades mínimas de se responsabilizar pelo seu ato.

No avesso desse discurso universal da psiquiatria e do jurídico se constitui o discurso do analista que, direcionado pela ética do desejo, atua na escuta do particular de cada um, se colocando na posição de objeto para fazer advir um sujeito. Miller (1997, p.122) afirma que

“a preocupação terapêutica com os loucos demonstra intolerância social à loucura” e, diferentemente do psiquiatra, o psicanalista não deseja o bem do sujeito, pois a clínica na psicanálise é orientada pelo paciente e seu próprio discurso. Assim, a prática psicanalítica não está baseada em um saber a priori, mas está aberta à revelação do outro, do desconhecido, tendo como direção do tratamento o saber advindo do sujeito, o que faz o analista ocupar na psicose o lugar de secretário do alienado, como nos apontou Lacan (1955-1956/ 1997) no Seminário “As psicoses”.

Desde Freud tornou-se evidente na psicanálise que o delírio não é simplesmente indício de doença ou sintoma a ser sanado, mas sobretudo, uma via de acesso ao sujeito. Por reconhecer o sentido de cura presente no delírio de emasculação no caso Schreber, Freud (1912[1911]/1996) destaca que, diferentemente da psiquiatria que mantém um interesse superficial pela formação do delírio levando em consideração apenas o tipo e incidência do delírio, a psicanálise tem interesse na compreensão dos conteúdos nele manifestos, buscando encontrar os impulsos humanos contidos em cada caso, ou seja, as formas de subjetivação e endereçamento do sujeito ao Outro.

Em relação à agressividade na psicose, esta consiste em uma saída para apaziguar os delírios e alucinações, oriundos da subjetivação maciça e insuportável do Outro. Lacan (1948/1998) no texto “A agressividade em psicanálise” esclarece que a agressividade é uma experiência subjetiva e que a qualidade da reação agressiva na psicose tem relação com a gênese mental representada no delírio sintomático, de forma que “o ato agressivo desfaz a construção delirante”.

No sentido dessa compreensão, Lacan (1950/2003) aponta que, em relação ao sujeito infrator, a cura pode se dar pela responsabilidade, que inclusive é tão buscada pela via da punição na criminologia, de modo que não se trata de construir o ideal de um sujeito adaptado em uma realidade sem conflitos, porque além da ordem social, faz parte da vida humana também as relações subjetivas de alienação do sujeito com o outro imbuída de agressividade.

A ação concreta da psicanálise é de benefício numa ordem rija. As significações que ela revela no sujeito culpado não o excluem da comunidade humana. Ela possibilita um tratamento em que o sujeito não fica alienado em si mesmo. A responsabilidade por ela restaurada, nele corresponde a esperança, que palpita em todo ser condenado, de se integrar num sentido vivido. Mas por esse fato, ela afirma também que nenhuma ciência das condutas pode reduzir as particularidades de cada devir humano, e que nenhum esquema pode suprir, na realização de seu ser, a busca em que todo homem manifesta o sentido da verdade (LACAN, *op. cit.*, p. 131).

Tais afirmativas são extremamente esclarecedoras para a articulação do discurso psicanalítico em meio às instituições e os demais discursos junto ao louco infrator. O psicanalista, sustentado pelo desejo e verdade do sujeito, deve recuar diante de toda tentativa institucional em estabelecer a ordem social e seus ideais securitários através da adaptação deste sujeito. O lugar da psicanálise nas instituições é de ponto êxtimo, a fim de que, a partir de sua falta-a-ser esteja atento aos processos de alienação subjetiva do louco infrator ao Outro que está intrínseco, mas oculto no seu crime, para que assim, demarque a clínica como direção de cada conduta a ser tomada e possa operar com seu ato uma brecha no discurso do mestre e no discurso universitário presente nas instituições de saúde mental e jurídicas, que muitas vezes recobre, aliena e desumaniza.

Referências Bibliográficas:

BARROS-BRISSET, F. O. Genealogia do conceito de periculosidade. Responsabilidades: Existem indivíduos intrinsecamente perigosos? *Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do TJMG*, v.1, n. 1. Belo Horizonte, 2011, p.37-52.

CARNEIRO, H. J. A. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. Responsabilidades: existem indivíduos intrinsecamente perigosos? *Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do TJMG*, v.1, n. 1. Belo Horizonte, 2011, p.23-34.

CASTRO, U. R. *Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias e velhas práticas*. 2009, 127f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2009.

CAVANCANTI, I. L. O sujeito da psicanálise em instituições psiquiátricas públicas. In: Lima, M. M.; Altoé, S. (orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2005, p. 169- 183.

FERNANDES, M. C. M. O. O ideal de inclusão: uma exigência da contemporaneidade, *Revista Falasser: revista da Delegação Paraíba*, n. 5. Campina Grande, 2011, p. 149-151.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. [1961]. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia [1911 (1912)]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12, p. 15-89.

GARCIA, C. Responsabilidade objetiva e responsabilidade subjetiva. Responsabilidades: existem indivíduos intrinsecamente perigosos? *Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do TJMG*, v.1, n. 1. Belo Horizonte, 2011, p.85-90.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. A agressividade em psicanálise [1948]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 104-126.

_____. Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia [1950]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 127-151.

_____. Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia [1950]. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 127-131.

LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise* [1959-1960]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* [1959-1960]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MILLER, J. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

RINALDI, D. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: Lima, M. M. de; Altoé, S. (orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2005, p. 87- 106.

VERAS, M. F. A. S. *A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da Saúde Mental*. Salvador: Aldeia Bahia Brasil; Petrobahia; Fazcultura, 2010.

**INSPIRAÇÕES POSSÍVEIS PARA UMA DIREÇÃO DE TRATAMENTO
PSICANALÍTICO DA PSICOSE: uma “prática entre vários generalizada”**

Fernanda Mara da Silva Lima

Professora Substituta da Universidade Federal de São João Del Rei. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ.

E:mail: fernandamaralima@yahoo.com.br

RESUMO

Diante do Outro que se constitui para o psicótico e autista como intrusivo é necessário um trabalho, isto é, um posicionamento de proteção diante do que provém do Outro. Cabe ao analista sustentar seu ato que fará com que o trabalho do sujeito tenha um endereço e uma notificação de chegada. E desta forma poder vir a, quem sabe, ser pelo sujeito incluído no trabalho que ele já chega desempenhando. Nossa proposta é trabalhar com a formulação nomeada de “a prática entre vários generalizada” para extrairmos possíveis inspirações para uma direção de tratamento psicanalítico da psicose.

Palavras-Chave: psicose, psicanálise, prática entre vários generalizada

ABSTRACT

Facing the Other that constitutes for the psychotic and autistic as intrusive work is required, it means a position of protection that comes from Other. It's a duty for the analyst that must sustain his act that will make the effort done for the of the one that has an address and a notification of arrival. And so being able to perhaps be the one included in the work that he is developing. Our proposal is to work with the formulation named "practice among several generalized" to extract possible inspiration for a direction of psychoanalytic treatment of psychosis.

Keywords: psychosis, psychoanalysis practice among several generalized

O signifiante “a prática entre vários” remete à fundação em 1974, por Antonio Di Ciaccia, de L’Antenne 110, instituição que acolhe crianças psicóticas e neuróticas graves na Bélgica, que tem como direção de tratamento uma orientação psicanalítica. Refere-se, portanto, ao tratamento psicanalítico da psicose numa instituição (BASTOS, 2003).

Foi quando da afirmação por Virginio Baio (1999a) de que seu trabalho no consultório seguia a orientação de uma prática em instituição que então formulou “*une pratique à plusieurs généralisée*”. Sua tese é de que se mantivéssemos as coordenadas de uma prática entre várias poderíamos generalizá-la para outros contextos que não a instituição e desta forma sustentar tal direção de trabalho também no consultório.

Nossa proposta consiste em nos deixarmos inspirar pelas coordenadas da prática entre vários e desta forma extrair consequências para trabalhos com psicóticos. Desta forma buscamos extrair consequências daí advindas e pensar sobre experiências clínicas. Nossa aposta é alinhar uma articulação possível entre a teoria e a clínica psicanalítica. Esta ideia se orienta pela afirmativa de Freud (1912/1996) de que em psicanálise a atividade de pesquisa e o tratamento coincidem.

Apresentaremos as três coordenadas de uma prática entre vários: o tratamento do Outro, a pluralização de parceiros na clínica institucional e o remanejamento de saber. (BASTOS, 2003).

O tratamento do Outro refere-se ao trabalho que o sujeito já chega empreendendo de tratar o excesso. Trabalho de regulação de gozo. O tratamento visa o Outro.

Testemunhamos no contato com os sujeitos psicóticos e autistas que tudo o que possa vir a presentificar o desejo do Outro, o olhar e a voz, é vivido como pura invasão. Parece que diante deste Outro que se constitui para eles como intrusivo é necessário um trabalho, isto é, um posicionamento de proteção diante do que provém do Outro. Daí decorrer a rica fenomenologia com a qual nos deparamos nesta clínica: a ausência de fala, a relação singular com o corpo, o não endereçamento do olhar, os ditos distúrbios alimentares.

Cabe ao analista sustentar seu ato que fará com que o trabalho do sujeito tenha um endereço e uma notificação de chegada. E desta forma poder vir a, quem sabe, ser pelo sujeito incluído no trabalho que ele já chega desempenhando.

Assim podemos já apontar outra coordenada que se refere ao remanejamento de saber. Se o sujeito já chega em trabalho, que posição cabe ao analista? Dito de outra forma, se o trabalho do sujeito é prévio ao encontro com o analista, então como o analista pode vir a ser incluído neste trabalho?

É preciso que o analista esteja advertido de que seja preciso sustentar uma determinada posição: remanejamento de saber. Trata-se de uma posição de saber-não-saber” (BAÏO, 2000) , “alunos da clínica” (ZENONI, 1991), desespecialização (STEVENS, 2003).

Enfatizamos que não nos referimos a posição de humildade frente ao saber. É mais radical que isso. Porque o saber está do lado do sujeito psicótico cabe ao analista sustentar a posição de secretariar, no sentido de acompanhar as construções e invenções dos sujeitos.

Posição de sustentar o saber do lado sujeito só é possível quando se reconhece e legitima o trabalho que o sujeito já realiza para tratar o excesso pulsional.

Estamos nos referindo a uma posição de nos deixarmos regular pelos sujeitos psicóticos. Encontramos em Lacan uma enunciação que por ora nos cabe citar, porque se refere a essa posição: “Uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente (...)” (LACAN, 1955-56/1998 p. 540). Encontramos correspondência em Freud para esta ideia, quando da sua afirmação de que não devemos dirigir reparo a nada específico, mantendo assim a atenção flutuante, pois se fizermos pré-eleições estamos arriscados a não descobrir nada além do já sabido (FREUD, 1912/1996).

A terceira das balizas é nomeada de pluralização dos parceiros na clínica. Colocamos entre vários para que o sujeito encontre parceiros para seu trabalho. Testemunhamos que entre muitos, o olhar e a voz, signos da presença do Outro, podem não se caracterizar demasiadamente invasivos como quando numa situação de atendimento individualizado.

É preciso submeter a determinadas condições para que o sujeito nos convoque como parceiros. É possível verificar que fazer uma economia da demanda, estar “atentamente distraído” (BAÏO, 1999b) ou dito de outra forma, numa “presença/ausente” (LAMY, 2000) possibilita com que o trabalho aconteça.

Neste ponto devemos esclarecer que a pluralização dos parceiros na clínica pode se apresentar de duas maneiras, uma delas consiste no real da cena, com a presença de mais de uma pessoa, seja equipe ou crianças, adolescentes e adultos em tratamento. Mas há ainda outra forma que não se trata do real da cena mas no discurso do analista. Sobre este ponto Zenoni nos esclarece: “Nós não estamos lá para fazer respeitar a lei, mas para presentificar um Outro que respeita a lei e está, ele mesmo submetido à lei (...)”. (ZENONI, 2000).

Alberto nos dá testemunho de seu trabalho incansável e diário. Certa vez chega ao posto de saúde para o atendimento individual demasiadamente visado pelo Outro. Diz que alguns profissionais do posto falam mal dele e olham para ele de modo estranho. Imediatamente diz que ali era um serviço de saúde e que não poderiam tratar as pessoas desta forma. Ele se coloca ao trabalho de endereçar a Ouvidoria uma carta de reclamação sobre alguns funcionários do posto e pede a analista ajuda para escrever a carta.

Desta forma extraímos como consequência que a direção dada por Alberto ao trabalho imprimiu o remanejamento de saber já que ele próprio faz alusão à confecção da carta. Inclui a analista como parceira de seu trabalho para tratar o Outro e pluraliza os parceiros na medida em que convoca um terceiro, a lei, para fazer as vezes de um possível anteparo ao excesso que o atormenta.

É também este mesmo jovem que algumas vezes endereçou a diretora do posto uma reclamação sobre a analista. Neste endereçamento dirigido a outros, que não a analista, trata-se de validá-lo enquanto tratamento do excesso pulsional na medida em que neste tempo do trabalho a analista estava para ele num lugar persecutório.

E para concluir devemos enfatizar que não estamos nos referindo a um modelo a ser seguido. A generalização de uma prática entre vários trata-se antes de coordenadas que podem nos inspirar para a orientação de um tratamento psicanalítico da psicose.

Referências Bibliográficas:

BAIO, V. Les conditions de l'Autre et l'ancrage. *Les Feuilles du Courtil*. Point d'ancrage, la création des repères subjectifs en institution, n.18/19. Belgique, 2000, p. 14-26.

_____. Une pratique à plusieurs généralisée. *Preliminaire* n.11. Bruxelles: Revue de l'Anthénne 110, 1999a, p.143-151.

_____. O ato a partir de muitos. *Revista Curinga* n.13. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999b, p. 66-73.

_____. L'autiste: un psychotique au travail. *Preliminaire* n.5. Bruxelles: Revue de l'Anthénne 110, 1993, p. 68-83.

BASTOS, A. Medicação e tratamento psicanalítico do autismo, *Pulsional: Revista de Psicanálise: Tratamento do Autismo*, ano 16, n. 173. São Paulo: Editora Escuta, 2003. p. 12-25.

BASTOS, A; FREIRE, A. B. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a "prática entre vários", *Revista Estilos clin.* v.9, n.17. p. 84-93, dez 2004. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282004000200006>. Acesso em: 27 set. 2013.

BASTOS, A; RIBEIRO J; MONTEIRO, K. A psicanálise e o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos em uma instituição de saúde mental, *Revista Estilos clin.* v. 11, n. 21. 2006, p. 196-203. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282006000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 set. 2013.

Di CIACCIA, A. Da fundação por Um à prática feita por muitos. *Revista Curinga* n. 13. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999. p. 60-65.

DIOGO, D, Figueiredo, A; GUERRA, A. A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: Bastos, A. (org.) *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2006, p. 123-142.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In: _____. *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.12, p. 123-133.

HUBEAU, B., HUVELLE, F. & MOTTET, B. La Pratique à plusieurs. *Preliminaire*. n. 9/10. Bruxelles: Antenne 110, 1998, p. 57-60.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses [1955-1956]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LAMY, M.I. – Presença/Ausência do Analista: apresentação de um caso de autismo. In: *Jornada Clínica da EBP - Seção Rio - O Encontro analítico: da sessão ao discurso*, 11. 2000, p. 15-18.

LAURENT, E. Plusieurs. *Preliminaire*. n. 9/10. Bruxelles: Antenne 110, 1998, p. 5-8.

LIMA, F. *Sobre um tratamento psicanalítico da psicose na clínica institucional*. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2009/Disserta_Fernanda.pdf. Acesso em: 30 ago. 2013.

LIMA, F. *Sobre um possível tratamento psicanalítico das psicoses: a “prática entre vários generalizada”*. 2004. 40f. Monografia (Pós-graduação em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MONTEIRO, K.; RIBEIRO, J. A “prática entre vários” e a invenção do sujeito. In: _____. (orgs.) *Autismo e psicose na criança: trajetórias clínicas*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2004, p. 29-36.

STEVENS, A. A instituição: prática do ato. *Carta de São Paulo: revista da Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo*, ano 10, n.4. São Paulo, 2003, p. 16-22.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan. *Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares – Abrecampos - Rede FHEMIG*, ano 1, v. 1, n. 0. Belo Horizonte: Abre Campos, 2000.

_____. Traitement de l'Autre. *Preliminaire*, n. 03. Bruxelles: Antenne 110: 1991. p.15-33.

O EXCESSO NOS PRIMEIROS ESCRITOS FREUDIANOS

Mariana Barreiros Meliande

Aluna de iniciação científica

E-mail: marimel_rj@yahoo.com.br

Ricardo Defranco Lobato da Fonseca

Aluno de iniciação científica

Vladimir Porfirio Bezerra

Aluno de iniciação científica

Marcia Defelippe Durso

Bolsista de iniciação científica do CNPq.

RESUMO

Neste trabalho pretendemos abordar o excesso nos primeiros escritos freudianos no período entre 1890-1897. Extraímos formulações sobre afeto enquanto intensidade, de modo a compreender como Freud introduziu o excesso na psicanálise, quando apresentou dois quadros nosográficos distintos: as neuropsicoses de defesa e as neuroses atuais. A partir daí, pudemos pensar a pregnância do excesso na atualidade, quando exploramos a distinção entre afeto de angústia e neurose de angústia, onde este excesso incide sobre o corpo paralisando o psiquismo e constatamos as similaridades dos sintomas da neurose de angústia nas diversas formas de sofrimento contemporâneo.

Palavras-chave: Psicanálise – excesso – afeto - neurose de angústia.

ABSTRACT

This article intends to address the excess in the early Freud's writings from 1890 and 1897. We extracted formulations about affection as intensity in order to understand how Freud introduced the excess in the psychoanalysis when two distinct nosological panoramas were showed: the neuropsychoses defense and the anxiety neurosis. We also reflected on the presence of the excess in the current days, when we explored the difference between the defense neuropsychoses and the contemporary neurosis, where this excess hits the body, paralyzing the psychic and marking the similarities of the symptoms of the anxiety neurosis in the various forms of contemporary 'malaise' these days.

Key words: Psychoanalysis – excess – affection - anxiety neurosis.

Neste trabalho pretendemos abordar a questão do excesso nos primeiros escritos freudianos, no período entre 1890-1897. Para isso, buscamos extrair as formulações sobre afeto enquanto intensidade, de modo a compreender como Freud foi introduzindo a questão do excesso na psicanálise, e também pensar sobre a sua pregnância nas diversas formas de mal estar contemporâneo.

Embora Freud não faça uso do termo excesso, consideramos que, ao apresentar no *Projeto para uma psicologia científica* (1895a), o aparelho psíquico como um aparelho atravessado por intensidades, ele abre um caminho para que possamos postular uma noção de excesso a partir da categoria de afeto enquanto intensidade, quantum de excitação ou quantidade de energia.

Freud utiliza o termo 'reiz' ou 'erregung' (excitação) para introduzir uma economia psíquica de prazer, desprazer e dor. Seu ponto de partida é a concepção da psicofisiologia do século XIX, de que a tendência do organismo seria descartar a quantidade de estímulos excedentes. O termo 'reiz' em alemão pode ser traduzido por estímulo ou excitação. Segundo Hanns (1996), 'reiz' pode significar um estímulo irritativo, algo que "espicaça", "incita", "agulha". Já o termo 'excesso' no dicionário de filosofia de Lalande tem como um de seus sentidos "aquilo que ultrapassa sem razão a medida normal e desejável" (LALANDE, 1926, p. 360).

Não é novidade que foi tentando entender o sofrimento histérico, considerado o mal daquele momento, e que instigava os médicos com convulsões, paralisias, e outros sintomas, que Freud descobriu que, através da fala o sofrimento neurótico poderia ser transformado em sofrimento banal, e ainda que a conversão somática da histeria era uma forma de neutralização afetiva. Em sua perspectiva, os histéricos eram submetidos à compulsão de ideias excessivamente intensas, aflitivas, capazes de despertar afetos de vergonha, autocensura e dor psíquica decorrentes de experiências que, devido a sua intensidade, foram vivenciadas como traumáticas. A lembrança de tais acontecimentos, por essa razão, era afastada da consciência.

É o que Freud mostra no caso clínico Elisabeth Von R., quando narra o conflito vivido pela paciente, evidenciando que: "Ela conseguiu poupar-se da dolorosa convicção de que amava o marido da irmã induzindo dores físicas em si mesma." (FREUD, 1895b p. 180). O

desenvolvimento da observação e de suas implicações é o suficiente para que ele possa concluir que uma ideia intensiva de Elisabeth em confronto com a sua moral instalou um conflito, e como forma de defesa a paciente colocou em ação um conjunto de sintomas. Assim é que no artigo *As neuropsicoses de defesa* (1894a), Freud, articulando representação, quantum de afeto e defesa psíquica, expõe sua hipótese de trabalho evidenciando aí um ponto de ruptura com a medicina de sua época.

...nas funções mentais, deve-se distinguir – uma carga de afeto ou soma de excitação – que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meio de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo. (FREUD, 1894a, p. 66)

Uma exploração do emprego do afeto no tratamento conceitual dado às neuropsicoses de defesa mostra que a expressão ‘soma de excitação’ aparece como o fator quantitativo do afeto. Frente a uma situação conflitante, o ‘eu’ retira da representação poderosa o afeto a ela ligado, deixando-a enfraquecida, e imediatamente, dá a este afeto um destino, que se expressa como um sentimento. Desse modo, não só na histeria, mas nas demais neuropsicoses, o afeto enquanto quantidade intensiva situa-se primariamente na esfera psíquica ligado a uma ideia, e dela se destaca para encontrar destinos independentes, enquanto a ideia é recalçada. Se na histeria o afeto é convertido para o corpo, na neurose obsessiva e nas fobias, liga-se a outras representações, que se impõem ao psiquismo de maneira ostensiva e aparentemente incongruente. Já na paranoia, o eu rejeita a representação incompatível e o afeto comporta-se como se a representação jamais lhe houvesse ocorrido, o que resulta numa confusão alucinatória. Em *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896a), Freud nos apresenta a etiologia específica dessas neuroses e relata que nos tratamentos efetuados se deparou com causas sempre de ordem sexual, traumas ocorridos na infância, vividos sem um sentido sexual, ganhando tal sentido à época da puberdade, ocasionando sentimentos de vergonha ou autorrecriminação. Importante observar que, nesse período, Freud ainda não fazia distinção entre as fantasias de seus pacientes sobre sua infância e suas recordações, embora já se aproximasse dessa descoberta.

As pesquisas freudianas sobre a etiologia das neuroses possibilitaram mostrar que o fator hereditário não as causou, mas sim uma sexualidade precoce que ganhou um valor traumático na puberdade (FREUD, 1896b). A descoberta de que as cenas de sedução narradas por suas pacientes não ocorreram necessariamente levou Freud a renunciar a noção de trauma como remetendo necessariamente a uma realidade objetiva, exterior ao sujeito. Diante disto

podemos perguntar: já não estamos, na histeria, diante de uma noção de excesso sexual que se inscreve no corpo, excesso este resultante da articulação entre corpo e psiquismo?

Além dos casos que se caracterizam por uma defesa psíquica, Freud se deparou também com situações nas quais não havia nenhum conflito psíquico. E foi seu engajamento na investigação das diversas formas de adoecimento psíquico e a decisão ética em orientar sua escuta para levar em consideração a história do sujeito, a moral vigente na época, as exigências de restrições ou renúncias nas práticas sexuais, e não apenas, considerações anatômicas e neurofisiológicas, que o levou a apresentar dois quadros nosográficos distintos. Um já abordado nos parágrafos anteriores – as neuropsicoses de defesa, e o outro, que é o da ordem das neuroses de angústia, cuja causa precipitante é uma excitação sexual somática que não estabelece ligação com o psíquico, que veremos a seguir.

Para problematizar a neurose de angústia neste contexto, consideramos as correspondências de Freud à Fliess, cujos rascunhos A, B e E evidenciam o esforço freudiano para delimitar a diferenciação entre as diversas formas de neuroses, em relação à presença nas mesmas, do afeto de angústia, da sexualidade e dos excessos contidos em ambos.

Importante observar que Freud diferencia afeto de angústia de neurose de angústia, e considera o primeiro decorrente de uma incapacidade do psíquico em emitir uma reação, num determinado momento, a um perigo externo. E a neurose de angústia a impossibilidade de reagir a um excesso de excitação endógena, que atua de modo constante.

Assim é que, através de exemplos de uma série de sintomas como irritabilidade geral, expectativa angustiada, ataques de angústia ou equivalentes, Freud caracteriza a neurose de angústia por uma transformação direta do excesso de excitação sexual no somático em que a ligação psíquica não ocorre. No *Rascunho E* (1894b) em que trata da origem da angústia escreve:

(...) nessa neurose, as coisas se desvirtuam da seguinte maneira: a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em — angústia. (FREUD, 1894b, p.238)

O que Freud mostra é que na neurose de angústia, parece não haver nenhuma ideia definida que possa ser considerada a contraparte deste afeto, um quantum em estado livre de flutuação pronto a se ligar em qualquer conteúdo solto, desimpedido (FREUD, 1895c). Na neurose de angústia, dado a precariedade do psíquico em possibilitar uma resposta articulando ambos os registros, corpo e psíquico, a tensão permanece no corpo. Logo, ao trabalharmos a

noção de afeto enquanto intensidade nesses primeiros artigos, podemos enunciar que: ‘todo afeto enquanto intensidade implica uma representação psíquica ou não’.

A questão torna-se problemática para Freud em termos de uma terapêutica em que a fala e a produção de sentido vão assumindo uma primazia. Se o afeto não se situa na esfera psíquica, no sentido de não ter passado por uma inscrição, em virtude do fracasso de simbolização, como articular o registro psíquico com o do campo das intensidades não simbolizadas? Se a produção de significação não for realizada, a tensão sexual física é transformada em angústia, cujos sintomas físicos podem se manifestar no corpo por meios variados: dispneia, sudoreses, palpitações. Tais sintomas físicos da neurose de angústia são substitutos da ação específica omitida posteriormente à excitação sexual (FREUD, 1895c.). Não há, portanto, uma regulação psíquica desse excesso de excitação.

Podemos inferir que, nesses casos, estamos diante de outra modalidade de excesso, diferente do excesso da histeria, pois se trata de um acúmulo de excitação sexual que incide sobre o somático e para o qual não há uma participação psíquica, um excesso para o qual não concorre o recurso da simbolização.

A partir destas leituras constatamos as similaridades dos sintomas da neurose de angústia nas diversas formas de mal estar contemporâneo, em que predomina uma linguagem instrumental e empobrecida de suas dimensões simbólicas. Isto nos auxilia a pensar que as formas de adoecimento psíquico da atualidade se constituem de um excesso pulsional sem simbolização, e que este excesso incide sobre o corpo, paralisando o psiquismo.

Referências Bibliográficas:

HANNS, L. Dicionário comentado do alemão de Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LALANDE, A. Vocabulário técnico e crítico de filosofia, São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FREUD, S. Carta 69 [1897]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1, pág. 309-311.

_____. Carta 59 [1897]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1, pág. 293.

_____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa [1896a]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 3, pág. 163-183.

_____. A hereditariedade e a etiologia das neuroses [1896b]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 3, pág. 143-155.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica [1895a]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 1, p. 347-454.

_____. Casos Clínicos [1895b]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 2, p. 161-202.

_____. Sobre os fundamentos para destacar a neurastenia de uma síndrome específica denominada “neurose de angústia” [1895b]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 3, p. 93-115.

_____. As neuropsicoses de defesa [1894a]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 3, p. 53-66.

_____. Rascunho E. Como se origina a angústia [1894b]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 1, p. 235-241.

_____. Rascunho B. A etiologia das neuroses [1893a]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 1, p. 223-229.

_____. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar. [1893b]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 2, p. 39-53.

_____. Rascunho A [1892]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago, 1996, v. 1, p. 221-223.

A CLÍNICA DAS TOXICOMANIAS E A CONSTRUÇÃO DO TRATAMENTO

Leticia Amadeu Gonçalves e Silva

Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Alameda, no município de Niterói. Especialista em Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Mestranda do Curso de Pesquisa e Clínica em Psicanálise na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: leticia.amadeu@yahoo.com.br

RESUMO

Pretendo tratar de questões referente a clínica das toxicomanias e o tratamento oferecido a esses sujeitos. Segundo Freud (1930[1929]), em *o Mal-estar da civilização*, a vida é extremamente difícil de suportar, impondo como recurso algumas satisfações substitutivas. Assim, a droga pode assumir significações diferentes para cada um, porém no encontro com alguns sujeitos constatamos que o uso da droga pode conduzir à radicalidade do rompimento do laço social. Apresentarei o relato de um caso clínico, atendido numa instituição de saúde pública, onde constatamos o enlace desse sujeito com esse objeto, para posteriormente pensarmos como o tratamento pode incidir.

Palavras-chave: toxicomania, laço social, clínica.

ABSTRACT

I intend to address issues related to the clinical addictions and treatment offered to these subjects. According to Freud (1930[1929]), in the “Malaise of Civilization”, life is extremely difficult to bear, imposing, as resource, some substitutive satisfactions. Thus, the drug can take different meanings for each one, but after meeting with some individuals, we conclude that drug use can lead to radical disruption of the social bond. I will present the report of a clinical case that was treated in a public health institution, where we may see the link between this individual to this object, so we may figure out how treatment can focus.

Keywords: addictions, social bond, clinical case.

As discussões sobre o tratamento de usuários de álcool e drogas é um tema em pauta. Muitos são os modelos e direções de tratamentos que diversos dispositivos, encarregados no trabalho com esses sujeitos, se propõem a fazer.

Em 2004, foi instituída a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas embasada na abordagem da Redução de Danos.

Segundo *A Política para a Atenção Integrada ao Usuário de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2004, p. 10), “A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas.”

A partir disso, institui-se que o tratamento de usuário de álcool e outras drogas deveria ocorrer, prioritariamente, em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em parceria com outros serviços da rede de saúde orientados pela política de Redução de Danos.

No início do ano de 2011, criou-se a política de recolhimento compulsório de crianças e adolescentes, adotada pela Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura do Rio de Janeiro. Em 2012, o prefeito da cidade do Rio de Janeiro anunciou que iniciaria o processo de internação compulsória para adultos usuários de crack.

Desde então, algumas operações ocorreram, mas não foram caracterizadas como recolhimento compulsório. As operações, chamadas de “acolhimento”, visavam a retirada desses sujeitos de algumas regiões e a limpeza do local.

Dessa forma, assistimos, hoje, na cidade do Rio de Janeiro, a incorporação da metodologia do choque de ordem, que privilegia uma ação de defesa da “ordem pública”, de natureza higienista travestida de assistência social. Retornamos a era do “encarceramento” onde era preciso recolher os loucos, os leprosos e quem mais se desviasse da “norma”. Hoje são os “viciados”, os “cracudos” que precisam ser recolhidos, extirpados da sociedade e se possível para sempre enclausurados, pois são considerados seres “incuráveis”. Observamos, assim, a relação direta que é feita entre uso de drogas e a violência, o que justificaria a retirada desses “indivíduos” da sociedade.

Para além dessas questões, de que maneira podemos pensar um tratamento que não coloca o sujeito em questão? Que exclui suas particularidades e sua história? Acredito que devemos tratar cada um desses sujeitos como um sujeito singular e não pensarmos num tratamento massificado, que coloca todos numa mesma linha de produção.

É no bojo dessas discussões que proponho pensar que tratamento podemos oferecer a esses sujeitos. Penso que um tratamento, seja ele qual for, deve ser pautado no sujeito com o qual nos encontramos. Colocá-los em uma mesma categoria, usuários de álcool e drogas, sem considerar as particularidades de cada um, os coloca numa posição de objeto da droga. Pensar o sujeito como um objeto da droga pressupõe que não há escolha subjetiva e que o usuário, ou *toxicômano*, nada tem a ver com o que lhe acontece.

1. A DROGA E SEU POTENCIAL “AFASTA-TRISTEZA”

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha a humanidade apresentando variações no que diz respeito a cultura e época. Portanto, ao longo da história, o homem utilizou certas substâncias a fim de obter um estado alterado da consciência.

Freud (1930/1996) pontua que a finalidade do homem e a intenção da vida é a felicidade. Ele trata da busca pela felicidade plena, constante e impossível de ser alcançada: “Essa busca tem dois lados, uma meta positiva e outra negativa; quer a ausência de dor e desprazer e, por outro lado, a vivência de fortes prazeres. No sentido mais estrito da palavra, ‘felicidade’ se refere à apenas a segunda.”. (Freud 1930/1996 p. 19).

Frente a impossibilidade de obter essa felicidade plena, uma vez que ela, por sua natureza, só é possível como fenômeno episódico, o sujeito pode recorrer a alguns métodos para tentar aplacar o mal-estar.

Para Freud, existem três recursos que o sujeito pode utilizar com a finalidade de diminuir o mal-estar: poderosas diversões, gratificações substitutivas e substâncias inebriantes. Ele destaca que o método mais eficaz é: a intoxicação química, uma vez que esta influi sobre o corpo.

Ainda neste texto, Freud destaca que o uso de narcóticos proporcionam não só o ganho imediato de prazer, como também uma parcela muito desejada de independência do mundo externo. Através do “afasta-tristeza”, ou seja, do uso de determinadas substâncias, podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade.

A droga pode ser uma resposta possível utilizada pelo sujeito para minimizar o sofrimento. O problema se localiza quando o uso desse objeto promove um rompimento do laço com a realidade. Desse modo, o perigo encontra-se quando o sujeito não encontra meios de lidar com as frustrações.

2. O USO DA DROGA E O ROMPIMENTO DO LAÇO COM O OUTRO

De início é importante fazer uma pontuação e destacar que o uso da droga pode adquirir significações diferentes para cada um e em cada momento de sua vida, podendo ser apenas um recurso em alguns momentos difíceis. Por isso, é tão importante que na clínica não se escute o “toxicômano”, mas sim o sujeito. Uma vez que é a partir da escuta desse sujeito que poderemos analisar que uso é feito desse objeto. Ou seja, o uso da droga pode ser apenas um recurso utilizado para aliviar o mal-estar, sem que haja um rompimento do laço com a realidade.

Porém, aqui trataremos de um outro modo de utilização da droga, modo este que retira o sujeito do laço social e fornece a ilusão de um gozo pleno, total, tão almejado pelo sujeito, porém tão ilusório.

São sujeitos que na maioria das vezes não nos procuram solicitando ajuda e sim são levados por terceiros. Normalmente, são os familiares quem solicitam o tratamento, porém há um número cada vez maior de solicitação de tratamento feito pela justiça, o chamado “tratamento compulsório”.

Enfim, são sujeitos que não nos pedem nada, uma vez que a demanda não provém deles. Algumas vezes, são esses terceiros que relatam a gravidade do uso de drogas e as consequências disso.

Observamos, na fala desses sujeitos, um vazio de significações, uma vez que os efeitos dessas significações desaparecem, ou seja, não se faz tecido discursivo. São sujeitos que nos dizem: “eu uso crack e é isso, não tenho mais nada a dizer” ou “me dá uma fissura, uma vontade e aí eu uso”.

Cabe a nós, regidos pela ética da psicanálise, perguntarmos que outro modo de gozar é esse e que tratamento que podemos oferecer a tais sujeitos. É importante estarmos atentos sobre a nossa posição frente a tais sujeitos, para que não se caia na cilada de tentar introduzir e impor o nosso modo de gozar.

3. A CLÍNICA NO CAPS AD: UM LUGAR POSSÍVEL.

Trarei a seguir o relato da chegada de um sujeito para o tratamento no CAPS ad e algumas elaborações que conseguimos formular a partir desta chegada.

Fernando²⁸ iniciou tratamento no serviço logo após uma internação no Serviço de Álcool e Drogas (SAD). Já havia comparecido ao CAPS numa outra ocasião, mas não deu continuidade. Apesar disso, construiu um vínculo importante com o psicólogo que o recebeu, sendo uma referência de acolhimento para ele mesmo na sua ausência. No momento do seu retorno, esse profissional não trabalhava mais na assistência do serviço.

Após a alta do SAD, compareceu ao serviço e relatou estar no fundo do poço, sem saída. Estava em situação de rua, pois no período em que morou com a mãe vendeu tudo em casa e ambos foram despejados. A mãe foi morar com a irmã, enquanto Fernando ficou em situação de rua.

Na rua fez uso abusivo de crack e pequenos furtos, sempre sozinho. Dizia que ninguém o cumprimentava, ninguém o olhava e quando o faziam atravessavam a rua para evitar um possível furto. Numa ocasião, disse que a única que pessoa que o olhava e o cumprimentava era o psicólogo que o recebeu pela primeira vez no CAPS.

Emagrecido, fraco e cansado pediu ajuda e procurou o Hospital Psiquiátrico de Juruuba buscando uma internação. Já havia tido outras internações em instituições diferentes. Não conseguia aderir, ficar, se submeter as normas e sempre pedia para sair após alguns dias.

Desta vez foi diferente. Permaneceu durante todo o período estabelecido, participou das atividades indicadas e dos atendimentos, onde fez um trabalho importante.

De acordo com relatos, em diversos momentos Fernando dizia que estava angustiado e solicitava alta ou dizia que estava pensando em fugir. Nessas situações, era acolhido pela psicóloga, que o acompanhou durante a internação, que tentava retomar com Fernando seu pedido de ajuda. Isso foi essencial para a permanência e vinculação desse sujeito durante todo o período. Além disso, aconteceu um trabalho de construção da sua história que ele poderia continuar num serviço extra-hospitalar, no caso o CAPS ad. A partir disso, conseguiu chegar ao CAPS ad e ser recebido.

É preciso pontuar o valor desse trabalho que foi realizado com Fernando durante a internação e a importância que este dispositivo, o SAD, possui na rede de saúde mental de Niterói. Visto que a internação, pautada na escuta do sujeito, é um recurso que se faz necessário em alguns momentos do tratamento.

Retomando o caso clínico, Fernando, em situação de rua, dizia que para não dormir à noite, passava a madrugada inteira utilizando crack e vagando pelas ruas de Niterói. Afirmava

²⁸ O nome foi modificado.

que tinha receio de ser espancado ou morto, caso adormecesse. Assim, chegava sempre cedo no serviço, sujo, com fome e muito sono.

Após tomar o café da manhã e um banho, ele simplesmente desaparecia. Ninguém o encontrava mais, até que num determinado momento notávamos que ele estava dormindo em uma das salas de atendimento. Não participava de nenhuma atividade coletiva e passava o dia deitado em algum canto.

A chegada no tratamento para esses sujeitos é muito difícil. Fernando sempre esteve sozinho. Na rua não fazia laço, estava fora, desaparecido. Exigir que ele estivesse presente sempre, participando dos grupos e oficinas, faria com que Fernando não suportasse estar naquele espaço. Precisávamos aceitar que ele desaparecesse em alguns momentos para que ele pudesse aparecer nos atendimentos, tentando articular sua história, construindo significações.

Nos atendimentos o trabalho era árduo e muito delicado. Aos poucos passou do “não tenho nada a dizer” para a tentativa de construção de uma narrativa.

Associava o início do uso da droga a uma “revolta” pelo assassinato do pai quando ele tinha dois anos. Relatava uma relação difícil com o padrasto e a saída de casa no início da adolescência. Falava de uma falta de referência, orientação, o que tentou buscar se associando ao tráfico.

Contou que na adolescência, via os traficantes com armas na mão e isso impunha respeito, justamente o que ele não tinha perante ao padrasto. Sentia-se desrespeitado por ele, diminuído.

Na rua foi desaparecendo, rompendo todos os vínculos, inclusive com o tráfico, e no CAPS não poderia ser diferente.

Esse breve relato ilustra como é importante pensar sobre como poderemos receber cada um desses sujeitos. É preciso levar em consideração o que é possível para eles no momento de sua chegada e não definir de antemão um projeto terapêutico sem levar isso em consideração.

Talvez possamos analisar que a especificidade desse dispositivo é o modo como este serviço acolhe alguns sujeitos, que não conseguem circular por outras instituições nem outros espaços e que fazem do CAPS o único lugar de endereçamento e socialização possível.

Poderíamos localizar essa especificidade na plasticidade a que esta instituição se dispõe na inversão da adequação entre serviço e perfil de usuário. Assim, o serviço se propõe a se adequar a cada usuário, proporcionando um CAPS para cada um. Dessa forma, não haveria um perfil para se tratar neste lugar, mas a construção de um dispositivo para cada

usuário.

Talvez possamos dizer que especificidade do CAPS é o que torna este dispositivo diferente dos outros. Poderíamos ir além e dizer que é isso o que sustenta a nossa intervenção com os pacientes, uma vez que é a partir de cada caso, cada situação, com a particularidade de cada um que podemos construir um trabalho com esses sujeitos. Portanto, é a partir dessa construção, de um CAPS para cada um, que nos autorizamos a intervir.

Perceber o que é possível para o tratamento de um sujeito não se faz sem uma escuta atenta e nem sem essa plasticidade a que esse serviço se propõe. Escutar implica fazer algo com isso que escutamos, mas é importante ter a clareza de que não devemos intervir pelo sujeito. Muitas vezes apenas ouvir é a intervenção que permite o sujeito responder de um outro lugar. É isso o que muitas vezes possibilita que alguns pacientes possam se tratar.

Referências Bibliográficas:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FREUD, S. O Mal-Estar na Civilização. [1930 (1929)]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1996 vol. 21.

JORNAL DO CRP. *Recolhimento Compulsório*. Rio de Janeiro, n.34, 2012.

LAURENT, E. Tres observaciones sobre la toxicomania. In: *Sujeto, goce y modernidad II: Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Atuel-Tya, 1994.

NAPARSTEK, F. *et al.. Introducción a la clínica com toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2005.

**ADOLESCÊNCIA E ÉTICA: ARTICULAÇÕES SOBRE A PERTINÊNCIA DO
PSICANALISTA NA INSTITUIÇÃO**

Aline Lima Tavares

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Psicóloga do Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: alineltav@hotmail.com

Sonia Alberti

Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Procientista da UERJ e Pesquisadora do CNPq. Psicanalista Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano.

E-mail: sonialberti@gmail.com

RESUMO

Relata-se um caso clínico acompanhado em uma instituição de cumprimento de medidas socioeducativas, articulando-o às formulações de Lacan sobre a ética da psicanálise e a constituição do sujeito. A razão pela qual também desenvolvemos o caso com vistas à ética da psicanálise é o fato de nossa clínica apontar a falácia de querer-o-bem-do-sujeito. Para a psicanálise, o sujeito é constituído em relação ao real e resiste a qualquer tentativa de pastoral apregoada pela moral. Objetivamos apontar a pertinência do psicanalista na instituição e articular uma experiência de trabalho com a teoria e clínica psicanalítica sobre adolescência.

Palavras-Chave: adolescência, ética da psicanálise, instituição.

ABSTRACT

We report a clinical case which was treated in an institution for socio-educational measures, linking it to the formulations of Lacan's ethics of psychoanalysis and constitution of the subject. The reason why we develop it with the ethics of psychoanalysis is the fact that our clinic pinpoints the fallacy of the wanting-the-subject's good. For psychoanalysis, the subject is constituted in relation to the real and resists any attempt to pastoral trumpeted by morality. We aimed to testify about the relevance of the presence of the psychoanalyst in the institution and articulate an experience in an institution for socio-educational measures with the psychoanalytic theory and clinic on adolescence.

Key Words: adolescence; psychoanalytic ethics; institution.

A instituição em que atendemos Ruan, denominada Centro de Socioeducação Professor Gelso de Carvalho Amaral (CENSE-GCA), é a porta de entrada do Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Estado do Rio de Janeiro (DEGASE). É um local de internação cautelar em que os adolescentes acusados por prática de ato infracional, após oitiva do Ministério Público, aguardam a data de sua audiência com o juiz, ocasião em que serão julgados e que poderá ser determinado o cumprimento de alguma medida socioeducativa²⁹. Esta internação cautelar, também denominada provisória, não pode ultrapassar o prazo de quarenta e cinco dias e é determinada apenas nos seguintes casos: 1) quando o adolescente tem seu ato infracional considerado como cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa; 2) quando o jovem é reincidente no cometimento de outras infrações graves; 3) quando houve descumprimento reiterado e injustificado de medida anteriormente imposta. Nos demais casos, o adolescente responde seu processo e aguarda a data de sua audiência com o juiz em liberdade (BRASIL, 1990).

Ruan entra na sala de atendimento numa cadeira de rodas. O adolescente não fez qualquer demanda de atendimento, este faz parte da rotina institucional: todos os adolescentes devem passar por avaliação médica, odontológica e psicossocial – e esta última é realizada, ou pelo Psicólogo ou pelo Assistente Social em serviço. Aliás, é bastante comum, no DEGASE, a identificação de ambos, o que introduz um trabalho a mais para o psicanalista que visa efetivamente a um trabalho clínico, o de delimitar seu campo de atuação junto à chefia dos serviços. O que ocorre nessa instituição que é porta de entrada, no entanto, é ainda mais complexo, porque essa primeira entrevista tem roteiro prévio: dizemos a Ruan que estamos ali para informá-lo se terá audiência, se será transferido, quais medidas socioeducativas o juiz pode lhe aplicar, como e onde elas serão cumpridas. Ao escrever sobre a função considerada do psicólogo pela instituição, percebemos o quanto esta se assemelha, nem mesmo à do assistente social e sim, à de um advogado: informar a seu cliente sobre seus direitos, sobre o que pode ou não lhe acontecer. É inegável que as informações supracitadas são fundamentais para o jovem, principalmente aquele que adentra o sistema socioeducativo pela primeira vez, isto é, que é alheio a seu modo de funcionamento e que muitas vezes chega assustado à instituição, sem saber qual será seu destino. Porém, por que elas precisam ser dadas pelo psicólogo? Por que não instituir junto ao procedimento de acolhimento/entrada, um momento

²⁹De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas socioeducativas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional (BRASIL, 1990).

onde o agente socioeducativo fornece essas informações ao jovem, ao invés de ser apenas “portador de más notícias” – já que o agente o insere na rotina institucional, lhe dando um uniforme e lhe explicando as regras da instituição –, ou ainda, “portador de nenhuma notícia”, o que deixa o adolescente ainda mais ansioso e angustiado, até o dia em que tem seu atendimento com o psicólogo... Talvez esta fosse uma forma de diminuir a distância e rivalidade existente entre adolescentes e agentes socioeducativos, uma vez que para muitos adolescentes os agentes são quase “o inimigo”, uma vez que estão ali para “vigiá-los e puni-los”.

Conforme ressalta Martinho (2005), as instituições demandam que técnicos normalizadores ocupem funções valorizadas por reafirmarem uma ordem que funciona sobre o recalçamento da subjetividade, e a maioria das pessoas acredita que o profissional *psi* irá influenciar, moralizar, estimular, aconselhar, levando o sujeito a se comportar bem. Entretanto, a ética da psicanálise, centrada no desejo e não no atendimento da demanda institucional, nos indica que se trata de fazer operar uma escuta para promover o sujeito, na medida em que um sujeito o é por que fala, na medida em que é sua própria fala que pode tanto sustentar o sujeito como introduzir o possível de uma implicação sua em seu destino.

Enfim, dadas ao adolescente as explicações sobre sua medida socioeducativa, lhe dizemos que gostaríamos de escutá-lo, saber de sua história. É curioso como, em geral, os jovens ficam assustados diante dessa oferta de escuta: “como assim, o que você quer saber?”, perguntam logo, emendando em seguida: “estou aqui pelo 157”, “fui pego na boca”, “os policiais me forjaram”, etc...

Dzu (2005), ao relatar seu trabalho como psicóloga judiciária, observa que muito frequentemente o sujeito chega à entrevista sem se dar conta do que o levou a cometer o ato criminoso, apresentando-se identificado pelo artigo do Código Penal que indica e sanciona sua transgressão, tendo uma posição passiva diante da pena que deve cumprir, restando calada a questão sobre o desejo, a significação subjetiva de seus atos e de seu processo penal. Entretanto, aponta que nas entrevistas com um psicanalista, o sujeito pode encontrar uma ocasião para falar de seu ato e, quem sabe, enunciar algo de sua implicação nele, algo de sua determinação simbólica: “pode acontecer o surgimento da divisão, pode acontecer a elaboração de uma demanda e de uma questão concernida ao sujeito, à cadeia significativa que ele é e ao contexto discursivo que seu ato encerra” (DZU, 2005, p.209).

Lacan (1959-60/2008), em seu Seminário sobre a ética da psicanálise, ressalta que a transgressão tem uma relação sensível com o que está em jogo na interrogação ética do psicanalista, isto é, o sentido do desejo.

Ruan começa a nos falar de si explicando a história de seu ato infracional: havia ido na “boca” comprar maconha e, chegando lá, um amigo que lhe pediu para segurar uma arma e um radinho, pedido que atendeu prontamente, no exato momento em que policiais invadiram o local. Ruan diz que jogou a arma e o radinho no chão e correu, porém foi acertado por três tiros na perna e um no boné, que inclusive chegou a cair de sua cabeça por este motivo.

Deste modo, embora no dia do atendimento Ruan estivesse sem conseguir andar, sentado numa cadeira de rodas, o adolescente não reclamava de nada - sabia que poderia ter morrido. Afirmava reiteradamente que por pouco escapou da morte, repetindo sem cessar que a primeira coisa que iria fazer quando voltasse para casa era entrar para igreja, afinal, “está vivo por milagre”. Em seu texto “A ciência e a verdade”, Lacan nos ensina que “o religioso entrega a Deus a incumbência da causa, mas nisso corta seu próprio acesso à verdade” (LACAN, 1966/1999, p. 887).

Pergunto a Ruan o que o médico lhe disse sobre sua perna, qual seu prognóstico. O jovem responde que o médico não lhe disse nada concreto, afirmando apenas que em algum momento ele precisará fazer fisioterapia. Ruan acredita que voltará a andar logo e não levanta a hipótese de que poderá encontrar dificuldades para retomar essa atividade. Entretanto, a ferida aberta na perna do adolescente, a pingar sangue no chão da sala – o que ele mesmo me informa, preocupado com a sujeira que está causando, não com a gravidade de seu estado físico -, indica uma desimplicação do adolescente quanto a gravidade dos ferimentos sofridos, sendo esta também uma forma de não se responsabilizar pelo que lhe aconteceu.

Durante o atendimento, Ruan diz que às vezes fazia bicos na “boca” para conseguir dinheiro. Assim, embora numa primeira versão de sua história ele fosse “quase um inocente”, que apenas segurou a arma e o radinho do colega “na hora errada”, logo observamos que o colega não lhe pedia tal favor sem que houvesse um contexto. A esse respeito, Zeitoune (2009) observa que por mais que o adolescente negue seu envolvimento com o ato infracional, ele está na cena, sendo possível tomar sua negativa como algo da ordem do que não pode aparecer de seu desejo e que vem à luz sob a forma de um ato.

De acordo com Alberti (1996), a passagem ao ato na adolescência denota uma dificuldade no relacionamento com aquele que o sujeito instituiu no lugar do Outro, denota

algo que passou despercebido ao Outro, mesmo se, muitas vezes, o sujeito de outras maneiras tentou chamar atenção para isso.

Em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/2008) ressalta que diante do ponto de falta vislumbrado no Outro, o sujeito pode se oferecer como objeto de perda. Assim, é ao testemunhar a falta-a-ser que os adolescentes se confrontam com o mundo no intuito de se livrarem do que não está bem em suas vidas.

Quando pergunto a Ruan em que momento de sua vida ele começou a “fazer esses bicos na boca”, o adolescente fala um pouco de sua história. Relata que quando era ainda bebê, seus pais se separaram, tendo ficado decidido que seu irmão mais velho iria morar com a mãe e ele com o pai. Aponta que foi criado por sua avó paterna e por seu pai e que “tinha de tudo, era mimado, estudava em escola particular, fazia curso de inglês”. Porém, refere que quando fez onze anos de idade começou a pedir insistentemente para ir morar com sua mãe, pedido que foi aceito pela família paterna, tamanha sua insistência. Questiono o que o fez querer ir morar com a mãe, ao que Ruan começa a afirmar de modo veemente que “um filho tem o direito de ir morar com a mãe” e que sua avó não lhe deixava fazer nada. Segundo Coutinho Jorge (2010), a insistência repetitiva de determinado elemento no discurso do sujeito pode consistir numa forma sofisticada de defesa denegatória em relação a seu oposto. Assim, não se trata de utilizar a partícula negativa, como na denegação trivial, mas da necessidade de proliferar uma afirmação reiteradamente no sentido de escamotear com insistência sua ausência, ou seja, “*trata-se de uma afirmação repetitiva vinda, tal como uma denegação, a serviço do recalque de seu oposto*” (COUTINHO JORGE, 2010, p. 189). Foi o que pudemos observar no caso de Ruan, uma vez que, ao longo da entrevista, quando apontamos os constantes furos e incongruências no discurso do adolescente, este acaba dizendo: “é que quando eu tinha 9 anos, meu pai começou a namorar, logo depois se casou e foi para outra casa, eu tinha muitos ciúmes do meu pai”.

Nesse momento, observamos que foi algo relacionado à trama edípica que compareceu na demanda de Ruan de ir morar com a genitora. Demanda esta que, ao ser respondida, tanto pela mãe, quanto pela família paterna, sem averiguar o que havia por trás dela, acabou por levar o adolescente a uma série de atuações para chamar atenção da família para o que lhe ocorria, para o desamparo diante do qual se viu jogado quando seu pai se casou.

Na sequência de sua fala, Ruan passa a relatar o que ocorreu em sua vida após a ida para casa da mãe: ele, que sempre havia estudado em colégio particular e nunca repetido de ano, passou a estudar numa escola pública e nunca mais passou de ano. Deixou o curso de

inglês. Iniciou consumo de maconha e outras drogas. Na favela, local em que sua mãe mora, passou logo a conhecer todo mundo, fazendo amizade com os garotos da boca e trabalhando esporadicamente com eles. Diante de tantas perdas enumeradas pelo adolescente, nos ocorre de lhe dizer: “é, parece que ir morar com sua mãe foi um tiro no pé”. Imediatamente, as lágrimas começam a escorrer do rosto de Ruan, silenciosamente, mas sem parar. Parece que ele reconheceu ali algo da sua própria verdade, verdade esta que ele imprimiu no real do corpo no momento de seu encontro com a polícia.

De acordo com Martinho (2005), antes que o sintoma seja transformado em enigma, faz parte da vida do sujeito, algo com o qual ele se acostumou, podendo ser considerado como um signo: aquilo que representa alguma coisa para alguém. Quando esse sintoma é transformado em questão, aparece como a própria expressão da divisão do sujeito. Assim, para esta autora, o lugar do psicanalista na instituição é o de provocar os sujeitos para que eles elaborem, produzam um saber deles próprios, mesmo que este saber seja apenas a perplexidade, pois isso já é suficiente para que o sujeito elabore alguma coisa.

Para Dzu (2005), se há um saber articulado no inconsciente, advir à posição que produz significantes fundamentais de sua história, de sua constelação simbólica, já é responsabilizar-se pelo gozo que moveu o ato criminoso - em nosso caso, o ato infracional - haja vista que o termo responsabilidade recebe sua origem do latim *respondere*: responder diante de um Outro.

É fundamental, portanto, operar uma escuta, porque esta poderá implicar um outro que fala. Sem este elemento, não há medida sócioeducativa ou mesmo punitiva que atinja seu objetivo. É nesse sentido que Lacan (1959-60/2008) não cessou de afirmar que a psicanálise não é um idealismo ou ética do Bem Supremo, mas ética do Bem-dizer, apontando a falácia de querer-o-bem-do-sujeito, já que este, constituído a partir do real, resiste a qualquer tentativa de pastoral apregoada pela moral.

Este, no entanto, foi nosso único encontro com Ruan. No dia seguinte ele foi transferido para uma unidade do Departamento de Ações Sócio-Educativas na cidade de Barra Mansa, onde sua família reside. Entramos em contato com a equipe técnica desta unidade de forma a indicar a pertinência de que os atendimentos psicológicos ao adolescente tivessem continuidade, mas não sabemos se tal ocorreu. A importância da continuidade aos atendimentos de Ruan pode ser justificada pelas palavras do próprio Lacan (1959-60/2008):

é a partir do momento em que falamos de nossa vontade, ou de nosso entendimento, como faculdades distintas que temos pré-consciência, e que somos capazes, com efeito, de articular num discurso algo desse palavrório pelo qual nos articulamos em

nós mesmos, justificamo-nos, racionalizamos para nós mesmos, em tal ou tal circunstância, o encaminhamento de nosso desejo (LACAN, 1959-60/2008, p. 78).

Referências Bibliográficas:

ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal 8069/1990.

COUTINHO JORGE, M. A. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan – vol. 2: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

DZU, R. Discurso jurídico e discurso analítico: sobre a responsabilidade do sujeito e as penas alternativas. In: Mello de Lima, M.; Altoé, S. (Orgs.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p.198-214.

LACAN, J. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-60]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. A ciência e a verdade [1966]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 869-892.

MARTINHO, M. H. O sujeito e o laço social: que lugar para o psicanalista fora do consultório? In: Mello de Lima, M.; Altoé, S. (Orgs.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p.184-197.

ZEITOUNE, C. Ética, lei e responsabilidade – considerações sobre atendimento clínico aos adolescentes em conflito com a lei. *Revista aSEPHallus (Online)*, v. 4, n.8, p.43-60. Disponível em: www.nucleosephora.com/asephallus/numero_08/artigo_03_port.html Acesso em: 20 mai. 2013

**PSICANÁLISE E CLÍNICA AMPLIADA: O DISCURSO PSICANALÍTICO NA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Gardênia Holanda Marques

Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.

E-mail gardeniamarques@ymail.com

Karla Patricia Holanda Martins

Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC.

RESUMO

A psicanálise nas instituições vem ganhando espaço nos últimos anos. Esse novo lugar de atuação da prática analítica nos permite pensar sobre a clínica ampliada e sua relação com a ética da psicanálise. A atuação nessas instituições passa pelo trabalho em equipe multidisciplinar, então, como a psicanálise poderá inserir-se nesse meio e fazer *causa* para que algo do inconsciente possa emergir? Para pensar tal proposta, faremos um diálogo entre Freud, Lacan e psicanalistas da atualidade que vêm teorizando sobre o assunto, a partir de suas respectivas inserções no campo. Também traremos a experiência que as autoras têm em instituições de saúde (hospital).

Palavras-chave: Clínica ampliada, ética; Psicanálise, Instituição.

ABSTRACT

The use of psychoanalysis in institutions has being increased along the last years. These new places of operating instigate us to think about the expanded clinic and its relationship with the ethic of the psychoanalysis. The performance of the psychoanalysis is part of a multidisciplinary teamwork, so how can the psychoanalysis be part of this environment and to cause with the intent of something from unconscious could emerge? With this in mind, we will create a dialogue involving Freud, Lacan and psychoanalysts of today that theorizes about this subject, as from there insertion in field. We will also treat about the experience of the writers about health institutions (hospitals).

Key-words: Expanded clinic, ethic, psychoanalysis, Institution.

A psicanálise nas instituições vem ganhando espaço nos últimos anos. Pensar na possibilidade da clínica ampliada incita questões referentes à ética da psicanálise. Machado e Chatelard (2013) apontam que a entrada da psicanálise nos hospitais deu-se no início da década de 70 com os trabalhos de Sonia Alberti e Consuelo de Almeida no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte com Marisa Decat.

Inicialmente, a psicanálise encontra obstáculos por parte dos próprios analistas e dos outros profissionais que compõe a equipe de saúde. As discussões levavam em consideração a entrada da mesma nesses lugares por pensar que poderia se distanciar da essência da psicanálise.

As resistências eram tanto por parte da instituição quanto por parte dos próprios psicanalistas, que recusavam a autenticidade de um trabalho analítico fora do “*setting* analítico” – enquadramento que define o número de sessões, a duração do tempo de cada uma e o mobiliário da sala de atendimento. (MACHADO; CHATELARD, 2013, p.447)

Sabemos que a psicanálise continua recebendo críticas por sua permanência no hospital, mas defendemos que a sua permanência é coerente com os pressupostos freudianos na medida em que tenta manter o rigor teórico e clínico apontado pelo pai da psicanálise. Freud, nos escritos técnicos, coloca que a principal regra da psicanálise é a associação livre, ou seja, a fala do paciente sobredeterminada pelas vias do seu desejo inconsciente. Entretanto, a escuta dessa fala deve partir de uma atenção flutuante do analista. Se há um analista que escute, há a possibilidade do aparecimento do sujeito do inconsciente.

A psicanálise no hospital é uma aposta: a aposta no inconsciente e na suposição de que ali há um sujeito, frente à sua divisão e desejo. A questão, então, que se coloca é que posição a psicanálise pode ocupar nesses lugares? Que giro no discurso faria a psicanálise para que sua entrada em um lugar que difere da clínica privada produza efeitos em uma clínica ampliada sem desconsiderar o estatuto próprio da psicanálise?

Laurent (2007) considera que o analista deve entender sua função diante da posição que ocupa e questionar o que está em jogo, colocando a particularidade de cada um sem fazer menção a uma universalidade “humanizante”.

A direção ética que a psicanálise assume na instituição deve encontrar meios de sustentar sua intervenção nesse lugar, nas palavras de Rinaldi:

Na instituição ela está entre muitos “técnicos” e não se trata de fazer valer ali a sua especialidade, tomando a instituição como sala de espera de seu consultório, mas de sustentar uma prática fundada em uma ética que coloque o sujeito, sua fala, seus atos como eixo do trabalho clínico (RINALDI, 2011, p.182)

Freud ao tomar a clínica como “descoberta” (1927/2006) anuncia que a psicanálise não se refere apenas a psicoterapia e que ela deve ser construída na relação com o inconsciente. Lacan e Freud sempre nos alertaram que a psicanálise deve acompanhar as mudanças subjetivas de nossa época. A psicanálise deve lidar com o real que lhe apresenta. Portanto, parafraseando Lacan, não recuemos diante da instituição.

Nas instituições, somos tomados pela lógica de eficácia ligada aos efeitos rápidos e visíveis que teriam que responder a uma lógica institucional ligada ao bem estar. Em Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1913/2006), Freud alerta que embora a psicanálise produza efeitos não podemos determinar de antemão exatamente quais resultados serão produzidos, pois como afirma Moretto

O psicanalista não se presta a transformar o seu trabalho num trabalho adaptativo, referenciado em padrões de patologia e normalidade que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um. Em psicanálise existem normas, sem dúvida alguma, mas estas se limitam às normas do desejo de cada um (MORETTO, 2006, p. 53).

Portanto, quando entramos em cena não é para fazer com que o paciente ou familiar atenda às regras da instituição, seja mais “paciente” e colaborador, mas permitir que o sujeito apareça. O efeito que a psicanálise produzirá dependerá de cada caso, da direção a que cada uma levará. E esses efeitos deverão ser as conseqüências e não o objetivo do processo terapêutico. O efeito que a psicanálise produz, como Moura (2007) nos relata, depende do psicanalista, pois é ele que direcionará, através do manejo da transferência e do discurso trazido pelo sujeito, os caminhos a serem traçados bem como o surgimento do sujeito do inconsciente.

Nas instituições de saúde, o trabalho passa pela equipe. Há o contorno do vazio de saber. São diversos profissionais que tentam lidar com o todo do saber, mas há algo que insurge do real e que faz furo, o paciente, e aí se deparam com o não todo do saber.

O que se partilha é o que se *recolhe de cada caso*, a cada intervenção, para se tecer um saber. Como mais uma indicação da psicanálise, o que se recolhe são os elementos fornecidos pelo sujeito, como pistas para a direção do tratamento, para o chamado 'projeto terapêutico'. Essa tessitura é que aponta o caminho a seguir a cada caso, a cada tempo, pois há retificações a fazer freqüentemente, dependendo do rumo do caso, a partir de novas indicações do sujeito (FIGUEIREDO, 2005, p.45).

O trabalho em equipe apresenta um paradoxo. Por um lado, há um trabalho coletivo na medida em que há o partilhamento das informações, a elaboração de um plano de tratamento; por outro a responsabilidade de cada um pelo seu ato. Caminhamos enquanto profissionais muito sozinhos. A clínica de cada profissão é realizada no um a um, com o paciente. O que

pode ser realizado em conjunto é a partilha de algumas informações que são relevantes para o trabalho em equipe. É por isso, que o trabalho ou o saber é não todo, porque se constitui com elementos parciais, com indicações a partir do sujeito, pois para a psicanálise quem determina que direcionamentos seguir é o sujeito.

Pensemos no exemplo de uma situação vivenciada por uma das autoras em uma clínica de hemodiálise. Uma paciente que chamaremos de Lis, faz hemodiálise há 3 anos. Não se conforma com o fato de fazer a diálise. Falta quando quer, não segue o tratamento correto (alimenta-se mal, não toma os medicamentos nos horários determinados, excede na ingestão de líquido). A paciente trazia em sua fala uma relação de dependência aos outros e apresentava devaneios e sonhos sobre o morrer. Em um determinado dia, Lis pediu para sair da diálise, pois dizia que não estava bem. Ameaçou as auxiliares e enfermeiras, afirmando que se não desligassem a máquina ela mesma “puxaria” os fios. Levanta-se da cadeira repetidas vezes. A paciente queixava-se de que ninguém lhe dava atenção e que mesmo estando com febre não recebia os cuidados necessários da equipe. Estava na sala de diálise quando ela começou a chamar pela enfermeira. Esta me olhou e disse: “Tá vendo, todo dia é assim! Você pode ir lá, enquanto eu resolvo isso?” Fui até a paciente e perguntei por que ela pedia para sair. Ela ainda nervosa e falando alto tenta elaborar sua dor e alguns momentos depois acalma-se e começa a falar sem tanta pressa. Entretanto, durante o atendimento, a equipe, sem avisar, aplica um medicamento na paciente e a faz dormir. Enquanto o procedimento estava sendo realizado, foi perguntado se ela aceitava a aplicação do remédio afirmando que este era para controlar a sua dor. A paciente que antes não havia aceitado o medicamento, desta vez faz um sinal com a cabeça permitindo a introdução do mesmo em seu corpo. Entretanto, o que se aplicava era um diasepan. Assim a fala da paciente foi sumindo até o seu súbito adormecer. Com seu ato, o sintoma é silenciado, bem como qualquer saber produzido sobre o mesmo.

Após o ocorrido, fui conversar com a enfermeira responsável por tal ação. Perguntei o que estava acontecendo? E ela disse: “- Eu dei um diasepan, liguei pra médica e disse que ela não estava querendo dialisar. - Que conversa é essa? Ela tem que dialisar querendo ou não. Não é ela quem decide” (sic). Nesse mesmo dia, a enfermeira complementa: “- Essa menina precisa de atendimento, ela não é normal. Eu não agüento mais. Ela cansa a gente” (sic).

A decisão da continuação do tratamento com a interrupção da fala da paciente não passa pela mesma, mas pela enfermagem, pela medicina, pela instituição. A equipe representada aqui pela enfermagem ocupa a posição de mestria, sustentado pelo significante

S- saber-, assim como no discurso do mestre. O giro no discurso que possibilita a mudança de posição passando do S para S barrado (sujeito) é o ato analítico.

É na produção de giros no discurso, pela consideração de cada caso singular que algo do discurso do analista pode operar. Sublinhemos: operar sem pretender resolver. Não com o sentido heróico da revolução (retorno ao ponto de partida, como um saber entre outros no campo dos saberes), mas incluindo a consideração do *não todo* num laço discurso (COSTA, 2009, p.247).

O ato analítico produz o giro no discurso fazendo o sujeito entrar em questão. É o efeito produzido a partir do ato que produz a subjetivação, ou seja, faz emergir algo do sujeito do inconsciente, algo do desejo, muda-se da posição de um todo saber, que não dá conta, para não-saber que diz da realidade de cada um. Quando Lacan no seminário 17 coloca que o analista ocupa uma função e de que ele deve chegar a esse lugar, trata-se na verdade de que o analista não é um substantivo, ou seja, não é algo de uma nomeação, mas de uma ação, de um verbo. É um lugar não posto, mas chegado. O que o analista institui, segundo Lacan (1969/2008), é a histerização do discurso, é a entrada estrutural do sujeito no discurso, é a entrada do saber no lado do sujeito.

A equipe de saúde, por vezes, é sustentada por um paradigma de uma ciência que busca aliviar o sofrimento e salvar vidas. Quem responde por isso é o médico já que ele é o responsável direto pelo paciente na instituição de saúde. As formas de se conseguir tal objetivo não consideram a escuta do sujeito. O que se tenta justificar é um ideal de bem-estar ocasionado pelo tratamento e que é essencial para a manutenção da vida. A equipe cola no significante-saber, ordenado pelo campo do biopoder.

O ideal de cura ou bem-estar que está em jogo na instituição é voltado para a busca de uma felicidade que encontre Sabemos que ali há um mal-estar. Por um lado, a equipe cala algo, por outro a insurgência de um incomodo no real do corpo que tenta conquistar atenção.

A psicanálise encontra-se ali também para apontar os limites de cada um. O trabalho nas instituições também passa pela escuta da equipe. Quando decidiram pela aplicação do medicamento, não consideraram a presença da intervenção do analista na situação. Ele estava com a paciente realizando sua escuta e de repente é interditado. Há um muro passando entre o dito e o não dito, ou entre ditos. O que fazer? A escuta agora volta-se para a equipe.

No trabalho em equipe o espaço de cada um deve ser definido e respeitado para que seja possível um trabalho coletivo. Caso contrário, que sentido teria o psicanalista ali se o que interessa é o silêncio? É essa tentativa de resgate da fala, do incomodo, de indagar o mal estar que o psicanalista pode iniciar o seu trabalho na instituição.

Há uma crença de que a ética que está em jogo é a ética do bem. A ética aristotélica no qual se busca a felicidade e que os caminhos para alcançar tal objetivo não podem ser impedidos, portanto nenhuma ética poderá se opor a essa. Os progressos para a saúde transcendem aos sujeitos. A psicanálise entra em jogo para resgatar o sujeito que fora foracluído pela equipe. A função do analista na instituição é o de trazer à tona o sujeito, colocá-lo em questão para a equipe.

Referência Bibliográfica:

CHATELARD, D. VAL MACHADO, M. A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. *Tempo psicanalítico*, v. 44, n2. Rio de Janeiro, 2012, p. 445-467.

COSTA, A. Sobre o saber na pesquisa e intervenção no campo social. In: Caldas, H.; Altoé, S. (Org.). *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2011, 239-248.

FREUD, S. Análise Leiga [1926]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v.20.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v.12.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, ano 3, n. 5. Barbacena: 2005, p. 44-55.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* [1969]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

MOURA, M. D. Psicanálise e hospital: se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele? *Epistemo-somática*, v.4, n2. Belo Horizonte: Clínica de psicologia e psicanálise do hospital Mater Dei, 2007.

RINALDI, D. Psicanálise e Saúde Mental: a pesquisa na universidade. In: Caldas, H.; Altoé, S. (Org.). *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2011, p. 175-184.

PSICANÁLISE E SAÚDE: SOBRE A INVENÇÃO³⁰

Ana Claudia Marinho Soares

Psicóloga, Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise - UERJ, Doutoranda em Teoria Psicanalítica - UFRJ

E-mail: ana_soares@oi.com.br

³⁰ Este artigo é parte da Tese em andamento “Errância: para além do erro, a invenção” orientada pela Prof^a Dr^a Angélica Bastos, do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RESUMO

O presente trabalho discute a questão da invenção. Partimos da questão: por que é preciso inventar? A vida e o real nela em jogo nos coloca diante de problemas que nos desafiam a inventar uma forma de habitar no mundo. A experiência subjetiva é composta pelos três registros: Real, Simbólico e Imaginário. O sinthoma, como quarto elo, se faz necessário para o enodamento dos registros. Sempre lembrando que o artista precede o analista, recorreremos ao artista James Joyce para nos ensinar sobre a questão da invenção.

Palavras-chave: saúde, invenção, sinthoma.

RESUME

Cet article traite de l'invention. Nous partons de la question: pourquoi est-il nécessaire d'inventer? La vie et le réel en jeu nous confronte à des problèmes qui nous interpellent à inventer une manière d'habiter le monde. L'expérience subjective est composé de trois registres: Réel, Symbolique et Imaginaire. Le sinthome comme une quatrième anneau, il est nécessaire pour le nouage des registres. Rappelant toujours que l'artiste précède l'analyste, a fait appel à l'artiste James Joyce à nous apprendre sur la question de l'invention.

Mots-clés: santé, invention, sinthome.

Partimos da seguinte questão: Por que o sujeito precisa inventar? Todo ser falante tem que lidar com o real. Esse ‘todo’ indica um universal. Há um corpo que pulsa e não importa o que façamos, ela, a pulsão, sempre exigirá satisfação. Isso nos coloca problemas, nos põe diante do mal-estar na civilização, dos infortúnios, dos sofrimentos e da estranheza da vida. Ante o encontro com o real, precisamos encontrar maneiras de lidar com ele. A vida e o real nela em jogo nos desafiam a inventar uma forma de habitar no mundo. Lacan, ao longo do seu ensino, demonstrou que a experiência subjetiva é composta por três registros: Real, Simbólico e Imaginário. Não há realidade dada, *a priori*. Ela depende de os registros estarem articulados. A invenção se faz necessária para tal enodamento, para que o sujeito ordene seu mundo, e aqui entramos no terreno da singularidade, pois a forma de corrigir a falha do nó é única. Trata-se do *sinthoma*, “o que há de mais singular em cada indivíduo” (LACAN, 1975-76/2007, p. 163). Em psicanálise sempre se busca algo de singular, único, incomparável.

“Todo mundo é louco, ou seja, delirante.” É o que conclui Lacan (1979/2010, p. 31), em um de seus últimos textos publicados, ao colocar em questão o ensino da psicanálise na universidade, no caso a Paris VIII (Vincennes/Saint Denis) onde se encontra o Departamento de Psicanálise. Isso no contexto freudiano da educação e da psicanálise como sendo da ordem do impossível. Porém, isso não deve servir como desalento e sim como desafio para os analistas. Freud não recuou diante disso, tampouco Lacan. Por que todo mundo é delirante? Porque não existe a ideia de normalidade ou de uma saúde mental universal. Mais ainda, Lacan sustenta que não há relação sexual! Não há encaixe, não há complementaridade, a ideia de completude do mito de Aristófanes, o personagem que, em *O Banquete* de Platão, fez um discurso sobre o amor assentado na busca do homem por sua outra metade.

O que esse aforismo de Lacan explicita é que todo sujeito terá que se virar frente ao real, terá que inventar uma solução diante da inexistência da relação sexual. Como explica Miller (2011, p. 87) “o *sinthoma* singular é também uma verdade que se expressa: *Todo mundo é louco, todo mundo faz uma elucubração de saber sobre o sinthoma*”. Quer dizer, todos elocubram, realizam um trabalho prolongado e incessante de saber sobre o modo de gozar. Ao afirmar que todo mundo delira, Lacan aponta que toda relação precisa ser construída, trata-se de uma invenção. Isso é delirante porque não há relação previamente concebida, quer seja determinada geneticamente ou por instintos. A resposta diante do indizível é sempre uma construção. Se não tem relação, então temos que inventar. Para habitar o mundo e fazer laço social todo ser falante, independente de sua estrutura clínica, terá que

inventar o seu modo. O quarto elo, o *sinthoma*, é necessário. Na neurose, por exemplo, o Nome-do-Pai (NP) é esse quarto elo.

Nome-do-Pai em sua primeira versão, como estabeleceu Lacan no seminário sobre *As psicoses* refere-se à rejeição de um significante primordial. Nome-do-Pai como a estrada principal, significante primordial que orienta a rede de significações. Ele tem a função de um ponto de basta, o que permite com que haja uma ligação entre significante e significado. Quando o ponto de basta não se sustenta, aparece a psicose, com suas alucinações. Um mundo de significados para um significante. Será definido ainda como “o significante do Outro como lugar da lei” (LACAN, 1958/1998, p. 590) ou o representante da lei no campo do Outro. Com a pluralização do Nome-do-Pai, trabalhada por Lacan (1974-75) a partir do seminário 22: *R.S.I.*, isso muda e começa a aparecer a função de nomear. Nome-do-Pai é o que dá nome às coisas: O nome do pai é o pai do nome. Dessa forma, a pluralização se desloca a caminho da invenção.

Entretanto, o NP é apenas um tipo de amarração, há várias. Se no primeiro ensino de Lacan, a presença ou ausência do NP era determinante para a estrutura, no segundo, com a pluralização do Nome-do-Pai, são colocados em evidência os diferentes modos sintomáticos de amarração dos três registros que compõem o nó: real, simbólico e imaginário. O uso desse nó dá consistência ao que se verifica na prática clínica. Não há uma ruptura com as formulações do primeiro ensino. Estas não se perdem, mas são relidas a partir das novas considerações colocadas pela clínica dos nós.

Tema do seminário 23 de Lacan *O sinthoma* (1975-76/2007) faz parte da assim chamada clínica dos nós que leva em conta o fato de os diagnósticos não serem tão evidentes. Em um mundo onde não há relação, será preciso descobrir maneiras de se construir relação. Relação esta que é amarrada pelo quarto elo, pois se desatarmos, por exemplo, um dos três registros do nó borremeano, *RSI*, os demais se separam, pois não há nada que ligue diretamente um elo ao outro. Os registros não se misturam e não há relação entre eles. Só com três não se sustenta. É preciso de quatro sempre. É o quarto elo quem faz a amarração e este é chamado de *sinthoma*, o qual é diferente de sintoma. Este é aquilo de que o sujeito se queixa, enquanto aquele é o que estrutura a vida psíquica, o que amarra os três registros (JIMENEZ, 2005). Ou seja, o sintoma é curável; o *sinthoma* não. Este é aquilo que não é possível tirar do sujeito porque faz parte dele e sem isso, ele não se reconheceria mais. Nesse caso, a função dos psicanalistas deve ser reconhecer o que está fazendo função de *sinthoma*, ou seja, o que

mantém amarrados os registros, e preservá-lo. Ou, então ajudar o sujeito a construir esse quarto elo, ali onde essa função não está presente.

Esse seminário foi dedicado ao escritor James Joyce. Lacan estava interessado nele como uma maneira de avançar certas ideias em psicanálise. Como destaca Marie-Hélène Brousse (2007, p. 13), ele não discute sobre esse artista “para demonstrar que Joyce era psicótico, embora aconteça de ele fazer essa hipótese. O que o interessava em Joyce era aprender dele a via pela qual um sintoma pode ser definido de uma maneira diferente da definição clássica de sintoma em psiquiatria e em psicanálise”. Com o auxílio do exemplo de Joyce, Lacan inventa não apenas uma nova definição, mas também uma nova função do que é o sintoma em psicanálise. Conclui que este é um exemplo perfeito de que o artista ensina ao psicanalista e Joyce ensinou a Lacan o sentido do sintoma naquele momento na história da língua. O que está em jogo aqui é muito mais um novo saber sobre o ser falante, o *sinthoma*, do que um diagnóstico. A ênfase recai no saber fazer com isso que lhe acomete e não numa limitação nosológica.

Partindo de uma questão sobre a arte: “Em que a arte, o artesanato, pode desfazer, se assim posso dizer, o que se impõe do sintoma?” Lacan (1975-76/2007, p. 23) inicia este seminário, introduzindo o novo conceito de *sinthoma*. Para responder tal questão, ele se vale da vida e da obra do escritor irlandês James Joyce, famoso por ter realizado uma nova literatura, nos ensinando uma nova maneira de estabilização. Lacan considera “o caso de Joyce como respondendo a um modo de suprir um desenodamento do nó” (1975-76/2007, p. 85). Nesse sentido, a arte de Joyce teria feito um papel estabilizador, funcionando como *sinthoma*. Especialmente o sentido inventivo que este escritor deu à literatura, fazendo um uso original e livre da linguagem, a ponto de “impor à própria linguagem um tipo de quebra, de decomposição, que faz com que não haja mais identidade fonatória” (1975-76/2007, p. 93). Possivelmente como uma reação contra as falas impostas, não se submetendo ao Outro da linguagem.

Nesse seminário de Lacan, observamos um deslocamento de uma importante questão da clínica psicanalítica: ‘A partir de quando se é louco?’ Para o seu avesso: ‘Como é que se pode não ser louco?’ Questão por trás das ‘falas impostas’, sobre as quais Lacan questiona o fato de o homem dito normal não perceber que a “a fala é um parasita, que a fala é uma excrescência, que a fala é a forma de câncer pela qual o ser humano está afligido” (1975-76/2007, p. 92). Joyce percebe isso e reage, quebrando e dissolvendo a própria linguagem.

Real, simbólico e imaginário, são registros distintos, mas que não estão totalmente disjuntos, visto que não dá para pensar um sem o outro. Inclusive, o desenlace desses registros causa problemas ao sujeito. Um belo exemplo disso nos é dado por Joyce, através de Stephen, em *Retrato do artista quando jovem*, quando apanha de palmatória por não estar escrevendo sua tarefa. O prefeito dos estudos, não acreditando que o menino havia quebrado seus óculos despropositadamente, o repreende violentamente, batendo nas mãos dele com palmatória, fazendo a “mão trêmula [do menino] revirar toda como uma folha ao fogo”, “o seu braço arriava e a sua mão entortada e lívida abanava como uma folha solta no ar” (1916/1987, p.61).

O corpo como objeto – um pedaço do corpo, a mão, como uma folha solta no ar, como um objeto que se desprende do corpo. No caso de Joyce, real e simbólico encontram-se enlaçados, enquanto que o imaginário estaria solto. Esse imaginário é o do corpo, configurando o que se solta, deixando-se cair. Outra referência é o episódio da surra também descrita no *Retrato*: no momento em que Stephen defende Byron como o maior poeta, seus colegas batem nele, acusando-o de herege. Porém, após o ocorrido, o jovem não experimenta nenhuma cólera, “tinha sentido que certa força o houvera despojado dessa súbita onda de raiva tão facilmente como um fruto é despojado de sua mole casca madura” (1916/1987, p. 91). Nessa metáfora, algo que se destaca como uma casca, Lacan (1975-76/2007, p. 146) observa que Joyce tem uma relação com seu corpo próprio sob a forma de “deixar cair”. E cai por não haver algo que suporte o corpo como imagem.

Há lapso no nó de Joyce, localizada por Lacan na seguinte falha: o elo correspondente ao imaginário passar por cima do correlativo ao real, ao invés de passar por baixo, deixando cair o imaginário que “desliza, exatamente como o que acontece com Joyce depois de ter levado aquela surra” (1975-76/2007, p. 147). Existe erro no nó e por isso tem que se encontrar um jeito de corrigi-lo. Lacan vai dizer que o lapso do nó é corrigido pelo *sinthoma*. É este que, como quarto elo, vem a enlaçar o imaginário – o corpo e seus afetos, que estavam soltos – ao real e simbólico, já anteriormente encadeados. Em Joyce, a escrita é esse quarto elo. O retrato do artista, segundo Lacan, representa o que Joyce fez para construir seu ego, uma vez que “Stephen é Joyce na medida em que decifra seu próprio enigma” (1975-76/2007, p. 67). O escritor irlandês fez um nome com sua obra. Conseguiu afetar o outro com seu texto e dar trabalho aos universitários.

Em *O Seminário, livro 23: o sinthoma* (1975-76/2007), Lacan problematiza a questão da invenção e se posiciona como o inventor do real, sendo este o seu *sinthoma*. Ou seja, o quarto elo que permite aos três registros – simbólico, imaginário e real – se manterem

enlaçados no nó borromeano. Para falar deste nó, Lacan (1975-76/2007, p. 71) nos remete à costura, pois é de “suturas e emendas que se trata na análise”. Assim como as tecelãs tecem delicadamente fio por fio de um tecido, um trabalho de análise pressupõe a costura, algo artesanal, do nó.

Nos primórdios da psicanálise, Freud percebeu que símbolo e sintoma estavam articulados e assim, o sintoma histérico era tratado como a expressão de uma linguagem cujo sentido oculto poderia ser encontrado. Aí temos o discurso do inconsciente, no qual um significante liga-se a outro produzindo um outro sentido. Com Joyce, Lacan notou um outro enlace possível da linguagem, não mais visando o sentido, mas a produção de gozo. Na conferência “Joyce, o sintoma” (1975-76/2007), realizada cinco meses antes do início de seu Seminário dedicado a Joyce, Lacan deixa bem claro a diferença entre símbolo e sintoma e a justificativa da escolha deste último para se referir a Joyce. Embora o título venha escrito com o termo tradicional, ‘sintoma’, nele já aparece a distinção “entre o pai como nome e o pai como aquele que nomeia, este último suscetível de pluralização, segundo artifícios de nomeação que cada um forja” (Bastos, 2008, p. 355).

Podemos perceber na leitura da obra de Joyce, especialmente em *Finnegans Wake*, que ele inventava palavras. Mais ainda, Joyce inventou uma nova literatura, feita não para se ler, mas para se escutar, privilegiando não mais o sentido e sim o gozo. Para ele, seus livros não deveriam ler lidos, mas escutados como música. Numa única palavra, por exemplo, *riverrun* que abre o *Finnegans* (JOYCE, 1939/2004), ressoa:

o francês *riverain* (ribeirinho), o italiano *riverranno* (voltarão a vir), o francês *rêverons* (sonhemos), além, claro, do inglês *river run* (um rio que corre, ou um trecho de um rio) e da possibilidade de um *river ann* (rio Ana, nome da protagonista), todas possibilidades, diga-se de passagem, em estreita consonância com temas e ideias da abertura do romance. E todas possibilidades simultaneamente válidas. E nenhuma plenamente realizada. (GALINDO, 2010, p. 295)

Joyce busca o ‘novo’ a fim de dotar sua obra de originalidade. Ele inventa artifícios estilísticos, neologismos. Parece brincar com as infinitas possibilidades do uso da língua, aliás, diversas línguas. Antes de criar suas histórias faz um estudo criterioso, seja em relação à descrição fiel da cidade de Dublin, seja em relação ao estilo do “fluxo da consciência”, a partir da análise do monólogo interior de Dujardin. Mais que um falasser, Joyce é um “escritosser [scriptuêtre], já que dele temos a escrita” (MILLER, 2011, p. 83). Joyce soube fazer com seu sinthoma, servindo-se de sua singularidade ou daquilo que se chama comumente como “meu jeito”, de certa precariedade que poderia ser tida como desvantagem, mas não por ele. O sinthoma vale para todos uma vez que a singularidade do sinthoma está

para todos. Todos precisam inventar um modo de habitar o mundo, mas nem todos precisam fazer uma obra, como fez Joyce. O que podemos concluir preliminarmente é que a inexistência da relação, o impossível, é um convite à invenção!

Referências Bibliográficas:

BASTOS, A. O sinthoma: uma questão de escrita. *Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica*, v.11, n.2, p. 354-356, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/agora/v11n2/a14v11n2.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BROUSSE, M-H. Art, the Avant-Garde and Psychoanalysis. *Lacanian Compass*, v.1, n.11, p. 4-13, 2007. Disponível em:
<<http://lacaniancompass.files.wordpress.com/2011/05/lacaniancompass111.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

GALINDO, C. The Finnecies of music wed poetry: A música e o Finnegans Wake. *Scientia Traductionis*, n.8, p. 288-299, 2010. Disponível em:
<<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/scientia/article/view/1980-4237.2010n8p299>>. Acesso em: 01 Jun. 2013.

JIMENEZ, S. Sinthoma e fantasia fundamental. *Latusa digital*, n. 12, 2005. Disponível em: <http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_12_a2.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2011.

JOYCE, J. *Retrato do artista quando jovem* [1916]. Rio de Janeiro: Ediouro, 1987.

_____. *Finnegans Wake / Finnicus Revém* [1939]. Cotia: Ateliê Editorial, 2004.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. [1958] In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 537-590.

_____. *O Seminário, livro 22: R.S.I.* [1974-1975]. Inédito.

_____. *O Seminário, livro 23: o sinthoma* [1975-1976]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes! [1979] *Correio: revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, v. 1, n. 65. São Paulo: EBP, 2010, p. 31-32.

MILLER, J-A. Genio del psicoanálisis. *Virtúalia*, n. 7, 2003. Disponível em:
<<http://virtualia.eol.org.ar/007/default.asp?notas/jamiller-01.html>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

_____. *Perspectivas dos Escritos e Outros Escritos de Lacan: entre desejo e gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

**ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO NA PSICANÁLISE E
NA PSIQUIATRIA**

Deborah Lima Klajnman

Psicóloga (UFF). Especialista em Clínica Psicanalítica (UFRJ/IPUB). Mestranda (UERJ)

E-mail: deborah.kla@gmail.com

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar o lugar do diagnóstico em psicanálise e psiquiatria. Esta diferenciação se torna clara na medida em que é apontada na própria história do nascimento da psicanálise. O diagnóstico diferencial psicanalítico nos serve à medida que aponta para uma direção de tratamento, mas ao mesmo tempo o diagnóstico não pode ser feito antes do início do tratamento, o que se opõe a psiquiatria em que o diagnóstico deve ser realizado para que então o tratamento se inicie.

Palavras-chave: diagnóstico, psicanálise, psiquiatria.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo investigar el lugar del diagnóstico en psiquiatría y psicoanálisis. Esta distinción es evidente en la historia del nacimiento del psicoanálisis. El diagnóstico diferencial en psicoanálisis sirve para apuntar una dirección de tratamiento, pero al mismo tiempo no se puede hacer el diagnóstico sin la iniciación del tratamiento, que se opone a la psiquiatria donde el diagnóstico debe realizarse antes del inicio del tratamiento.

Palabras clave: diagnóstico, psicoanálisis, psiquiatria.

Recorremos à história da psicanálise para compreender o lugar do diagnóstico na clínica psicanalítica, recuperando o momento do seu nascimento como um novo campo de estudo. Como sabemos, a psicanálise é derivada da ciência moderna, apesar de não se reduzir a ela: Freud enquanto médico, procurando o alívio de seus pacientes neuróticos descobre novos fatores que o faz avançar para outro campo, o do inconsciente, que vem instaurar uma nova proposta discursiva, não equivalente a medicina. Devido a essa origem, para estudar o diagnóstico em psicanálise, torna-se indispensável investigar a lógica do diagnóstico médico, mas especificamente o da psiquiatria e para que se compreenda de que lugar e em que contexto a psicanálise nasceu. Destacamos esta área da medicina já que tanto Freud, que funda a psicanálise, quanto Lacan, que faz uma releitura da obra freudiana, possuem sua primeira formação em medicina, nas especialidades de neurologia e psiquiatria respectivamente.

Para a psiquiatria do século XIX era fundamental discernir a cerca da existência ou não de uma lesão anatômica relacionada a determinados sintomas. A partir desta ideia, formavam-se dois diferentes tipos de doenças: as com sintomatologia regular e que podiam ser observadas pela anatomia patológica devido às lesões orgânicas e as neuroses, que eram identificadas através da ausência dessas lesões e quando a sintomatologia não era apresentada de forma regular. Nesses casos, a histeria era diagnosticada e em seguida muitas vezes deixada de lado. No entanto ela interessava a Charcot e também a Freud, pois ambos acreditavam que a histeria era uma doença funcional e que não se tratava de uma simulação, como muitos psiquiatras anteriores a década de Freud afirmavam ser. Em um primeiro momento, a psicanálise nascia como uma terapêutica auxiliar, a partir de uma doença em que muitos profissionais não tinham motivação para estudar. (FREUD, 1886/1956)

Assim, nesse período, quando Freud ainda estudava e trabalhava com a hipnose, o diagnóstico já era uma questão. Ainda trabalhando como neurologista dedicava-se a diferenciar a doença orgânica da histeria, utilizando a hipnose apenas em casos já diagnosticados como neurose histérica, casos de dependências ou em outros em que não era clara a etiologia orgânica (FREUD, 1891/1969). Podemos entender que nesse período ainda havia a lógica diagnóstica médica predominante, isto é, para que o tratamento hipnótico fosse realizado era necessário uma avaliação diagnóstica prévia que apontasse para uma ausência de lesão orgânica ou no máximo uma dúvida da origem orgânica. O que destacamos a partir desse momento do início da obra freudiana é que vai se delineando um diferencial entre a psicanálise e a psiquiatria a respeito do diagnóstico; para essa, o diagnóstico deve ser

estabelecido a *priori* enquanto que para a psicanálise ele é feito a *posteriori*, o que entendemos como sendo uma vantagem na precisão diagnóstica.

Em *Sobre o Início do Tratamento* (1913/1969), isso permanece ainda mais claro. Ao dar novas recomendações àqueles que exercem a psicanálise, Freud alerta os analistas acerca de uma das funções das entrevistas preliminares: aproveitá-la para que neste tempo prévio à análise seja realizado um diagnóstico a *posteriori*, por mais que este tempo preliminar não garanta uma certeza diagnóstica. Freud ressalta também que o psicanalista que comete um erro ao diagnosticar um paciente comete um erro prático, diferente do psiquiatra que realizaria no caso de um equívoco, um erro teórico, de importância apenas acadêmica, já que para Freud não era possível prometer uma cura no caso de psicose. Dessa forma, como podemos perceber, já em 1913, o diagnóstico diferencial para Freud era dedicado a estabelecer uma diferença entre neurose e psicose e não mais entre uma doença orgânica e uma possível histeria. A partir do ensino de Lacan observamos modificações: já não se promete uma cura, no entanto, diferente de Freud, Lacan acolhe em tratamento casos de psicose e é por isso que este momento preliminar à análise continua sendo importante para a direção do tratamento, mesmo no ensino de Lacan.

O discurso médico sustenta-se por sua cientificidade e objetividade; e a psicanálise, que nasce do seio da medicina, tendo como origem a prática médica, logo rompe com esse discurso, através das elaborações de Freud. Na relação estabelecida entre psicanálise e medicina, há elementos como demanda de cura, transferência e diagnóstico que permeiam ambas, mas ocupam lugares diferentes em cada uma delas. Ao nos debruçarmos sobre a maneira como a medicina e, mais especificamente a psiquiatria, compreende o diagnóstico, em comparação à psicanálise, de saída, pode-se dizer que na primeira, o diagnóstico é formulado a partir do método fenomenológico e na segunda este é estrutural. Entretanto, foi necessário um percurso que, em um movimento de retro-ação, nos faz chegar a essa conclusão.

O diagnóstico psiquiátrico, de onde se origina o diagnóstico em psicanálise, é fundamentado a partir de duas principais classificações: o diagnóstico sindrômico e o nosológico. O primeiro descreve o conjunto de sinais e sintomas, sem determinar a doença de base e propõe uma intervenção rápida através da remissão dos sintomas. Já o segundo, identifica a doença e não apenas os sintomas, trabalhando com uma intervenção longa e com alcance menos superficial. O diagnóstico sindrômico, além de ter a função de combater os sintomas de maneira mais direta, possui também a função de orientar o diagnóstico

nosológico. Eles são claramente diferentes entre si e, além disso, “Deve-se notar que essa distinção entre síndrome e nosologia, entre sintomas e doença, não equivale à distinção psicanalítica entre fenômenos e estrutura, porque mesmo o diagnóstico nosológico é Fenomenológico” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 33).

Para a psiquiatria, o estudo da doença mental inicia-se a partir da observação das suas manifestações, ou seja, o diagnóstico psiquiátrico é realizado a partir da soma dos sintomas passíveis de observação, relacionados a algumas definições pré-estabelecidas. É necessário, portanto, além de observar, definir classificações para que se interpretem as observações baseadas numa determinada lógica. Desta forma, a clínica psiquiátrica utiliza mais a observação do que a escuta, o que, conseqüentemente gera, ao se diagnosticar a partir desta lógica, a redução do sujeito a um diagnóstico descrito nos manuais médicos. Atualmente, os sistemas de classificação CID X (classificação de transtornos mentais e de comportamento) e DSM IV (manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais) são as ferramentas utilizadas para diagnosticar e que destituem o paciente de qualquer referência que lhe diga respeito a seu modo singular de se colocar enquanto sujeito.

Já para a psicanálise, uma importante questão se coloca: qual é função do diagnóstico? De início, podemos dizer que a maneira como o diagnóstico se dá em psicanálise e também a sua função são diferentes do diagnóstico psiquiátrico. Primeiramente, está para além dos sintomas e fenômenos, pois é partindo da fala e não apenas do que é observável que será possível ter acesso à posição discursiva do sujeito. No entanto, fazer uma aposta diagnóstica, ao longo das entrevistas preliminares e até mesmo no decorrer do tratamento de um caso clínico é uma tarefa delicada. Além disso, essa aposta implica em uma classificação, já que, ao determinar uma estrutura, enquadrando o sujeito em um grupo, retira-se algo de singular dele, aquilo com o que a psicanálise trabalha. Apesar disso, o diagnóstico é necessário tanto para a transmissão da psicanálise quanto para a intervenção no próprio tratamento, pois sabemos que ao se chegar ao diagnóstico de uma estrutura, a direção do tratamento também começa a se delinear.

A função do diagnóstico em psicanálise é de dar direção ao tratamento e ele só pode ser realizado a partir da escuta do analista. É através da fala do sujeito, isto é, do registro simbólico que é possível fazer um diagnóstico diferencial. No entanto há uma condição indispensável para a realização desse diagnóstico: ele só deve ser feito a partir da transferência, por meio da relação do sujeito com o Outro e da forma singular de como ele é inscrito na linguagem.

Diferente da psiquiatria biológica de nossos tempos em que o diagnóstico possui referência fenomênica, Lacan nomeia o diagnóstico como estrutural. Por isso, torna-se fundamental definir os conceitos, de estrutura e de fenômeno, como faremos abaixo.

O termo fenômeno designa tudo àquilo que é percebido, que pode ser apreendido pelos sentidos e pela consciência e a fenomenologia pode ser definida como o estudo descritivo do fenômeno assim como ele é na experiência, uma tentativa de descrição direta do que é experimentado e de como isso se apresenta. É um termo empregado pelos pensadores Hegel e Husserl em que primeiramente Hegel a nomeia em seu texto a *Fenomenologia do espírito* (1807) como uma ciência da experiência da consciência e Husserl a atribui um rigor de status de corrente de pensamento, sendo considerada uma das principais correntes filosóficas do século XX. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1989) O método fenomenológico, portanto, comporta uma descrição e não a explicação ou análise daquilo que é observado.

Por outro lado, o estruturalismo, uma importante corrente de pensamento do século XX, surge em oposição à epistemologia positivista, de onde origina as ciências médicas. Distinta da fenomenologia, o estruturalismo tem como método a determinação e a análise de estruturas. Este pensamento é inaugurado com Saussure e tem continuidade com seus discípulos Jakobson e Levi Strauss.

O conceito de estrutura não é discutido na obra de Freud, é somente a partir de Lacan, que ao utilizar a teoria de Levi Strauss, realiza um desenvolvimento dessa noção, levando este conceito para o campo da psicanálise. Lacan destaca as estruturas clínicas, dando valor à dimensão estrutural da constituição subjetiva; para ele o conceito de Nome-do-Pai, é um elemento estrutural fundamental. Igualmente a Lévi-Strauss, Lacan insiste na função organizadora do simbólico para os indivíduos. No entanto, há uma subversão feita por Lacan no âmbito da linguística quando esse propõe a primazia do significante em relação ao significado. Lacan se apropria de concepções básicas do pensamento estruturalista, para depois subvertê-lo, valorizando um conceito que não é destacado no estruturalismo, a saber, o conceito de sujeito. Dessa forma ele se apropria do estruturalismo com certa especificidade que permite articular o conceito de sujeito e estruturalismo.

Entendemos dessa forma, que Lacan aborda o pensamento de Lévi-Strauss sobre as leis estruturais, levando em conta a enunciação ao invés dos enunciados. Quando nos referimos, portanto, a estrutura como aquela da linguagem, nos referimos à primazia do significante.

A estrutura do aparelho psíquico é organizada como um dialeto em que cada estrutura possui a sua linguagem própria. As três estruturas propostas por Lacan são formas do sujeito responder à castração. Portanto, o diagnóstico em psicanálise é um diagnóstico diferencial estrutural referente às três respostas possíveis do sujeito através do recalque, do desmentido e da forclusão que designam a neurose, a perversão e a psicose, respectivamente.

Referências Bibliográficas:

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, v.3, n.2. Rio de Janeiro, 2000, p.65-86.

_____; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.5, n.1. São Paulo: Escuta, 2002, p.29-43.

FREUD, S. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. (1956[1886]). In:_____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.1, p.37-49.

_____. Prefácio à introdução das conferências sobre as doenças do sistema nervoso, de Charcot [1886]. In:_____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.1, p.53-55.

_____. Hipnose [1891]. In:_____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.1, p.145-154.

_____. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) [1913]. In:_____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.1, p.137-158.

JAPIASSÚ, H. e MARCONDES, D. *Dicionário Básico de Filosofia* [1989]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise [1953]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Figueiredo, A. C. (Org.). *Psicanálise: pesquisa e clínica*, v.1. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001, p.171-181.

O TRABALHO DA PSICOSE: O SUJEITO ENTRE A CLÍNICA E A POLÍTICA

Claudia Maria Tavares Saldanha

Psicóloga, realiza residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental no Hospital Juliano Moreira (HJM), em Salvador – BA, numa parceria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com o Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: claumts@yahoo.com.br

Andréa Hortélio Fernandes

Professora adjunta da UFBA, supervisora clínica da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental – HJM/SESAB/UFBA, AME da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano e Membro da Associação Científica Campo Psicanalítico de Salvador – BA.

E-mail: ahfernandes03@gmail.co

RESUMO

O presente trabalho propõe refletir sobre as possibilidades do fazer do praticante de psicanálise diante da psicose no acompanhamento clínico de um caso em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A oferta de uma escuta que particulariza os significantes trazidos por Lucas aponta para a responsabilidade do praticante de psicanálise de oferecer outra leitura da realidade, ao colocar a transferência e a ética do bem-dizer como pilares da clínica. Concebe-se que, a partir da política do real operada pela clínica psicanalítica, as dimensões sujeito e cidadão podem ser articuladas de modo que o sujeito pode encontrar um lugar na política.

Palavras-chave: psicose, ética do bem-dizer, transferência, política do real.

RESUME

Le presente travail a pour objectif réfléchir sur les possibilités du travail du praticien en psychanalyse devant la psychose dans un cas clinique suivi dans un Centre d'Attention Psychosocial (CAPS). L'offre d'une écoute que particularise les signifiants portés par Lucas montre la responsabilité du praticien en psychanalyse d'offrir une autre lecture de la réalité, dans la mesure que le transfert et l'éthique du bien-dire sont utilisées comme les piliers de la clinique. La politique du réel opérée par la psychanalyse montre que les dimensions du sujet et du citoyen peuvent rencontrer une place dans la politique en général.

Mot-clés: psychose, éthique du bien-dire, transfert, politique du réel.

A psicose, no dizer de Lacan, é “aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (LACAN, 1977, p. 9). É com este pensamento que trago o caso de Lucas³¹, neste trabalho, buscando refletir sobre as possibilidades do fazer do praticante de psicanálise diante da psicose no acompanhamento clínico de um caso dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Reforma Psiquiátrica, ao propor um questionamento da lógica manicomial, incutiu uma crítica ao modelo tradicional da clínica psiquiátrica. Isto representou não apenas uma crítica à instituição asilar, mas à própria instituição da clínica (RINALDI, 2005), pensamento que limitava a clínica ao paradigma médico-psiquiátrico que, em nome da ciência, sustentava práticas excludentes. Ao afirmar que “o paradigma desta clínica seria sinônimo de rotulação, medicalização e segregação” (BEZZERRA; RINALDI, 2009, p. 343), o movimento de desinstitucionalização da loucura colocou a clínica em xeque e denunciou a exclusão do sujeito presente no hospital psiquiátrico. No entanto, o sujeito que é trazido pelas reflexões da atenção psicossocial é o cidadão de direitos que, certas vezes, permanece na condição de objeto das práticas assistencialistas, distante do sujeito do inconsciente da psicanálise.

É a partir da subversão proposta pela Reforma Psiquiátrica, marcada pela influência da psiquiatria democrática italiana, que o significante “doença mental” é positivado e se torna “saúde mental”. Assim, surge o campo da saúde mental, lugar de diversos saberes e práticas, no qual a clínica que se faz presente é a clínica ampliada, calcada na noção de reabilitação psicossocial, que objetiva a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade do sujeito em sofrimento psíquico. Logo, o campo da saúde mental nasce marcado pela dupla referência à política e à clínica, mas, por conta do caráter de denúncia da segregação e da luta pela cidadania do louco, a dimensão política se mostra privilegiada em relação à clínica (RINALDI, 2005).

A tensão entre a clínica e a política sempre se fez presente neste campo, o que faz Rinaldi (2005) apontar que a ressignificação da clínica operada pela reforma, como clínica ampliada ou clínica do cotidiano, responde à tentativa de articular estas duas dimensões. Porém, isto se encontra em desacordo com as práticas que vêm sendo realizadas na assistência, as quais, muitas vezes, desconsideram a implicação do sujeito em seu sofrimento.

³¹ Lucas é o personagem central do projeto de literatura e quadrinhos “Fala Menino!”, criado por Luis Augusto, cartunista e escritor baiano. Em uma parceria entre o Fala Menino! e a COELBA (Companhia de Eletricidade do Estado da Bahia), surge o projeto “Energia Amiga”, sendo produzido o livro “Energia Amiga em Quadrinhos”, no qual Lucas é um dos personagens que tratam sobre o desenvolvimento de uma nova consciência sobre o uso da energia elétrica. Este livro foi entregue a mim por Lucas em seu segundo atendimento.

Sendo assim, proponho pensar sobre a clínica realizada pelo praticante de psicanálise inserido em um CAPS e suas possíveis respostas ao sujeito e à instituição.

Lucas possui pouco mais de 30 anos, é casado, tem duas filhas ainda crianças e frequenta um CAPS II na cidade de Salvador-BA desde janeiro de 2012. Possui os diagnósticos psiquiátricos de esquizofrenia paranoide (F20.0) e retardo mental moderado (F71), fazendo uso regular de Haldol injetável, Fenegan, Amplictil e Depakene.

Lucas inicia os atendimentos individuais comigo em outubro de 2012, encaminhado pela sua técnica de referência. Sua queixa inicial é: “a medicação não está fazendo efeito”, pois, segundo ele, “não está controlando a energia”. Sobre a energia, ele refere: “ela fica em todo lugar, nas coisas, na caneta, na parede, no asfalto, nas nuvens, na minha pele. Ela força meus olhos, fica triscando minha pele, coça, quer que eu olhe pra outro lugar, vira meu pescoço e meu crânio pra trás”.

Por vivenciar as alucinações em seu corpo, Lucas sofre e ilustra isto ao dizer: “minha esquizofrenia apertou, tenho alucinações, acordo agitado. Não aguento mais, agora está difícil. Penso em me suicidar, em me jogar na frente dos ônibus, mas, se eu me jogar, meus ossos vão doer, aí, eu desisto”. Ele relata: “a esquizofrenia aperta à tarde, quando vou tomar banho”, e explica: “durante o banho, a massa de cimento no intervalo entre os blocos da parede do banheiro fala comigo”. Lucas acrescenta e revela sua interpretação: “ela diz antena um que significa apenas um, e este um sou eu. Sei que é coisa da minha mente, da minha esquizofrenia, mas dá a entender que Deus existe e que eu o estou substituindo. E quem quer tomar o lugar de Deus é Lúcifer, tomar a humanidade pra ele, mas ele está com os dias contados, desvirtuou Adão e Eva, por isso a dificuldade do mundo hoje, somos frutos do pecado”.

No campo da linguagem e do gozo, o Um é o S_1 , significante-mestre que constitui o ser falante e que representa o significante traumático condenado à repetição. Na neurose, o S_1 se encontra recalcado, enquanto que, na psicose, ocorre uma diferenciação no destino deste significante na esquizofrenia e na paranoia. Nas palavras de Quinet, “o esquizofrênico pulveriza o Um e o paranoico lhe dá consistência com seu ser de gozo ao se propor a encarná-lo” (QUINET, 2006, p. 94).

Lucas declara: “é como se eu fosse um Deus, me sinto constrangido, porque acredito num Deus único. Às vezes, eu choro, porque não quero ser Deus nenhum, quero ser uma pessoa normal. Quem tomou o lugar de Deus foi Satanás, eu não quero tomar o lugar do meu pai celestial, Jeová, criador de todas as coisas. Sinto-me culpado, estaria tomando tudo o que é do meu pai”. A lógica da construção de Lucas parece indicar uma pulverização nas figuras de

Deus/Jeová e de Lúcifer/Satanás, em que cada S_1 se apresenta como mais um do enxame. Lucas, então, é apenas um, mais um entre outros da esquizofrenia, que se constitui por uma “dispersão deste significante, que se manifesta nas vozes, nos olhares, nas palavras entrecortadas e frases interrompidas” (QUINET, 2006, p. 94).

Sobre a energia, ele traz: “tento dar rasteira na energia, mas ela é inteligente, sabe o que eu penso. Tento pensar em uma coisa boa, mas ela muda meu pensamento, atrapalha minhas atitudes. É uma batalha espiritual, psicológica, fico esgotado. A energia é uma força forte”. A incidência da energia em Lucas aponta para o gozo não exteriorizado da psicose, que revela e determina uma posição de alienação ao Outro invasivo e devastador. O fato de o gozo não estar localizado no campo do Outro, por ocasião de uma falha na inscrição da significação fálica, torna o corpo do psicótico lugar da dispersão significante, lugar do gozo impossível de ser metaforizado e que retorna ao sujeito no real como uma língua dos órgãos (FREITAS, 2010).

Em suas lembranças da infância, o pai ocupa uma figura central, o que se estende até o presente: “quando eu era criança, meu pai não me deixava ficar com outros jovens. No interior, não tinha colégio, aprendi a ler com ele. Não tive infância, era só trabalho, porque sou o mais velho”; ele tem dois irmãos do mesmo pai e da mesma mãe e outros três por parte de pai. A mãe saiu de casa grávida, deixando o filho aos oito meses de vida com o genitor. Com o desencadeamento da psicose, foi o pai quem assumiu a responsabilidade por Lucas, que fala: “dependo do meu pai, ele é responsável por mim, tem minha tutela e curatela. Ele é o dono do meu dinheiro, ele sabe o que tem que ser feito, eu não sou mais responsável por mim, sou incapaz, tudo o que era meu é dele agora”.

Lucas relata que é “aposentado por invalidez” e que não tem mais condições de trabalhar “por causa da energia”; ele já atuou com carteira assinada em depósitos e em quitandas. Quando afirma que é aposentado por invalidez, está se referindo ao recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) pelo INSS, o qual assume o papel de retirá-lo da posição de “vagabundo”. Ele diz: “não sou vagabundo, eu preciso do dinheiro do benefício para comer, para sustentar minhas filhas”.

Ao destacar os significantes “tutela” e “curatela”, trazidos no discurso de Lucas, proponho a leitura de que ambos apontam para sua posição de assujeitamento ao Outro, pois o mantém alienado ao pai. No momento, Lucas deixou de viver com a esposa e as filhas e foi morar com o genitor, para que fique mais perto deste a fim de resolverem as questões do benefício que foi cortado recentemente. Figueiredo aponta para a responsabilização do sujeito, ainda que psicótico.

O sujeito é responsável por sua existência (ou ex-sistência) e como tal ‘responde’ seja como for, ao que lhe é apresentado, oferecido ou mesmo imposto, seja no surto ou na estabilização. Não há como desresponsabilizá-lo nesse ponto retirando-lhe qualquer possibilidade de resposta. A responsabilidade civil ou jurídica deve ser auferida a partir dessa responsabilidade de existência inicial. (FIGUEIREDO, 2007, p. 4 *apud* FIGUEIREDO; FRARE, 2008, p. 88).

Sabe-se que os significantes “tutela”, “curatela” e “benefício” são direitos garantidos por lei ao paciente e, muitas vezes, necessários por conta de uma situação de pobreza. No campo da atenção psicossocial, eles constituem a possibilidade de aquisição da cidadania e de ressocialização. A psicanálise, por sua vez, considera também o inconsciente e o gozo, apontando para a responsabilidade do sujeito e para a implicação em sua questão. Lacan traz que “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (LACAN, 1965/1998, p. 873), o que pressupõe uma retificação da posição frente ao Outro. Assim, duas dimensões antes opostas, sujeito e cidadão, podem ser articuladas ao se pensar na política do real operada pela clínica psicanalítica.

Em um de seus atendimentos, Lucas me entrega um livro cujo título é “Energia Amiga em Quadrinhos”, dizendo: “achei que a senhora iria gostar do livro”, e complementa: “é um livro interessante, tem histórias engraçadas”. Em outra sessão, ele afirma: “você e minha técnica são minhas amigas”. Sobre como a transferência se estrutura na psicose, Soler coloca que

(...) apesar de estarem fora tanto da transferência quanto do discurso, esses sujeitos não deixam de estabelecer uma eventual relação de confiança com alguns de seus semelhantes. Isso não constitui propriamente uma transferência, porque a transferência é uma relação simbólica que inclui o sujeito suposto saber, e o esquizofrênico não entra nela. Mas dá margem a uma possível relação objetual, a um tempo real e imaginária, que se presta à confusão com a transferência e a partir da qual às vezes se podem obter alguns efeitos. Se eles são analíticos, é duvidoso, mas às vezes podem ser benéficos para o sujeito. (SOLER, 2007, p. 124)

A partir de uma fala endereçada à praticante, Lucas institui uma transferência imaginária que aproxima a praticante da técnica de referência por meio do significante “amiga”. Entretanto, aqui cabe destacar que o que propicia que a praticante não responda neste lugar de amiga e de cuidado próprio ao psicossocial é a ética do bem-dizer preconizada pela psicanálise, que toma o paciente como sujeito, não como objeto de padronizações legais e sociais, o que permite que o significante particular advenha e que o gozo invasivo do Outro possa ser refreado. Desta forma é que, diante de alucinações trazidas à sessão, minha pontuação de que o espaço do atendimento é o lugar para ele falar sobre o que sente pôde produzir um efeito de apaziguamento. Lucas diz: “as nuvens estão mais calmas”.

A “cura definitiva” e o “estado normal” se mostram almeçados por Lucas ao proferir: “tudo o que queria é uma cura definitiva, estar num estado normal. Os remédios não fazem efeito, eles controlam a energia, mas, depois, ela volta. A cura é tudo na vida. Peço a Deus que me livre deste mal”, e acrescenta: “quero ouvir o médico dizer que estou de alta, ter minha vida livre dos remédios”. Lucas chora quando fala da vontade de se “livrar deste mal”, dada à emergência do real experienciada cotidianamente. E como Lucas pode lidar com a energia que invade e toma o seu corpo sem que esta interfira diretamente e dificulte sua circulação no laço social? Sobre isso, ele diz: “quando a esquizofrenia aperta, fico em casa e me isolo no quarto pra ir dormir”, como também atribui a isto suas faltas nos atendimentos.

É neste sentido que Lacan propõe: “É o que faço: extrair de minha prática a ética do Bem-dizer” (LACAN, 1974/2003, p. 539), ao passo que o bem sobre o qual versa a psicanálise é o que se revela na enunciação do sujeito, sempre singular e contingente. Colocar a transferência e a ética do bem-dizer como pilares da clínica é a maneira que o sujeito pode encontrar um lugar na política. Isto implica em subverter a lógica de localizar no Outro, encarnado nas leis que regulamentam o campo da saúde mental, a totalidade do saber, e se inclinar para a escuta particular do sujeito, o qual se constitui como o detentor do saber sobre o seu próprio bem.

A transferência “não se estabelece a partir da mesma lógica instituída pela realidade dos serviços, mas sim como efeito do inconsciente, que não necessariamente está em conformidade com a realidade delineada pelo cotidiano dos serviços” (BEZERRA; RINALDI, 2009, p. 348). Manejar a transferência requer estar em uma posição de não-saber frente à demanda do paciente, escapando da sedução de proteger, assistir e prevenir (FERNANDES, 2003), palavras-chaves da ética do bem-estar, que podem ser lidas pela psicanálise como significantes mestres universalizantes.

Na medida em que a equipe acredita que detém o saber sobre o paciente e responde à demanda que lhe é dirigida, cai na armadilha de achar que o sujeito deve se satisfazer com esta resposta, mas, por ser uma armadilha, o sujeito fracassa. Consolida-se, assim, a posição do psicótico de objeto do saber e do gozo do Outro, o que deve ser questionado se o praticante de psicanálise está inserido no tratamento.

Logo, diante da experiência cotidiana da tensão entre clínica e política nos serviços, o praticante de psicanálise assume a responsabilidade de oferecer outra leitura da realidade, a fim de dar lugar “ao real, à imprevisibilidade do sujeito do inconsciente, à emergência do inesperado e à importância da transferência na condução dos casos” (BEZERRA; RINALDI, 2009, p. 351).

Referências Bibliográficas:

BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 2. São Paulo, 2009, p. 342-355.

FERNANDES, A. H. Psicanálise e educação: Interfaces e limites. In: Mata, C., Villas-Boas, C. A., Salles, J. e Vasconcelos, E. (orgs.). *Coletânea do Serviço de Psicologia Professor João Ignácio de Mendonça – UFBA*. Salvador: EDUFBA, 2003, p. 79-86.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 1. São Paulo, 2008, p. 82-96.

FREITAS, I. O gozo do corpo na psicose. In: Carvalho, S. (org.) *O inconsciente e o corpo do ser falante*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2010, p. 117-124.

LACAN, J. Abertura da Seção Clínica. *Ornicar?*, n. 9, 1977, p. 7-14. Reproduzido e traduzido por Traço Freudiano – Veredas Lacanianas Escola de Psicanálise. Disponível em: <<http://www.campopsicanalítico.com.br/biblioteca/lacan%20abertura%20da%20se%C3%A7%C3%A3o%20clinica.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2012.

_____. Televisão [1974]. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 508-543.

_____. A ciência e a verdade [1965]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998, p. 869-892.

QUINET, A. O Um paranóico e a *Verhaltung*. In: _____. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006, p. 91-105.

RINALDI, D. Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: Altoé, S.; Mello de Lima, M. (org). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 87-106.

SOLER, C. O dito esquizofrênico. In: _____. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007, p. 116-124.

**A REDE DE SAÚDE MENTAL: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS A PARTIR DA
CLÍNICA DA RECEPÇÃO³²**

Renata de Oliveira Fidelis

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ e psicóloga do município do Rio de Janeiro.

E-mail: Renata-of@hotmail.com.

³² Este trabalho foi elaborado a partir das reflexões apresentadas na dissertação de Mestrado "A recepção de usuários em um ambulatório de saúde mental: a importância da escuta do sujeito" elaborada por Renata Fidelis sob a orientação da Dr^a Doris Luz Rinaldi no Programa de Pós-graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RESUMO

Este trabalho traz reflexões sobre os impasses enfrentados pelos profissionais que trabalham na porta de entrada de um ambulatório de Saúde Mental na interlocução com outros dispositivos da rede. Na clínica da recepção é importante a articulação entre diferentes serviços da rede, para a construção de um encaminhamento dos usuários ou para o compartilhamento do cuidado. Neste trabalho, mostra-se necessário esperar que se produza algum endereçamento de questões, pois é a partir daí que podemos começar a pensar em um projeto terapêutico que se guiará pelas indicações do sujeito.

Palavras-chave: saúde mental, recepção, rede, sujeito.

RESUME

Ce travail apporte des réflexions sur les impasses que les professionnels sont confrontés à l'entrée d'un service de la santé mentale dans le dialogue avec autres dispositifs. Dans la clinique de l'accueil l'articulation entre les divers services est important pour la construction des références ou pour partager le soins. Dans ce travail, est montré nécessaire attendre la production des questions adressées aux professionnels, parce que c'est la manière de commencer à penser dans un projet du traitement qui est guidée pour l'indications du sujet.

Mots-clé : santé mentale, accueil, réseau, sujet.

Este trabalho procura analisar os impasses enfrentados por profissionais que trabalham na porta de entrada de um ambulatório público de saúde mental da zona oeste do Rio de Janeiro. As dificuldades no acolhimento de novos usuários ocorrem tanto no âmbito interno, onde nem sempre há disponibilidade para a realização deste trabalho e são raros os momentos de interlocução com a equipe, quanto externo, na articulação com outros serviços. Em nossa prática verificamos a importância que tem, para a clínica da recepção, a articulação com os diversos dispositivos da rede de saúde para a construção de um encaminhamento e formação de uma rede de suporte para o usuário.

Se quem recebe o usuário sustenta sua prática na psicanálise é possível aguardar um tempo de espera para propiciar a construção de uma demanda, apostando na emergência do sujeito. No trabalho de recepção é importante esperar que se produza algum endereçamento de questões, pois é a partir daí que podemos começar a pensar em um projeto terapêutico que se guiará pelas indicações do sujeito.

A articulação e a criação de novos serviços na rede propicia um questionamento sobre o tipo de tratamento que se desenrola no ambulatório e quais as possibilidades de criação de novos arranjos assistenciais neste dispositivo, como veremos em fragmentos clínicos mais adiante.

O Centro de atenção psicossocial (CAPS) passou a ser a principal alternativa para os casos mais graves, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, como serviço substitutivo ao manicômio. No entanto, a rede de saúde mental que passa a ter o CAPS como unidade estratégica, não prescinde do ambulatório e de outras estruturas como unidades de Emergência e internações psiquiátricas, programas de residência terapêutica, entre outras. Cada serviço tem sua importância e não é a criação de um novo dispositivo que garante a resolução de problemas que o desafio de atender com qualidade os usuários que buscam um serviço de saúde mental traz (TENÓRIO; OLIVEIRA; LECVCOVITZ, 2000).

O ambulatório de saúde mental, mantendo o seu funcionamento tradicional, corre o risco de produzir cronificação, por não dar crédito à palavra do usuário e não considerar a necessidade de produzir ações que contemplem dispositivos da rede, possibilitando a criação de portas de saída e a circulação do usuário na rede. Na prática, a integração do ambulatório a um novo modelo de cuidado em saúde mental ocorre de uma forma lenta e enfrentando obstáculos de diversos tipos. Rinaldi³³ alerta para uma nova cronicidade que pode ocorrer

³³ Consideração extraída do trabalho “Que desafios o psicanalista enfrenta em sua prática no campo da saúde mental? O que essa prática pode ensinar aos psicanalistas?” apresentado no VIII Simpósio do Programa de Pós-

também do lado dos técnicos, que não conseguem ou não querem ouvir nada além daquilo que já sabem. Neste sentido, corre-se o risco de reproduzir práticas que se enquadram no modelo hospitalocêntrico e medicalizador.

Devemos considerar que a mudança na concepção de tratamento para usuários que apresentam transtorno mental não é algo terminado, mas precisa ser sustentada cotidianamente pelos diversos dispositivos da rede. Uma das funções incluídas na proposta de atuação do CAPS é regular a porta de entrada da rede assistencial de seu território. Ele pode ter uma função importante ao auxiliar os outros serviços da rede a repensar as formas de acolhimento e cuidado. No entanto, a articulação entre os dispositivos da rede tem se mostrado muito complicada, devido aos entraves burocráticos de alguns serviços e à saída de profissionais, sendo preciso reconstruir laços de trabalho frequentemente. Além disso, nem todos os profissionais que estão na rede acham importante esta articulação.

Os ambulatórios parecem que estão sem fôlego para realizar o trabalho que lhes compete, pois além de contarem com poucos profissionais, situações complexas chegam nestes serviços que têm o desafio de construir respostas a elas. Casos de violência, uso abusivo de drogas e tentativas de suicídio são exemplos de situações que demandam muita atenção e investimento dos profissionais, gerando preocupação nas equipes que os recebem.

A rede está em constante mudança com a criação de novos serviços e a chegada de novos profissionais. Nos últimos anos, houve um investimento político nos programas de Estratégia de Saúde da Família³⁴(ESF). Os princípios de atuação das equipes de saúde da família se aproximam dos propostos pela política de Saúde Mental, pautados na Reforma Psiquiátrica, tais como, atuação a partir do contexto familiar, a continuidade do cuidado, privilegiando a criação de vínculos entre os profissionais e os pacientes, e a organização em rede.

As pessoas devem ser acolhidas nas múltiplas portas de entrada da rede. Com o objetivo de organizar a rede de assistência, os CAPS atendem prioritariamente pessoas com transtorno mental severo e persistente³⁵, que passam por situações de maior complexidade, com fragilidade no estabelecimento de laços e poucos vínculos afetivos, com a necessidade de um cuidado mais intensivo. Os ambulatórios também se responsabilizam pelos casos graves, mas que não necessitam de um cuidado intensivo. Já os Núcleos de Apoio a Saúde da Família

graduação em Psicanálise da UERJ - A importância da Psicanálise para a Psiquiatria no séc. XXI: clínica e pesquisa, em 5 de julho de 2012, UERJ.

³⁴ A ampliação da assistência em saúde de base comunitária é uma meta da política nacional. O atual governo municipal do Rio de Janeiro tomou como prioridade esta meta atingindo no primeiro semestre de 2012 uma cobertura aproximada ao percentual de 35% (COELHO, BURSZTYN, RAULINO E ARÓCA, 2012).

³⁵ Ver Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

(NASF)³⁶ dão suporte às equipes da ESF para efetivar a proposta de que os casos considerados leves e moderados, tais como os transtornos de ansiedade, de humor, usuários crônicos de benzodiazepínicos e com queixas somáticas difusas possam ser acompanhados neste dispositivo, prioritariamente em grupos e caso seja preciso medicar, o clínico faria isso com o suporte do psiquiatra do NASF, do CAPS ou dos ambulatórios (COELHO; BURSZTYN; RAULINO; ARÔCA, 2012). Esta orientação geral dos serviços não deve descartar a particularidade de cada situação que chega.

A porta de entrada de um serviço configura-se também como a entrada da rede de saúde e não apenas daquele serviço isolado. O ambulatório de saúde mental precisa trabalhar articulado com a rede, procurando buscar soluções outras que não somente a indicação de tratamento psicológico e psiquiátrico, mas o encaminhamento para outro serviço, como as clínicas da família, por exemplo. A questão é o modo como os encaminhamentos são feitos. Não se deve encaminhar os usuários de uma forma burocrática, como alguns entendem, por exemplo, ao supor que todos os “casos leves” de saúde mental deveriam participar de atividades de convivência nas clínicas da família. Os usuários que se enquadrariam como “casos leves” poderiam ter sua demanda trabalhada nos ambulatórios, não necessariamente com a concepção de que precisam de um tratamento a longo prazo, mas podendo ter um suporte temporário de um profissional “psi”. Além disso, dentro desta classificação, “casos leves”, reúnem-se situações bem diferentes e que muitas vezes são casos de grande sofrimento psíquico. As atividades nas oficinas de convivência são importantes para alguns usuários, mas somente agrupar estas pessoas para realizar atividades não seria suficiente para modificar sua posição subjetiva e deste modo pode-se estar gerando desassistência para os usuários.

No entanto, algumas parcerias estabelecidas entre profissionais do ambulatório e do NASF podem potencializar o trabalho com os usuários que já são acompanhados pelo ambulatório, ou propiciar que outros cheguem ao ambulatório para iniciar um acompanhamento.

Como exemplo desta parceria NASF-ambulatório, pensamos no caso de uma senhora que chega ao grupo de recepção do ambulatório com a queixa de que seu marido faz uso abusivo de álcool há muitos anos e recusa-se a buscar ajuda, apesar de haver prejuízos a sua saúde (pelo relato parece que já se configura o início de um quadro de demência alcoólica). Ela mostra-se muito ambivalente em relação a querer cuidar dele, relatando mágoas por

³⁶ Os NASF's são constituídos por uma equipe multiprofissional (com profissionais de diferentes especialidades, tais como psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, entre outros, dependendo da necessidade de cada área programática) que dá apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família.

situações de agressão por parte dele. No entanto, sente que precisa cuidar dele, apesar de na prática estar assistindo a seu definhamento. Foi proposto um espaço de atendimento psicológico no ambulatório para ela e foi realizado um contato com a psicóloga do NASF de referência para sua área de moradia para pensarmos em estratégias para acompanhamento desta situação. A psicóloga do NASF se responsabilizou a conversar com a agente comunitária de saúde e com o clínico da clínica da família para propiciar que eles pudessem estar atentos às necessidades de saúde do marido dela.

É importante que cada serviço saiba o seu lugar na rede, mas na chegada de cada novo usuário, o que vai definir sua permanência ou encaminhamento para outro serviço é a disponibilidade do profissional que o recebeu, para ouvir o sujeito e identificar se há o surgimento de um endereçamento que pode propiciar a construção de uma demanda de tratamento. É o profissional que ao investir no caso pode viabilizar seu acompanhamento. Deste modo, é preciso que no acolhimento não fiquemos presos a perfis prévios e não tenhamos pressa para encaminhar, o que frequentemente resulta em encaminhamentos equivocados que podem produzir desassistência.

Encaminhar, mais do que referir um usuário a outro serviço, significa dar consequência a algo, no caso do tratamento, fazer com que ele avance em determinada direção. No entanto, muitas vezes, o encaminhamento se baseia no que é insuportável para o profissional que cria como defesa a idéia de que existiria um lugar ideal para lidar com determinada demanda (MARON; BORSOI, 2007), ao invés de lidar com a angústia que alguns casos suscitam e manejá-la. O encaminhamento deve fazer sentido para o usuário, se não se confunde com despachar, se livrar do problema. Em cada caso a rede vai se formando, de acordo com o que é contingencial.

Na articulação entre os diferentes serviços podemos perceber que a maioria queixa-se de sobrecarga de trabalho e quando é trazida uma situação clínica para a discussão, a maior preocupação é com a possibilidade de absorver aquele caso no serviço, o que dificulta a construção do caso. Vejamos fragmentos de um caso clínico que ilustra esta dificuldade.

Em uma reunião de supervisão clínico-institucional de rede, um psicólogo do ambulatório questionou o porquê do usuário que ele havia encaminhado para o CAPS ter retornado para ele. Quando cada profissional da porta de entrada dos dois serviços relatou como havia sido o acolhimento, parecia que estavam falando de pessoas diferentes. O psicólogo do ambulatório considerou que era um psicótico com poucos laços sociais e que por falar pouco, não iria “progredir” tanto em uma psicoterapia. Já a psicóloga do CAPS sublinhou que ele mantinha algumas atividades onde morava, logo preservava alguma

autonomia. Com ela, mais do que com o psicólogo do ambulatório, ele conseguiu falar sobre o que lhe aconteceu após o desencadeamento do surto. Por sua vez, a profissional que o acolheu no CAPS achou que ele não precisava se inserir em um serviço de cuidados intensivos e o reenviou ao ambulatório. Ele iniciou o atendimento individual com uma psicóloga no ambulatório – não foi possível que o psicólogo que o recebeu assumisse a continuidade do acompanhamento - e esta apresentou a idéia de inseri-lo na atividade de futebol no CAPS, pois ele havia dito que jogava em outra cidade onde morou e aqui ainda não conseguiu se inserir em nenhum grupo, ficando muito restrito a sua casa.

Podemos observar que houve uma ausência de contato prévio entre os dois serviços e uma pressa para encaminhar o usuário, tanto por parte do profissional do ambulatório que poderia ter marcado mais entrevistas e não encaminhar após somente um contato, quanto da profissional do CAPS que não considerou o endereçamento do usuário a ela.

Este exemplo mostra que muitas vezes há uma preocupação maior em encaminhar o usuário em detrimento de ouvi-lo melhor. Ao se promover o contato entre os serviços poderia ter se evitado o desgaste do usuário que ficou passando de um serviço a outro, até que algum deles assumisse a realização do trabalho de constituição de uma demanda de tratamento, que precisa de um tempo para que algum endereçamento possa ocorrer.

No trabalho com psicóticos é preciso um grande investimento e uma aposta na possibilidade de que algo possa se modificar, em um trabalho que leve em conta a transferência, sustentada pelo desejo do analista (MEYER, 2007).

Segundo Figueiredo (2007) o desinvestimento do profissional carrega duas ameaças: a burocratização do trabalho clínico ou um fechamento dentro de sua categoria profissional, corporativismo, acirrando disputas de poder. Observamos em nossa prática que algumas vezes que há um desinvestimento tanto no atendimento prestado ao paciente quanto no trabalho na instituição. Podemos nos perguntar: por que muitos ainda continuam lá? Felizmente, há profissionais que apesar das dificuldades acreditam que podem fazer a diferença com seus atos.

É importante que se busque eliminar a disputa imaginária entre os serviços e que eles passem a trabalhar articulados para a produção de cuidados em saúde mental no território. Muitas vezes, observamos que ao se tentar discutir os casos vêm à tona acusações entre os membros das equipes e a discussão do caso fica em segundo plano. Trabalhar em equipe e em rede traz novas perspectivas para casos graves, que exigem a interlocução de profissionais de diferentes serviços, num modelo de atenção baseado no cuidado compartilhado e na responsabilização dos diferentes atores da rede.

Referências Bibliográficas:

COELHO, D. A. M.; BURSZTYN, D. C.; RAULINO, L. E. G.; ARÔCA, S. R. S. *Sobre o início do matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações*. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MRkZ1ZFhqMktRTTg/edit?usp=drive_web&pli=1>. Acesso em: 01/10/2013.

FIGUEIREDO, A. C. A função da psicanálise (e do psicanalista) na clínica da atenção psicossocial. In: Nascimento, E.; Gonzáles, R.C. (orgs.) *Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade: série Teoria da Clínica Psicanalítica*, v.10, n2. Salvador: EDUFBA, 2007, p. 81-89.

MEYER, G.R. A clínica da psicose no campo da saúde mental: transferência e desejo do analista. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10. São Paulo: Escuta, 2007, p.319-331. Disponível em:http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume10/n2/a_clinica_da_psicose_no_campo_da_saude_mental_transferencia_e_desejo_do_analista.pdf. Acesso em: 01/10/2013.

TENÓRIO, F.; OLIVEIRA, R.; LECVCOVITZ, S. Apresentação: a importância estratégica dos dispositivos de recepção. *Cadernos do IPUB: a clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, v. 6, n. 17. Rio de Janeiro: IPUB, 2000, p. 7-14.

AS INSÍGNIAS DO UNIVERSO FEMININO: CONSTRUINDO LAÇOS

Jacqueline de Andrade Loeser dos Santos

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Heloisa Caldas. Especialista em Psicanálise e Saúde Mental pela UERJ. Atualização em Fundamentos da Experiência Psicanalítica pela FIOCRUZ/ENSP.

E-mail: jacqueline.loeser@gmail.com

RESUMO

Na psicose há uma dificuldade do sujeito posicionar-se sexualmente, uma vez que ele não tem acesso à castração. Na feminização, o psicótico alucina um corpo de mulher e disso ele tem certeza. Na psicose, o delírio é uma tentativa de dar sentido a algo que não faz. J-A Miller intitula invenção aquilo que Jacques Lacan nomeia construção. Atendo um rapaz que, de modo singular, prende sua atenção às bolsas e unhas pintadas, insígnias do universo feminino. Entretanto, aponta uma dificuldade no laço com o gênero masculino, pois essa ligação só é suportável com a distância íntima da figura feminina.

Palavras-chave: psicose, empuxo-à-mulher, laço social, gozo, pulsão.

RESUME

Dans la psychose, il y a une difficulté du sujet à se positionner sexuellement, car il n'a pas d'accès à la castration. Dans la féminisation, le psychotique hallucine le corps d'une femme et qu'il est sûr. Dans la psychose, le délire est une tentative de donner un sens à quelque chose qui n'en pas. J-A Miller appelle invention ce que Jacques Lacan nomme construction. J'assiste un gars que, de une manière singulier, retient sa attention pour les sacs et les ongles peints, des insignes de l'univers féminin. Toutefois, souligne une difficulté dans le lien social avec les hommes, parce que cette liaison est seulement supportable avec la distance intime de la figure féminin.

Mots-clés: la psychose, pousse à la femme, lien social, la jouissance, la pulsion.

A clínica das psicoses nos ensina que a experiência do empuxo-à-mulher submete o sujeito a um gozo invasor e devastador que advém do Outro. Nesta manifestação, o psicótico alucina o corpo como outro e não como corpo dele; só consegue separar-se do outro quando se suicida: o objeto cai, assim como o próprio sujeito, de maneira que “a sombra do objeto caiu sobre o eu, e este pôde, daí por diante, ser julgado (...) como se fosse um objeto, o objeto abandonado. (...) uma perda objetual se transformou numa perda do eu”. (FREUD, 1917[1915]/1996, p.254-255).

Com Lacan em *O estádio do espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*, ele revela que o sujeito constrói a história de sua formação através de identificações e fantasias “que sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade [...]” (LACAN, 1949/1998, p.100). A imagem especular estabelece uma primeira relação do sujeito com a realidade. No entanto há um momento crucial na constituição do eu no qual o bebê é percebido e identificado ao olhar do grande Outro simbólico, na medida em que, tal como no espelho, tem a imagem de si refletida no espelho do grande Outro, duplicando seu próprio corpo. Eis como funciona o fenômeno do duplo.

O outro especular delimita a imagem do bebê. No estudo sobre o narcisismo Freud (1914/1996, p. 94) formulou o conceito de a escolha anaclítica de objeto – o pai que protege e a mãe que nutre – ambos inseridos como os primeiros objetos sexuais da criança. Para Lacan, quando há impossibilidade de júbilo com a imagem especular, ou seja, quando o bebê não é investido no olhar desse Outro imaginário e o Outro simbólico que preside o Estádio do Espelho, ele se põe diante de um impasse e procura outros objetos para esta identificação.

Em um trabalho de escuta e acompanhamento terapêutico a um paciente que aqui chamarei de Charles, observo que esse sujeito é invadido diariamente por vozes devastadoras e ameaçadoras quanto à sua sexualidade, existindo em seu inconsciente a céu aberto. Seu corpo é devastado por dores provocadas pela voz que ele nomeia de “a voz do demônio”. Esta voz provoca muitas dores ao rapaz, pois o coage a balançar seu corpo, seus braços e suas mãos involuntariamente e sucessivamente ao longo do dia. Charles não dorme por causa das dores e porque está acometido pelas vozes. Elas falam de sua sexualidade e fazem as pessoas que estão em sua volta rirem dele: “A voz diz que eu fico excitado na sala de aula (Faculdade), diz para as pessoas que sou gay; não consigo ter amizades com os meninos porque eu fico *manjando* o órgão masculino deles”. Segundo o paciente, “as vozes do demônio me fazem desmunhecar” – Charles faz gestos com os punhos para cima e para baixo para mostrar como o senso comum rotula o homossexual. Ele não consegue discernir as vozes

que são de Deus e que são do demônio, não consegue delimitar a voz que vem do outro e do Outro. Para o paciente, as pessoas que conversam na rua, riem, falam alto, referem-se na realidade a ele, falam sobre ele.

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914/1996, p.102), Freud aponta que os chamados “delírios de sermos observados”, que constituem a sintomatologia das enfermidades paranoides, podem se apresentar como uma forma isolada da enfermidade, ou intercalada numa neurose de transferência. Os pacientes se queixam de que alguém conhece seus pensamentos e suas ações são vigiadas. Eles são informados do imperativo sobre o funcionamento dessa instância psíquica (supereu) por vozes que lhes falam na terceira pessoa. É comum o paranoico queixar-se dos delírios de observação. No entanto, convém observar que em todas as estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão – o que induz o sujeito a formar um ideal do eu é a assim chamada voz da consciência moral, ou melhor, do supereu sempre vigilante que funciona como se fosse uma autocrítica. No caso da psicose, as queixas revelam que essa autocrítica pode ter relação com a tendência dos paranoicos formarem sistemas especulativos. A hierarquia da organização pulsional pode entrar em choque quando vacila a ordem imaginária que a sustenta. O corpo se vê invadido pelo gozo do Outro. A ausência da função paterna afeta o registro simbólico, bem como tudo que Freud chamou de consciência moral ou supereu.

Nas ocasiões do acompanhamento pelo seu bairro, Charles sempre prende sua atenção às vitrines das lojas de sapatos e roupas, frequentemente repara se estou de unhas pintadas, cabelos feitos ou sapatos novos, também já me perguntou se eu tinha uma bolsa da *Louis Vuitton* – como a madrinha dele tem – que é uma mulher bem sucedida e posicionada falicamente. “Gostaria de ver você comprando as coisas”, disse-me sorrindo. Em outro dia de trabalho, Charles lança a seguinte frase: “Semana passada fiquei com desejo de comer chouriço e ova. Aí minha mãe fez”. E de maneira descontraída e jocosa questionei: “mas não são as mulheres grávidas que têm desejo?” Charles ri e responde: “Minha mãe disse a mesma coisa!”.

A sexuação é um processo que exige a lógica formalizada por Lacan. Freud (1923b/1996, p. 158) havia afirmado, no texto *A organização genital infantil (Uma interpolação na teoria da sexualidade)*, que para ambos os gêneros – masculino e feminino – existe apenas um órgão genital nos quais são submetidos: o falo. Lacan (1972-1973/ 2008, p. 104 e sgs.) avança sobre este ponto e formaliza as fórmulas da sexuação em um quadro que contém dois lados: o masculino e o feminino. Ele então elucida a regra universal afirmativa do lado masculino – todo homem está submetido à castração, todo homem está submetido à

função fálica –, sem deixar de afirmar uma particular afirmativa deste mesmo lado: há uma exceção fundamental no conjunto dos homens que remete ao pai da horda. Ou melhor, há Um que não está submetido à castração, o Um da exceção que dá fundamento à regra e a confirma.

Do lado feminino não funciona assim. Há uma regra universal negativa – nem todo sujeito está submetido à castração – regra que aponta a exceção do lado feminino. E uma regra particular negativa: não existe sujeito que não esteja submetido à castração; não há mulher que não esteja submetida à castração, ou seja, as mulheres, por se situarem de modo distinto em relação à função fálica, elas estão não-todas submetidas à tal função, pois não existe exceção que funde o conjunto. Se o psicótico não reconhece a castração, pois foraclui o significante NP, ele tem dificuldade de se posicionar sexualmente e se incluir na partilha entre os sexos. O caso Schreber fornece um bom exemplo. No processo de feminização que descreve em seu livro *Memórias de um doente dos nervos*, ele alucina um corpo de mulher. Trata-se de o mecanismo que Lacan introduziu – o empuxo à mulher na psicose – uma invenção do sujeito para tentar dar conta do enigma do sexo e do impasse de ter um corpo à mercê do Outro.

No campo da Saúde Mental é comum pensar o bem e tomar o delírio como algo a ser medicado, abolindo o sujeito e desconsiderando sua realidade psíquica, seu “inconsciente a céu aberto”, conforme a expressão utilizada por Lacan em *O seminário, livro 3: as psicoses (1955-1956/1985, p. 73)*. De modo contrário, as posições de Freud e Lacan convergem em mostrar que, para o sujeito psicótico, o delírio é a tentativa de dar sentido a algo que para ele não faz. Jacques-Alain Miller (1999/2003, p.12) intitula invenção aquilo que Lacan nomeia de construção. Essa bricolagem busca um enlaçamento, algo da ordem do pertencimento. De modo singular, O psicótico busca substituir a realidade desagradável, na qual é convocado pelo Outro, por outra realidade que vai em direção à satisfação pulsional.

De modo singular, para Charles, participar e acompanhar de perto o universo feminino é dar sentido a seu gozo. As insígnias fálicas – bolsa e as unhas pintadas – comportam uma espécie de sentido e apaziguamento. O empuxo-à-mulher na psicose comporta então uma espécie de sentido ao gozo do sujeito e o apaziguamento pela “transformação de um objeto em uma coisa, a elevação [...] a uma dignidade que ela não tinha de modo algum anteriormente” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 148). Em Freud, o gozo não é um bem, é um mal. Segundo as elucubrações de Lacan (1959-1960/1997, p.225) a respeito desta assertiva, é um mal “porque ele comporta o mal do próximo”. Se pensarmos o mandamento cristão do amor ao próximo, tem-se a presença do mau que habita o peito do próximo e que também está

em mim. É como se ressoasse que não ousou me aproximar do gozo, pois ao fazê-lo recuo diante de uma súbita agressividade. O verdadeiro sentido desse amor aponta à impossibilidade, pois “seria preciso enfrentar que o gozo do meu próximo, seu gozo nocivo, seu gozo maligno, é ele que se propõe como verdadeiro problema para o meu amor” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 229).

Para Charles há um impasse no laço com a figura masculina, pois essa aproximação torna-se invasiva e manipulada pelo Outro. Este laço só se torna possível e suportável com a distância íntima da figura feminina cujos atributos fálicos dão sentido ao seu gozo que há pouco era sem sentido e desorganizado. Charles, na presença de qualquer rapaz, é acometido pelas vozes e explica: “a voz que está em mim diz que vai me destruir. Essa voz fala através da boca das pessoas (...), o diabo está em mim, mas Deus também está e eu quero que ele venha logo me salvar”.

Em psicanálise, a ética está vinculada à lei inconsciente que estrutura o desejo e faz com que o objeto do desejo seja mantido à uma distância íntima, êxtima. Neste trabalho, o desejo do analista não objetiva a cura. Esta promessa apenas atrapalha o trabalho analítico, pois pensar o *bem* do sujeito é um engodo na via do desejo e o que implica em psicanálise é a possibilidade de o sujeito construir um sentido para aquilo que o devasta.

Referências Bibliográficas:

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) [1911]. In: _____. *Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.12.

_____. Sobre o Narcisismo: uma introdução [1914]. In: _____. *Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 14.

_____. Luto e melancolia (1917 [1915]). In: _____. *Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 14.

_____. O estranho [1919]. In: _____. *Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 17.

_____. O ego e o id [1923^a]. In: _____. *Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.19.

_____. A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade) [1923b]. In: _____. *Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.19.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência psicanalítica [1949]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* [1954-1955]. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. *O seminário, livro 3: as psicoses* [1955-1956]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

_____. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* [1959-1960]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. *O Seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-1973]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

MILLER, J.-A. A invenção psicótica [1999]. *Opção Lacaniana: revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.36. São Paulo: Edições Eolia, 2003.

**A CLÍNICA DA COMPULSÃO E DOS EXCESSOS: uma discussão das perspectivas
médica e psicanalítica**

Érika Teles Dauer

Graduada em Psicologia pela UNIFOR. Mestranda em Psicologia pela UFC.

E-mail: erikadauer@hotmail.com

Karla Patrícia Holanda Martins

Mestre em Psicologia pela PUC-RIO. Doutora em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC

E-mail: kphm@uol.com.br

RESUMO

O presente trabalho centra-se na discussão das seguintes patologias: o transtorno da compulsão alimentar periódica e os transtornos do controle dos impulsos. Buscou-se identificar e diferenciar, em termos teóricos, tais transtornos, bem como desenvolver considerações acerca da prática diagnóstica desenvolvida nas clínicas médica e psicanalítica. Para a realização da análise comparativa, foram delimitadas categorias referentes à descrição e caracterização dos quadros, experiências subjetivas frente ao sintoma e objetos envolvidos na compulsão e no impulso. Evidencia-se que as perspectivas médica e psicanalítica oferecem diferentes concepções acerca das patologias da compulsão e do impulso.

Palavras-chave: Compulsão; Impulso; Diagnóstico; Psicanálise.

ABSTRACT

The main objective of the following research is to discuss the following pathologies: *the binge eating disorder* and *impulse control disorders*. There was the objective of identify and define, in theoretical means, this disorders and also develop considerations about the diagnostic practice developed in medic and psychoanalytic clinics. With the intent of perform of the comparative analysis some categories were bounded according to the descriptions and particularities of the cases, subjective experiences against the symptom and objectives involved in the compulsion and impulse. It became clear that the medical and psychoanalytic perspectives offer different conceptions about the compulsion and impulse pathologies.

Keywords: Compulsion; Impulse; Diagnostic; Psychoanalysis.

O presente trabalho intenta viabilizar uma investigação acerca das seguintes patologias: o transtorno da compulsão alimentar periódica e os transtornos do controle dos impulsos. Desse modo, busca-se identificar e diferenciar, em termos teóricos, tais transtornos, bem como desenvolver considerações acerca da prática diagnóstica realizada nas clínicas médica e psicanalítica. Para tanto, com vistas a realizar uma análise comparativa, são delimitadas categorias referentes à descrição e caracterização dos quadros, experiências subjetivas frente ao sintoma e objetos envolvidos na compulsão e no impulso.

Em primeiro lugar, no tocante à descrição e caracterização do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), apreende-se que o TCAP é diagnosticado a partir da presença de episódios recorrentes de compulsão periódica. Estes são caracterizados pela ingestão pesada e desenfreada, em um curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente superior ao que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período e sob circunstâncias similares. O episódio compulsivo é precedido por um sentimento inespecífico de tensão, porém, durante o evento, experimenta-se prazer e alívio. Contudo, em seguida, tem-se a sensação de falta de controle, o sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está ingerindo. Também se observa a presença de sofrimento e angústia acentuados e sentimentos desagradáveis durante e após as crises, entre eles, culpa, arrependimento, remorso e sensação de impotência frente ao alimento. Lembra-se que tais episódios não se encontram associados ao uso regular de mecanismos compensatórios inadequados e devem ocorrer ao menos duas vezes por semana, em um período mínimo de seis meses (DSM-IV-TR, 2002; YAGER; POWERS, 2010; BORGES; JORGE 2000).

Em decorrência do sentimento de perda de controle frente ao alimento, os pacientes diagnosticados com o TCAP relevam sentirem-se sem liberdade para optar entre comer ou não comer, bem como, também relatam ter sua vida pessoal comprometida em decorrência da enfermidade. Por fim, ressalta-se a qualidade do comer, remetendo a um ataque, em que o indivíduo assemelha-se a um refém de um impulso que lhe é de ordem incontrolável e que possui total domínio sobre suas ações (CLAUDINO, 2001/2002; FONTENELE, 2002).

No que se referem aos transtornos do impulso, estes apresentam como característica principal o fracasso em resistir a um impulso ou a tentação de realizar uma ação perigosa a si mesmo ou a terceiros. Tais transtornos são definidos por atos repetidos que não apresentam qualquer motivação racional clara e que, frequentemente, acarretam danos nos interesses do próprio paciente ou demais pessoas. Desse modo, o paciente relata que tal comportamento se encontra associado a impulsos à ação que não podem ser controlados ou evitados, ou seja, ele se percebe como incapaz de resistir a seus impulsos, embora tente fazê-lo, planejando ou não

seus comportamentos. Ressalta-se, aqui, que antes de cometer o ato, o indivíduo vivencia uma sensação de tensão ou excitação crescente e, no momento de cometê-lo, experimenta prazer, gratificação ou alívio, contudo, em um segundo momento, podem ocorrer sentimentos de remorso, auto-recriminação, culpa ou vergonha que perturbam a sensação de prazer (DSM-IV-TR, 2002; CID-10, 2008; SADOCK; SADOCK 2007).

Ademais, a clínica da impulsividade é relacionada à clínica do excesso, sendo características da primeira a dificuldade de controle, as decisões instantâneas e o planejamento insuficiente. Assinala-se, por fim, que os transtornos do controle dos impulsos possuem o seu início marcado por tentações ou desejos destrutivos, aos quais são difíceis de resistir, bem como, penosos e acarretam prejuízos ao sujeito (ABREU; TAVARES; CORDÁS, 2008; BARLOW; DURAND, 2008).

Frente à definição e caracterização das patologias em destaque, é possível tecer algumas relações. Observa-se que ambas apresentam as semelhantes características: a ausência de liberdade para optar em realizar ou não o ato e a sensação de falta de controle, marcada por um fracasso em resistir a um impulso ou tentação; ao realizar a ação, vivencia-se uma sensação de tensão ou excitação crescente e, no momento de cometê-la, experimenta-se prazer, alívio ou satisfação; durante ou ao final da ação, identifica-se a presença acentuada de sofrimento e angústia, bem como, sentimentos desagradáveis (culpa, arrependimento, remorso, sensação de impotência, vergonha etc); ambos são caracterizados por atos repetidos que acarretam danos e prejuízos aos interesses do paciente, comprometendo a sua vida pessoal, bem como são caracterizados pela dimensão do excesso.

No tocante à classificação oferecida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DMS-IV-TR (2002), a seção destinada à categorização dos transtornos do controle dos impulsos contempla os seguintes transtornos: transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, tricotilomania e transtorno do controle dos impulsos sem outra especificação. Com base nas diretrizes diagnósticas estabelecidas, elege-se o transtorno explosivo intermitente com a intenção de explorar acerca da experiência subjetiva frente ao sintoma específico a cada patologia em análise.

Para a delimitação do transtorno explosivo intermitente, são estabelecidos três critérios diagnósticos:

- A. A ocorrência de episódios circunscritos em que ocorre fracasso em resistir a impulsos agressivos, acarretando sérios atos agressivos ou a destruição de patrimônio;
- B. O grau de agressividade expressada durante um episódio é amplamente desproporcional a qualquer provocação ou estressor psicossocial desencadeante;

C. Os episódios agressivos não são melhor explicados pela presença de outra Perturbação Mental; e não são resultado de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de um estado físico geral (DSM-IV-TR, 2002, p. 623-624).

Por fim, ainda de acordo com o DSM-IV-TR (2002), observa-se que estes eventos agressivos são vivenciados como crises ou ataques em que sentimentos de tensão ou excitação antecedem o comportamento explosivo e, imediatamente após o ato, segue-se uma sensação de alívio. Desse modo, pacientes diagnosticados com tal transtorno relatam sentirem-se tomados por um impulso para a agressão de modo incontrolável, contudo, também fazem referência à enorme sensação de alívio, à vergonha e ao remorso sentido após as ações agressivas empreendidas.

Portanto, é possível identificar a angústia decorrência da presença da tensão e ansiedade que o paciente afirma vivenciar anteriormente à execução do ato. Por exemplo, encontram-se relatos que dão conta de que os episódios impulsivos podem vir “precedidos por sintomas como formigamento, temor, palpitação, aperto no peito, pressão na cabeça ou ouvir um eco” (DSM-IV-TR, 2002, p. 624). Em seguida, imediatamente após a realização do ato, segue-se uma sensação de prazer, alívio ou satisfação. Todavia, no momento seguinte, o indivíduo vê-se tomado sentimentos de vergonha, medo, culpa ou arrependimento. Sendo assim, constata-se a existência de um ciclo constante, em que o seu início é precedido pelo comparecimento da angústia.

Com base no exposto, no que se refere ao transtorno de compulsão alimentar periódica, é possível inferir a seguinte sequência: o episódio compulsivo é precedido por um sentimento inespecífico de tensão ou excitação; tal sentimento é aliviado por meio da hiperfagia, quando, durante o episódio compulsivo, o indivíduo experimenta prazer e alívio. Contudo, em seguida, tem-se a sensação de perda de controle, bem como a presença de sofrimento acentuado, acompanhado dos sentimentos de culpa, arrependimento ou remorso. Observa-se, assim, semelhante ao descrito nos transtornos do controle dos impulsos, a existência de um ciclo, no qual a presença da angústia delimita o seu início.

Por fim, em relação aos objetos envolvidos na compulsão e no impulso, observa-se que ambos as patologias se relacionam com diferentes elementos. Para o transtorno da compulsão alimentar periódica se estabelece a relação exclusiva com o alimento. No entanto, para os transtornos do controle dos impulsos, constatou-se que são diversos os transtornos que compõem tal categoria, os quais podem, inclusive, variar de acordo com os diferentes manuais clínicos e diagnósticos.

Por exemplo, como mencionado, o DSM-IV-TR (2002) inclui os seguintes transtornos: transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico e tricotilomania e o transtorno do controle dos impulsos sem outra especificação. Já a CID-10 (2008) faz referência ao jogo patológico, comportamento incendiário patológico, roubo patológico, tricotilomania, outros transtornos de hábitos e impulsos e transtorno de hábitos e impulsos, não especificado. Em concordância com o exposto, autores Abreu; Tavares; Cordás (2008) citam alguns dos transtornos já mencionados, contudo, também contemplam e propõem outras variações, entre elas: compulsão sexual, compra compulsiva, dependência de internet, transtornos da alimentação, automutilação e amor patológico. Apontam, por conseguinte, que os diversos transtornos dos impulsos fazem referência a objetos distintos, os quais se relacionam de acordo com cada patologia.

A partir dos resultados de nossa análise, pode-se concluir que as perspectivas médica e psicanalítica oferecem diferentes concepções acerca dos transtornos descritos. Para a medicina, o diagnóstico psiquiátrico caracteriza-se por uma coleção de sinais e sintomas passíveis de observação nos sujeitos avaliados (LOUZÃ; ELKIS, 2007). Sendo assim, é a partir do reconhecimento e da identificação direta dos sintomas apresentados, juntamente com os critérios estabelecidos nos manuais, que a patologia é delimitada e diagnosticada. Cabe distinguir, por conseguinte, que são diversas as categorias e nomenclaturas que a ciência médica adquiriu para organizar os acontecimentos orgânico, real e cerebral de seus pacientes.

Percebe-se, então, que para a tal concepção, o transtorno de compulsão alimentar periódica e os transtornos do impulso são compreendidos como patologias distintas, por estarem relacionados a diferentes objetos e, conseqüentemente, possuem características diagnósticas particulares. Seguindo essa linha de raciocínio, também se pode inferir que os diversos transtornos de impulso existentes são considerados como transtornos díspares por tratarem de diferentes objetos, embora classificados em uma mesma seção. Em relação com o descrito, ressalta-se, aqui, que alguns autores, como exemplo Abreu; Tavares; Cordás (2008) e Barlow; Durand (2008) classificam os transtornos da alimentação dentro da seção dos transtornos do controle dos impulsos.

Todavia, na perspectiva psicanalítica, não se opera a partir da causalidade lógica ou do procedimento hipotético-dedutivo, semelhante ao que é utilizado na clínica médica. Em psicanálise, o diagnóstico é definido a partir da noção de estrutura, conceito que encontra relação com o inconsciente e com a linguagem. Tal estrutura refere-se a uma cadeia de elementos distintos e articulados entre si, denominados de significantes, que possuem em comum o fato de pertencerem a um mesmo conjunto. É mediante o processo de recalçamento,

ou seja, do modo como o sujeito estabelecerá sentido simbólico para o real por meio da lógica do inconsciente, que se poderá identificar a tripartição da estrutura em neurótica, psicótica ou perversa (FONTENELE, 2006).

Sobre o diagnóstico das estruturas clínicas, Fontenele (2006) remete-se ao significante da falta, ao Complexo de Édipo, como também, introduz a teoria de Lacan, para explicar que é a partir da relação entre o real, simbólico e imaginário que será permitido “falar em adjetivação da estrutura, ou seja, em neurose, perversão e psicose como formas diferentes do sujeito se posicionar em relação ao há e ao não há da diferença sexual” (FONTENELE, 2006, s/p).

Em contradição à concepção médica, em que o diagnóstico é determinado a partir do reconhecimento e identificação direta dos sintomas que caracterizam a patologia, em psicanálise “o diagnóstico não deve ser situado no grafo ao nível do sintoma, mas àquele onde, nesse sintoma, o fantasma se implica. A posição do sujeito no fantasma e o real do objeto causa do desejo são, portanto, ao que visa uma pergunta feita sobre o diagnóstico” (LEGUIL, 1989, p. 62). Logo, é mediante a existência do vínculo transferencial e, ainda, a posição que o analisando destina ao analista, que se poderá estabelecer o diagnóstico do sujeito. Em análise, é por meio da relação transferencial que o psicanalista ganha acesso ao inconsciente do analisando, como também suas interpretações encontram efeito.

Ademais, Dor (1991) ressalta a idéia de que o campo de investigação na clínica psicanalítica limita-se ao discurso do paciente. Desse modo, o analista percebe a escuta como o requisito primordial de seu instrumento diagnóstico, abandonando, assim, qualquer tentativa de realizar uma investigação montada, ou seja, “centrada sobre o exame direto do paciente por meio de mediadores instrumentais, técnicos, biológicos etc.” (DOR, 1991, p. 18). Para o analista, a escuta se apresenta como a única técnica de investigação possível, compondo, portanto, um procedimento essencialmente subjetivo, pois se sustenta no discurso do paciente e se apoia na subjetividade do analista que o acompanha.

Desse modo, cabe apontar que a clínica e o diagnóstico psicanalíticos são estruturais, bem como que a estrutura só pode ser desvelada em relação ao seu sentido inconsciente, longe da lógica da consciência; portanto, é apenas no curso do tratamento analítico que o diagnóstico se torna possível.

Considerando os objetivos inicialmente formulados para essa investigação, assinalam-se, agora, as semelhanças encontradas em ambas as patologias: a sensação de falta de controle sobre o ato, onde indivíduo percebe-se como refém de um impulso de ordem incontável e inevitável. Em geral, tais transtornos são caracterizados pela dimensão do excesso e possuem

o seu início marcado por tentações ou desejos destrutivos, os quais são penosos, acarretam prejuízos ao sujeito e sofrimento psíquico.

Todavia, assinala-se que, em psicanálise, as patologias da compulsão e do impulso só podem ser diferenciadas mediante a posição que o sujeito ocupa, quando pensada com base na especificidade da relação transferencial, e em relação com a sua estrutura clínica. Acrescenta-se, ainda, que o que possibilitará a direção do tratamento e, conseqüentemente, o seu diagnóstico, não é necessariamente o objeto em questão, mas sim, a posição do sujeito frente a este, configurando-se como algo da ordem do pulsional e do desejo.

Referências Bibliográficas:

ABREU, C.N; TAVARES, H. CORDÁS, T.A. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARLOW, D.H; DURAND, V.M. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BORGES, M.B.F; JORGE, M.R. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatria na prática médica* 2000; 33(4). Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial04.htm>> Acesso em: 16 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F; STEFANO, S.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Psiquiatria na prática médica*, v. 34, n.4, 2001/2002. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_07.htm> Acesso: 16 abr. 2013.

FONTENELE, L.B. A estrutura neurótica In: ENCONTRO DE PSICANÁLISE DA UFC, 11. 2006. Fortaleza: Edições UFC, 2006.

_____. Compulsão ao consumo: um enfoque psicanalítico. Suplemento Cultura. *Diário do Nordeste*. Fortaleza, 19 out. 2002, p. 4 - 4.

DOR, J. *Estrutura e Perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DSM-IV-TR, *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

LEGUIL, F. Mais-além dos fenômenos In: Lacan, J. *et al. A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

LOUZÃ NETO, M.R; ELKIS, H. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SADOCK, B. J; SADOCK, V.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

YAGER, J; POWERS, P.S. *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O TRANSEXUALISMO

Barbara Zenicola

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise

E-mail: barbarazenicola@hotmail.com

RESUMO

O presente trabalho traz para discussão o transexualismo assim como alguns temas que costumam ser associados a ele. Para isso, tomaremos o artigo “Travestismo, transexualismo, transgêneros: identificação e imitação”, de Simona Argentieri — publicado no *Jornal de Psicanálise de São Paulo* em dezembro de 2009— que localiza o transexualismo e o travestismo como sendo próprios da estrutura perversa. A partir deste artigo, levantamos as seguintes questões: o que há de comum e em que diferem transexualismo e travestismo? A perversão é, de fato, a estrutura que os une?

Palavras-chave: transexualismo, travestismo, psicanálise.

ABSTRACT

This work brings transsexualism to discussion as well as some topics that are often associated with it. For this, we will take the "Transvestism, transsexualism, transsexuals: identification and imitation," by Simona Argentieri - published in the *Journal of Psychoanalysis of São Paulo* in December 2009 - that locates transvestism and transsexualism as being typical of the perverse structure. From this article, we raise the following questions: what is common and differing transsexualism and transvestism? Perversion is, in fact, the structure that links them?

Keywords: transsexualism, transvestism, psychoanalysis.

O presente trabalho traz para discussão o transexualismo assim como alguns temas que costumam ser associados a ele. Para isso, tomaremos o artigo “Travestismo, transexualismo, transgêneros: identificação e imitação”, de Simona Argentieri — publicado no *Jornal de Psicanálise de São Paulo* em dezembro de 2009— que localiza o transexualismo e o travestismo como sendo próprios da estrutura perversa, e os exemplifica através de dois casos: o de uma mulher em processo de transgenização e um caso de travestismo. A partir deste artigo, levantamos as seguintes questões: o que há de comum e em que diferem transexualismo e travestismo? A perversão é, de fato, a estrutura que os une? Nossos questionamentos basear-se-ão nas referências teóricas encontradas, fundamentalmente, nos textos de Freud e de Lacan.

O conceito de transexualismo foi criado pelo médico endocrinologista, doutor Harry Benjamin, a partir de seus estudos voltados às reivindicações de homens e mulheres, homossexuais e travestis, por tratamentos hormonais e cirúrgicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o transexualismo é considerado um transtorno de identidade de gênero, onde o indivíduo se reconhece como sendo do gênero oposto ao seu biológico. Ainda no terreno da medicina, para diagnosticar o transtorno que designa o transexualismo, é necessário excluir a hipótese de psicose e de anormalidades intersexuais.

E a psicanálise, o que tem a dizer a esse respeito?

As concepções freudianas do início do século XX já haviam rompido com a vinculação da sexualidade como tendo a única finalidade biológica da reprodução, o que permitiu pensar de forma diferente as chamadas “patologias sexuais”, tais como inversões e perversões. Freud rompeu com os padrões morais que guiavam a ciência de sua época e mostrou que, para a psicanálise, a diferença dos sexos não é a diferença anatômica. O valor que Freud de fato conferiu à diferença anatômica foi a de suas “consequências psíquicas” evidenciadas nos destinos do Édipo e do posicionamento frente à castração, onde o falo se apresenta como o significante do desejo.

As contribuições da psicanálise com relação ao tema do transexualismo, balizadas pelas contribuições de Freud e de Lacan, já haviam reconhecido o fenômeno da *eviração* vivenciado no terreno da psicose. O exemplo do Caso Schreber (1911-1913/2010) é muito utilizado como referência no estudo sobre o transexualismo para exemplificar como o fenômeno pode se dar nesta estrutura. Lacan em seu texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957 [58]), ao comentar o Caso Schreber, aponta o delírio de se transformar em mulher como sendo mais de ordem de uma *prática transexualista* do que de uma fantasia homossexual, como colocado por Freud.

Segundo a abordagem lacaniana, na psicose, a forclusão do Nome-do-Pai exclui o significante fálico, não permitindo ao sujeito situar-se na partilha dos sexos como homem ou como mulher (RINALDI; BITTENCOURT, 2008), ficando fora das fórmulas quânticas da sexuação. Com a ausência do Nome-do-Pai, o psicótico fica identificado imaginariamente ao falo da mãe, o que o leva a uma *feminização*, que Lacan nomeia de *empuxo à Mulher*. Como essa identificação é precária, resta ao psicótico ser a mulher que falta aos homens.

Também podemos aqui localizar o travestismo, quando manifestado na estrutura psicótica. Ao representar *uma Mulher*, o travestismo psicótico, seria também a manifestação do *empuxo à Mulher*, uma vez que o psicótico encontra-se fora das formulas da sexuação; fora do sexo.

O significante Nome-do-Pai é o que permite dar significação viril ao pênis. Desse modo, com a falta deste significante, o psicótico vê o pênis apenas como um pedaço de carne, demandando, assim, a cirurgia de ablação. Neste caso, a cirurgia, ao invés de inscrever o real da castração no corpo, visa fazer existir *A Mulher*; visa realizar o Outro completo, pela extirpação da marca do sexo. “Não se trata de fazer crer na aparência de mulher, como é para o neurótico, ou de sustentar uma impostura, com o perverso. O transexual transforma-se na verdadeira mulher - *A Mulher* que não existe” (RINALDI; BITTENCOURT, 2008, p. 292).

O fenômeno do “sentir-se pertencente ao outro sexo” também é observado fora da psicose, o que levou a Henry Frignet - psiquiatra e psicanalista - autor do livro *O transexualismo* (2002), a propor, a partir de sua prática clínica, uma nova abordagem que distingue *transexuais*, aqueles que estariam localizados na estrutura psicótica, dos *transexualistas*³⁷, uma manifestação do transexualismo fora do âmbito da psicose.

Encontramos um exemplo de fenômeno transexual fora do âmbito da psicose na autobiografia de João Nery (2011), onde ele relata que nasceu com o corpo feminino, mas se sentia como um menino. Quando criança, sabia que não possuía um *pinto* tão grande como o dos meninos de sua idade, mas tinha esperança que um dia ele fosse crescer. João, que na época era Joana, expõe exatamente o que Freud, em 1923, evidenciara: que a principal característica da organização genital infantil consiste no fato de crianças de ambos os sexos considerarem apenas o órgão sexual masculino.

Constatamos outro ponto da teoria freudiana na biografia de João Nery que exemplifica uma das três direções possíveis no desenvolvimento da menina a partir da constatação de sua castração: o complexo de masculinidade. A menina se apega à

³⁷ Retoma o termo utilizado por Lacan em 1971.

masculinidade ameaçada e alimenta tanto a esperança de um dia “voltar” a ter um pênis quanto à fantasia de ser um homem, “e a fantasia de apesar de tudo ser um homem prossegue, com freqüência, atuando formadoramente em longos períodos da vida” (FREUD, 1931[2010] p. 378).

Ainda há outra questão estrutural que influencia o aparecimento do fenômeno transexual que é a pergunta histórica: “sou homem ou sou mulher?”. Na tentativa de responder a essa pergunta, assim como ao seu desdobramento - “o que é ser um homem?” e “o que é ser uma mulher” - é que também se localiza o travestismo histórico. Na tentativa de resposta o sujeito histórico, nesse caso, responde travestindo-se.

A prática de se travestir de mulher também pode estar relacionada à identificação do menino com a mãe, quanto ao desmentido da castração. Desse modo, ao travestir-se, o sujeito apresenta um corpo vestido como uma mulher que tem pênis. Logo, no jogo de mostra-esconde, o travesti exhibe o pênis *fetichizado* para o olhar do Outro. Portanto, o fetiche é o substituto do pênis que falta à mãe, mas que o perverso tenta esconder que sabe desta falta³⁸.

Estamos traçando um paralelo entre o transexualismo e o travestismo, pois é comum ocorrer confusão a respeito da conceituação de ambos. De fato, quando uma pessoa recorre ao médico com a demanda de cirurgia de redesignação de gênero, um dos pontos investigados pela equipe médica, a fim de constatar a transexualidade, é se esta pessoa vive travestida do gênero com o qual se identifica psiquicamente.

Portanto, nesta linha de raciocínio, o transexual apto a operar, dentre outros requisitos, teria tido a experiência de viver travestido, uma vez que se reconhece como pertencente ao gênero diferente ao seu biológico. Entretanto, o travestismo, por si só, não tem ligação com o transexualismo, uma vez que não apresenta tal demanda cirúrgica, já que não vê problema em seu sexo biológico.

No entanto, a diferença primordial entre o transexualismo e o travestismo está no modo como cada um se relaciona com o seu corpo. O sujeito transexual sente repulsa; vergonha de sua genitália. É comum, em relatos de transexuais, a recusa ao toque do parceiro em partes do corpo que denuncie seu sexo biológico. O mesmo não ocorre com o sujeito que se traveste. Enquanto o transexual se traveste para esconder o sexo biológico, o travesti goza com o jogo de “mostra e esconde”, uma vez que seu corpo é investido de libido. O ato de se travestir, mesmo que com uma única peça de roupa, é feita com a finalidade de obtenção de

³⁸ Figueiredo, D. (2011).

prazer do sujeito e de seu parceiro, e não como o ato perverso que visa dividir o Outro, para dele extrair o gozo.

Sendo assim, podemos dizer que é uma premissa equivocada afirmar que o transexualismo e o travestismo são ambas manifestações da estrutura perversa, uma vez que verificamos que não são necessariamente exclusivas desta estrutura. O perverso é aquele que desmente a castração. No lugar da castração materna, o perverso responde com o fetiche, que ao mesmo tempo afirma e nega a castração. Para localizar o transexualismo ou o travestismo dentro da estrutura perversa, é necessário que o sujeito o faça a fim negar os opostos: masculino/feminino, já que o perverso se apegava aquilo que recobre a castração materna.

Não podemos esquecer que a autora afirma que a mulher pode se localizar na estrutura perversa, na seguinte passagem: “o transexualismo é uma refutação explícita da antiga suposição de que as mulheres estão isentas da patologia das perversões” (ARGENTIERI, 2009 p.175) Tal argumento nos alerta para o moralismo que, muitas vezes, influencia na identificação, equivocada, da estrutura perversa.

Podemos falar que, segundo Martinho (2013) as mulheres se aproximam da perversão quando colocam o filho como substituto fálico, ou ainda, que o órgão masculino pode tomar valor de fetiche na atividade sexual. No entanto, isto não é o mesmo que dizer que as mulheres são perversas, no sentido da estrutura clínica. Significa que esta é a forma com que as mulheres se inscrevem na *perversão universal*, o que implica colocar o objeto “a” da fantasia no lugar do Outro sexo, ou seja, na função fálica. Sendo assim, para localizar um sujeito dentro da estrutura clínica da perversão não basta apontar aquele que tem acesso a gozos perversos, uma vez que todos os gozos assim o são. Estas, sim, são as inclinações das mulheres à perversão, mas não quanto à estrutura (MARTINHO, 2013).

O transexualismo é um tema novo e bastante controverso. Tal fenômeno nos desperta reflexões, não apenas a respeito de seu ‘enquadramento estrutural’, uma vez que podemos perceber que é possível a sua ocorrência em diferentes estruturas, mas também sobre o que é ser ‘um homem’ e o que é ser ‘uma mulher’.

As formulações aqui colocadas permitem pensar o tema do transexualismo menos aprisionado às definições das estruturas clínicas, valorizando o singular da escolha quanto à posição frente ao gozo de cada sujeito.

Sendo assim, é importante que pensemos na influência que o discurso da ciência tem, de fato, para a ocorrência e aumento deste fenômeno, pois, afinal de contas, o transexual demanda uma equipe médica para transformar o seu corpo, e, até mesmo para se definir como transexual é preciso o diagnóstico de um médico.

Referências Bibliográficas:

ARGENTIERI, S. Travestismo, transexualismo, transgêneros: identificação e imitação. *J. psicanal.* v. 42, n. 77, dez. 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352009000200012&script=sci_arttext>

FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”) [1911]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Fetichismo [1927]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004, v. 21, p. 141-152.

_____. Organização genital infantil [1923]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica dos sexos [1925]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. Sobre a sexualidade feminina [1930-1936]. In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v.18.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. [1957-58]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MARTINHO, M. H. *Perversão: um fazer gozar*. 2011. 341f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<http://www.pgpsa.uerj.br/Teses/2011/Tese%20M_Helena.pdf>

_____. O que responde o psicanalista sobre a perversão? *Stylus*, n. 26, jun. 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-157X2013000100011&script=sci_arttext>

MILLOT, C. *Extrasexo. Ensaio sobre o transexualismo*. São Paulo: Escuta, 1992.

NERY, J. *Viagem solitária: memórias de um transexual 30 anos depois*. São Paulo: Leya, 2011.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

POLLO, V. *O medo que temos do corpo*. Rio de Janeiro: Ed.7 Letras, 2012.

RINALDI, D.; BITTENCOURT, V. Transexuais e transexualistas In: Alberti, S. (Org.) *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: CAPES, 2008.

**O DIAGNÓSTICO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
do âmbito jurídico à psicanálise**

Roseane Freitas Nicolau

Psicanalista, Professora Adjunta do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará (UFPA), atuando na graduação e na Pós-Graduação em Psicologia da UFPA. Membro da Escola Letra Freudiana e do grupo Dispositivos Clínicos em Saúde Mental da ANPPEP.

E-mail: rf-nicolau@uol.com.br.

Oziléa Souza Costa

Mestranda pelo programa de pesquisa e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

E-mail: ozilea69@uol.com.br.

RESUMO

O presente artigo problematiza o diagnóstico do abuso sexual no âmbito jurídico a partir da psicanálise. No âmbito jurídico, verifica-se que este diagnóstico está amparado na investigação de determinados sintomas, “perfis” ou “sinais” da vítima “abusada” e do abuso sexual. Por considerar que em todo ato há um sujeito implicado com seu desejo, a psicanálise opera de maneira distinta. A partir do conceito de fantasia, propõe-se aqui estabelecer a distinção entre realidade material e realidade psíquica, buscando destacar o fato de que esta última determina o sentido dado pela criança às vivências sexuais precoces.

Palavras-chave: abuso sexual, diagnóstico, fantasia.

ABSTRACT

This article discusses the diagnosis of sexual abuse from legal ambit to psychoanalysis. In the legal field, it checks that this diagnostic is supported, in the investigation of certain symptoms, "profiles" or "signs" the victim "abused" and sexual abuse. Considering that in every act there is a subject involved with his desire, psychoanalysis operates differently. From the concept of fantasy, it proposed here to distinguish between material reality and psychic reality, seeking to highlight the fact that the latter determines the direction given by the child to precocious sexual experiences.

Key words: sexual abuse, fantasy, psychic reality.

Assistimos atualmente às notícias cada vez mais frequentes de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes. Nos tempos atuais o abuso sexual é reconhecido como um dos problemas mais graves de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde devido a sua elevada incidência e prevalência (PFEIFFER; SALVAGINI, 2005), tornando-se tema de grande comoção e preocupação para os profissionais e estudiosos do assunto.

A mídia, através da imprensa escrita e televisiva, também exerce uma influência incessante sobre a opinião pública, fazendo-nos pensar que se trata de uma ocorrência contemporânea, efeito de uma sociedade corrompida, pois nunca dantes se ouviu tanto falar em “abuso sexual” como na atualidade.

Admite-se atualmente que o abuso sexual é nocivo para a criança e possui efeitos nefastos sobre o adulto que ela se tornará, motivo pelo qual deve ser combatido. É o que afirma RAMOS (2009): “Nós, profissionais que trabalhamos com crianças, precisamos estar convencidos (...) de que o abuso sexual é pernicioso para as crianças e causa traumas para sua vida adulta” (RAMOS, 2009, p. 175).

Desse modo, no Brasil e no mundo desenvolvem-se pesquisas e publicações que apontam estratégias de diagnóstico, prevenção, manejo e tratamento desse tipo de violência (AZEVEDO; GUERRA, 1989; FONSECA; CAPITÃO, 2005; FRONER; RAMIRES, 2008; HABIGZANG, 2008; MELO, 2009; OLIVEIRA, 2009; SERAFIM; SAFFI, 2009), donde subtrai-se uma tendência de classificação do abuso e de generalização de seus efeitos nas vítimas. Observa-se este aspecto nas chamadas “situações de risco”, nos “perfis” da vítima e do “agressor” e na identificação de “danos” (emocionais, comportamentais, cognitivas, etc) na criança “abusada”, a partir dos quais ela é diagnosticada pelos processos de avaliação psicológica.

Surge desta compreensão sobre o fenômeno a representação da “criança traumatizada”, sendo que a noção de trauma aqui está relacionada a um acontecimento real e inesperado na vida do sujeito que lhe causa forte impacto e danos psicopatológicos graves. Nestes casos, a noção de “dano” ou de “trauma” se define por sua relação com um fato real, um acontecimento, onde o trabalho do perito é investigar sobre a veracidade do abuso, isto é, se houve ou não houve. E mesmo nos casos em que o profissional não atua como perito o tratamento é conduzido em função dos efeitos da violência real.

Por considerar que em todo ato há um sujeito implicado com seu desejo, a psicanálise aponta que os efeitos de abuso sexual não se reduzem a um acontecimento, mas implicam o sentido que o sujeito dá a ele em termos de *realidade psíquica*. Este termo designa “uma

forma de existência do sujeito, que se distingue da realidade material, na medida em que é dominada pelo império da fantasia” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 646).

Historicamente a noção de realidade psíquica surge do abandono da *teoria da sedução* elaborada por Freud (ROUDINESCO; PLON, 1998). Nesta teoria, Freud (1895-96/1987) aponta como premissa para os sintomas neuróticos a *sedução*, isto é, um abuso sexual cometido por um adulto no período da infância, que fora considerado traumático para a criança, daí a concepção de *cena traumática*. Paulatinamente Freud percebe que nem sempre esta *sedução* ocorria de fato, mas também provinha de fantasias do sujeito. Na ocasião observara que estas fantasias se constituem na tenra infância em função dos cuidados que os pais têm para com a criança e que não deixa de nela causar excitação sexual. Assim a fantasia se constitui em função de experiências “sexuais” da criança que não têm conotação abusiva, pois seriam decorrentes do convívio com os pais.

Este aspecto nos indica que o conceito de fantasia está relacionado ao de sexualidade, lembrando que em psicanálise a noção de sexualidade é ampliada para além do ato sexual ou das manifestações orgânicas.

Afirma Birmam (1999, p. 22) que a fantasia é “lugar psíquico onde a sexualidade se esboça e se materializa, para se desdobrar então no registro do corpo”. Assim, é em função das experiências “sexuais” da criança, nutridas na relação dela com os pais, que a fantasia se esboça e alimenta o psiquismo da criança, deixando seus registros em certas “lembranças”. Como afirma Freud (1897/1987), as fantasias são como:

(...) fachadas psíquicas construídas com a finalidade de obstruir o caminho para essas lembranças. (...) Servem, ao mesmo tempo, à tendência de aprimorar as lembranças, de sublimá-las. São feitas de coisas que são *ouvidas e posteriormente utilizadas*; assim combinam coisas que foram experimentadas e coisas que foram ouvidas, acontecimentos passados (da história dos pais e dos ancestrais) e coisas que a própria pessoa viu (FREUD, 1897/1987, p. 343).

Jorge (2010) nos fala que o conceito de fantasia passa pela oposição entre duas realidades, uma interna e outra externa e:

implica a existência de uma abertura na relação do sujeito com o mundo externo que vem a ser preenchida por representações singulares (...). Tais representações constituem uma verdadeira matriz psíquica que funciona como uma espécie de filtro em relação ao mundo externo, do qual são retirados apenas os traços que com elas se coadunam (JORGE, 2010, p. 10).

Assim, a fantasia aponta para uma espécie de filtros da realidade que funcionam como “estruturas protetoras, sublimações dos fatos, embelezamentos deles” (FREUD, 1897/1987, Carta 61, p.341). Fazem com que o sujeito veja a realidade de modo particular, diferente do que ela é de fato. A fantasia é assim, o que anima a percepção da realidade, modelando-a e

distorcendo-a. Ela põe o aparelho psíquico em movimento governando as ações do sujeito, seus comportamentos afetivos e sociais, suas vivências, suas escolhas e seus atos (NASIO, 2007, p. 17).

Como afirma Nasio (2007):

No fundo não vemos as coisas tais como são, mas como as desejamos e as fantasiamos (...). Interpretamos a realidade segundo o roteiro de nossas fantasias” que agem à maneira de um véu transformador (NASIO, 2007, p. 17).

Sobre este aspecto, afirma Freud (1911/1987) que:

A característica mais estranha dos processos inconscientes (recaçados), à qual nenhum pesquisador se pode acostumar sem o exercício de grande autodisciplina, deve-se ao seu inteiro desprezo pelo teste de realidade; eles equiparam a realidade do pensamento com a realidade externa e os desejos com sua realização – com o fato (...) (FREUD, 1911/1987, p. 285).

Mais adiante, Freud concluirá o seguinte:

As fantasias possuem *realidade psíquica*, em contraste com a *realidade material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*. (FREUD, 1917/1987, p.430, grifos originais).

Este aspecto não quer dizer que a realidade factual (o acontecimento) não tenha importância, mas sim que é mediante a realidade psíquica, nutrida por fantasias inconscientes, que determinado acontecimento adquire significação para determinado sujeito. Trata-se de uma espécie de tradução que ele faz da realidade factual, do modo como significa, ou simboliza, determinado acontecimento, estando relacionado às suas outras experiências, sugerindo um campo de atuação que envolve não só o fato em si, mas todo um contexto de relações e experiências que irão dar-lhe significação e constituir seus efeitos.

Nesse sentido o conceito de fantasia possibilita estabelecer uma relação/distinção/aproximação da realidade material com a realidade psíquica, destacando o fato de que esta última determina o sentido dado pela criança às vivências sexuais precoces, como o abuso sexual.

Este aspecto é importante considerá-lo na abordagem dos casos de abuso sexual, pois revela que a fronteira que separa a realidade externa (material) e a realidade interna (realidade psíquica) não é tão nítida ou bem delimitada. Pelo contrário, existe uma grande mobilidade entre elas a ponto de não se conseguir distinguir claramente verdade de imaginação.

Desse modo, ao invés do determinismo psicopatológico, como os “sinais de risco”, os “perfis” da criança “abusada”, nos quais se baseia o diagnóstico do abuso sexual, a psicanálise propõe levar-se em conta a significação que determinado acontecimento tem para cada criança em termos de realidade psíquica, sendo este o aspecto que indicará para o profissional o sofrimento da criança implicado na violência, bem como a direção do tratamento.

A fim de promover os efeitos deste modo de intervenção, o psicanalista adota uma postura contrária ao das propostas pautadas na padronização das avaliações e atendimentos. Ele parte do não-saber sobre o sujeito, silenciando suas intenções de cura, de verdade, seu desejo, possibilitando,

questionar, verificar, apontar, desconstruir imaginariamente o lugar fortalecido pela dualidade imposta pela justiça (vítima ou algoz), a fim de instar o sujeito a recontar sua história, diferencial e simbolicamente, podendo ter como efeito, para o sujeito, a busca de um sentido novo (ALMEIDA, 2009, p.116).

Desse modo, relativizar a pura padronização dos atendimentos, o viés classificatório com os quais as crianças têm sido abordadas acerca do abuso sexual, que acabam por abolir o sujeito/criança, seu desejo e sua história singular é a contribuição que a psicanálise pode dar para a problemática do abuso sexual.

Referência Bibliográfica:

ALMEIDA, J. M. Intervenções Psicanalíticas: a escuta da criança no meio jurídico. In: Paulo, B. M. (Org.). *Psicologia na Prática Jurídica: a criança em foco*. Niterói: Impetus, 2009, p.115-119.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. Consequências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In: Azevedo, A.; Guerra, V. N. A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989, p. 143-167.

FONSECA, A. R.; CAPITÃO, C. G. Abuso sexual na Infância: um estudo de validade de instrumentos projetivos. *Revista de psicologia*, v. 06, n.1, São Paulo: Vetor, 2005, p. 27-34.

FRONER, J. P.; RAMIRES, V. R. R. Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. *Paidéia*, v.18, n.40, p. 267-278, jul.2008.
Disponível em: <http://www.scielo.br/paideia>. Acesso em set. 2011.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise, Conferência XXIII - Os caminhos da formação dos sintomas (1917[1916-1917]). In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v.16, p.419-439.

_____. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v.12, p.271-286.

_____. Carta 61. (2/5/1897). In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v.1, p.341-342.

_____. Rascunho L (2/5/1897). In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v.1, p. 342-346.

_____. Estudos sobre Histeria (1895). In: _____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v.2, p. 17-250.

HABIGZANG, L. F. CORTE, F.D; HATZENBERGER, R; STROEHER, F, KOLLER, S. H. Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v.21, n.2, p.338-344, abr.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>. Acesso em 21 ago. 2011.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos de Psicanálise de Freud a Lacan*, v.2: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

MELO, A. L. S. Investigações de crimes sexuais contra crianças e adolescentes: a produção da prova. In: Paulo, B.M (Org.). *Psicologia na prática jurídica: a criança em foco*. Niterói: Impetus, 2009, p.183-196.

NASIO, J. D. *A fantasia: o prazer de ler Lacan*. Trad. André Teles e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

OLIVEIRA, A. Abuso sexual infantil. In: Paulo, B.M (Org.). *Psicologia na prática jurídica: a criança em foco*. Niterói: Impetus, 2009, p.225-224.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E.P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria*, v.81, n.5, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005, p.197-204.

RAMOS, P. P. O. C. Abuso sexual ou alienação parental. In: Paulo, B.M (Org.). *Psicologia na prática jurídica: a criança em foco*. Niterói: Impetus, 2009, p. 169-182.

ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. 1998.

SERAFIM, A.P.; SAFFI, F. Psicologia investigativa nos casos de suspeita de abuso sexual. In: Paulo, B.M (Org.). *Psicologia na prática jurídica: a criança em foco*. Niterói: Impetus, 2009, p.197-206.

ACERCA DAS EVIDÊNCIAS E DA EFICÁCIA NA PSICANÁLISE COM IDOSOS

Glória Castilho

Psicanalista; Doutora em Teoria Psicanalítica pelo PPGTP/UFRJ; Preceptora/Supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional: Modalidade Residência Hospitalar/IP/UERJ.

E-mail: gloria.castilho@gmail.com

Giselle Falbo

Psicanalista; Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFF e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF.

E-mail: gifalbo@centroin.com.br

RESUMO

Este texto parte da práxis psicanalítica no NAI/UNATI, ambiente fortemente marcado pelo discurso científico, no qual os significantes “evidências”, “eficiência”, “efetividade” e “eficácia” frequentemente orientam condutas e procedimentos. Com base em Freud e Lacan, demarca-se a importância de reintroduzir, no campo dos efeitos, a dimensão de leitura própria à psicanálise. Procura-se situar que a pergunta que norteia a ação deve considerar efeitos que apontem ao sujeito dividido e evidências que se apresentem segundo uma temporalidade lógica, *a posteriori*.

Palavras-chave: Psicanálise; Velhice; Sujeito dividido; Eficácia; Evidência

RESUMEN

Este texto parte de la praxis psicoanalítica en el NAI/UNATI [Núcleo de Atención a las Personas Mayores/Universidad de la Tercera Edad], un ambiente muy marcado por el discurso científico, en el que los significantes "evidencias", "eficiencia", "eficacia" y "eficacia" guían las conductas y procedimientos. A partir de Freud y Lacan, se demarca la importancia de reintroducir, en el campo de los efectos, la dimensión de la lectura que cabe al psicoanálisis. Se trata de señalar que la pregunta que guía la acción debe considerar efectos que apunten al sujeto dividido y evidencias que se presenten de acuerdo a una temporalidad lógica, *a posteriori*.

Palabras clave: Psicoanálisis, Aging; Sujeto; Eficacia; Evidencia

“Nas nossas regiões dos Alpes diz-se habitualmente quando dois conhecidos se encontram ou se despedem: deixa [fluir] o tempo [Zeit lassen]. Nós já fizemos muita gozação sobre esta fórmula, mas frente à precipitação americana, aprendemos a discernir quanta sabedoria de vida se encontra nela”
(FREUD, 1926/1976, p.15).

1. INTRODUÇÃO

Além da importância de localizar a velhice como evento inexorável da vida, Beauvoir (1970) lembra-nos que esta comporta algo de irrealizável. O termo irrealizável em consonância com o termo em inglês *‘realize’* – que significa dar-se conta, apreender algo – faz ecoar algo da impossível apreensão da própria velhice: velho é sempre o outro, ainda que atualizado pela própria imagem no espelho. Na mesma direção Lacan (1964/1990, p.195), ao indicar a libido como órgão irreal, esclarece a importância de referir o termo irreal ao real, diferenciando-o do imaginário. Por esta via, situar a velhice como inexorável e irrealizável, implica indicá-la como evento da vida que prima pela ausência de recobrimentos, e que expõe algo do real que exige trabalho psíquico.

Já a construção da “categoria³⁹ idoso” define-se no entrecruzamento dos discursos médico e jurídico. As práticas de ambas as áreas circunscrevem o “idoso” como fato discursivo. Neste contexto, é preciso indicar que o saber geriátrico-gerontológico constrói-se orientado pelos avanços da ciência tecnológica fortemente articulada, em nossos dias, à lógica capitalista.

A prevalência do discurso capitalista tende a situar rapidamente o velho improdutivo como obsoleto, em um mundo no qual imperam as referências à juventude e ao novo. Beauvoir (1970) avalia que o: “... velho tem um destino biológico que acarreta fatalmente uma consequência econômica: torna-se improdutivo. Mas sua involução é mais ou menos precipitada segundo os recursos da comunidade: em algumas delas, a decrepitude começa aos 40 anos, em outras aos 80” (BEAUVOIR, 1970, p.107). Como esclarece a autora, Carlos V, por exemplo, morre aos 42 anos com a reputação de ser um velho sábio (BEAUVOIR, 1970, p. 174).

2. EFICIÊNCIA E EVIDÊNCIA NA CLÍNICA COM “IDOSOS”

³⁹ Neste ponto nos remetemos também aos estudos de Philippe Ariès (1981), autor através do qual podemos discernir que as escansões temporais que dividem o desenvolvimento humano – criança, adolescente, adulto e idoso – são fatos de discurso. Desta forma, utilizaremos ao longo de todo o texto aspas no termo “idoso” para indicar a dissimetria entre a categoria idoso e o sujeito dividido da experiência analítica

Na última década foram criados espaços como a Universidade Aberta da Terceira Idade – UNATI/UERJ – que promove o estabelecimento de laços entre os “idosos” – a partir de 60 anos – através de oficinas e cursos diversos. Há também uma face assistencial do trabalho desenvolvido pela UNATI: o Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UNATI – que se localiza no Campus da UERJ e constitui-se como uma Unidade Docente Assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).

O ambiente marcadamente técnico de um ambulatório traduz a apresentação do mal estar na cultura em nossa época, que implica a conjunção do discurso capitalista com a tecnociência. Neste enquadre, em que prevalecem alguns significantes circunscritos pelo discurso científico, o velho tende a ser abordado como objeto segundo duas vertentes: ora ele próprio tornado objeto de cuidados; ora em torno da luta contra o envelhecimento, transformada agora em mercado de consumo.

O envelhecimento dito bem sucedido assume um caráter moral ao tornar-se um novo mercado que acena com a eterna juventude, orquestrada pela máxima “só é velho quem quer”. Despejam-se incessantemente no mercado novas técnicas e produtos na luta contra o envelhecimento visando recobrir o que há de inexorável nas mudanças de um corpo que sofre a ação do tempo. O fato é que se existem indiscutíveis efeitos de socialização – bem como esforços de tratamento do real – decorrentes da construção da categoria “idoso”, é preciso considerar também inequívocos efeitos de segregação e isolamento, na contramão do estabelecimento de laços sociais.

Apesar da visibilidade das questões ligadas à velhice e ao envelhecimento, paradoxalmente, há em nossa época uma concepção da velhice interpretada “... como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados” (DEBERT, 1999, p.227). Nesta direção, o que importa ressaltar é que o necessário reconhecimento da pluralidade de experiências de envelhecimento não deve nos levar a supor que não haja “limites ao investimento cultural e tecnológico nos processos biológicos” (DEBERT, 1999, p. 228). Em outras palavras, a despeito dos avanços da ciência há um ponto de real em torno do qual não há progresso. (LACAN, 1976)

Cabe situar aqui a diferença entre medicina e psicanálise no que tange à abordagem dos sintomas. Enquanto a primeira considera o sintoma como índice de desequilíbrio do funcionamento do organismo, a segunda o toma como uma solução através da qual se equaciona a economia da satisfação. Neste caso, o sintoma é visado tanto como mensagem quanto como fixidez da qual o sujeito poderá vir a prescindir ou saber fazer com. Na

perspectiva da psicanálise, portanto, o afã com que muitas vezes a ciência médica pretende extirpar o sintoma psíquico pode ser aproximado da pressa americana: algo semelhante à retirada da lâmpada que deu início ao incêndio em um quarto em chamas (FREUD, 1937/1986).

Na vertente que se dirige ao idoso como objeto de cuidados são encontrados, de forma recorrente, alguns significantes que orientam a prática das condutas e procedimentos na área de saúde. Dentre eles destacamos a efetividade, a eficiência e a eficácia. No contexto engendrado pela ciência tecnológica tais termos estão estreitamente intrincados e portam um acento nitidamente marcado pela lógica do mercado.

A eficiência, por exemplo, é definida como a relação entre os custos e os resultados, ou seja, aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. Esta aumenta na medida em que se obtém bons resultados utilizando-se menos recursos. Daí decorre que seja entendida como eficiente a ação que permite terminar um trabalho com os menores custos e tempo possíveis, de modo a não desperdiçar recursos humanos, materiais ou financeiros (SOARES, 2011). Por esta via, cabe situar que a busca por eficácia, efetividade e eficiência nem sempre se faz de modo neutro e desinteressado. Como nos advertia Freud “estamos acostumados a que cada necessidade prática crie a ideologia que lhe corresponda” (FREUD, 1926/1976, p. 15).

Ao consultarmos o dicionário Houaiss (2001) é interessante também notar que cada um dos três termos relança os outros dois. A efetividade é definida como “faculdade de produzir um efeito real”; a eficácia como “virtude ou poder de (uma causa) produzir determinado efeito”; a eficiência como “capacidade de uma causa produzir um efeito real”. Em todos os três, portanto, demarca-se fortemente a questão dos efeitos. Para a psicanálise, por sua vez, na referência a estes três termos – eficácia, efetividade e eficiência – a transferência encontra-se necessariamente implicada como campo onde alguma leitura dos efeitos pode ser estabelecida ao longo do tempo. Daí perdura o mal entendido em torno da demanda de efeitos terapêuticos rápidos.

Evidência é outro significante que nos interessa sublinhar. Segundo o dicionário Houaiss (2001) esta é definida, por um lado, como “atributo do que não dá margem à dúvida” e, por outro, como “aquilo que indica, com probabilidade, a existência de (algo); indicação, indício, sinal, traço”. Nota-se aí a abertura do significante em duas orientações muito distintas: uma na direção da ausência de margem à dúvida, e outra que concerne ao indício e ao traço.

Houaiss (2001) segue esclarecendo que evidência, em sua raiz grega – *enárgeia* – aponta à clareza, visibilidade, transparência e por meio do radical *vid* (ver) articula-se com

vidência. Vale lembrar que na antiguidade, para os gregos, a vidência muitas vezes era encarnada por um cego – Tirésias, Homero, ou mesmo Édipo no final de sua vida – deixando clara a dissimetria entre a visão e o olhar. Édipo, inclusive, sai vagando em busca de alguma evidência de outra ordem, já que as aparências só o afastaram de sua trajetória própria, como descendente dos Labdácidas. Em relação ao esvaziamento do imaginário inerente ao campo da visão, acrescentamos ainda a escansão que Lacan faz no significante *Évidence* ao aproximá-lo de *Évidement* – evidência como esvaziamento. (LACAN, 1975-76/ 2007, p. 107).

3. EVIDÊNCIA E A DIMENSÃO SIMBÓLICA DA EFICÁCIA: FRAGMENTO DE UMA ANÁLISE

A práxis psicanalítica atesta como frequente, em um primeiro tempo das análises com “idosos”, a presença de contextos de luto particularmente difíceis. Neste ambiente de luto, não é rara a ocorrência de “mostrações” ou, como bem situa Lacan, “monstrações” da perda, já que há sempre algo de monstruoso em um *acting-out*. É o preciso endereçamento ao analista que esclarece o contexto de *acting-out* que aqui abordamos.

Ocorre que a demarcação de um *acting-out* depende de alguém que o recolha, já que este chama a interpretação (LACAN, 1962-63/2006). Além disso, estas “monstrações” ‘evidenciam’ a vigência de diferentes tempos: o tempo do acontecimento e um segundo tempo do relato que abra à possibilidade de leitura, em análise. O recorte que escolhemos acontece a partir de um golpe comumente aplicado a “idosos”, o que localiza o direcionamento de tais práticas a uma fragilidade neles presumida. Para além deste aspecto, interessa-nos apresentá-lo em função da especificidade do momento e do contexto em que ocorre na vida deste sujeito. Trata-se, portanto, de tomá-lo em última instância, na sua singularidade.

Uma Senhora cujo marido morreu após longo período de cuidados, diagnosticado com Doença de Alzheimer, ouve da administração do cemitério uma informação que a desestabiliza: após um determinado período precisará ocorrer a definição de um sepultamento definitivo – com o devido custo de um jazigo – ou o enterro em uma ‘vala comum’. Angustiada e pressionada pelas questões levantadas em torno da segunda morte (LACAN, 1959-60/1988), ‘cai’ em um golpe conduzido por dois prestidigitadores, onde perde todo o dinheiro deixado por seu marido “para que não passasse dificuldades após sua morte”.

Aqui cabe ressaltar que em momentos como este, por vezes, uma queda ocorre de fato levando a fraturas graves, de difícil tratamento, e que não raro evoluem para o óbito. Diante da radicalidade do risco de que – embaraçado com o objeto perdido – o sujeito possa chegar a

cair da cena, evidencia-se a importância da escuta oferecida pelo analista. Tal escuta viabiliza alguma leitura, alguma interpretação no só-depois, operando certo esvaziamento compatível com a operação de separação. Falando ao analista este sujeito pode chegar a cumprir os necessários ritos fúnebres, avançando no trabalho de luto que lhe permitiu registrar, por uma via simbólica, a enorme perda de seu companheiro de toda a vida. Como esclarece Lacan, o luto é um trabalho “que se realiza no nível do logos” (LACAN, 1958-59/1989, p. 75).

Consideramos que esta discussão nos indica a complexidade de uma queixa na velhice. Esta concerne à realidade psíquica e convoca a um trabalho psíquico que nem sempre ocorre, fato que não é sem consequências para o sujeito. Desde Freud e Lacan, apreendemos que as conjunturas traumáticas não se articulam de forma direta, linear com os acontecimentos. Para a psicanálise, há uma dissimetria entre causa e efeito que implica que efeitos traumáticos só possam ser situados um a um e *a posteriori*. É a partir da escuta que se torna possível situar o valor de trauma ou não de um dado evento, para o sujeito dividido da experiência analítica.

Referências bibliográficas:

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*, Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1981.

BEAUVOIR, S. *A velhice: realidade incômoda*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EdUSP/FAPESP, 1999.

FREUD, S. A questão da análise leiga [1926]. In:_____. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 20.

_____. Fragmentos inéditos do pós-escrito a “A questão da psicanálise leiga” [1926] In: *A análise é leiga – da formação do psicanalista*, Publicação da Escola Letra Freudiana, ano 22, n. 32, p. 11-17.

_____. Análisis Terminable e Interminable [1937]. In:_____. *Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Imago, 1986, v. 23.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LACAN, J. Hamlet, por Lacan [1958-1959] In: *Shakespeare, Duras, Wedekind, Joyce*, Lisboa: Assírio & Alvim, 1989.

_____. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O seminário. livro 10: a angústia* [1962/63] Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

_____. *O seminário, livro 23: o sintoma* [1974-75]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. *O seminário, livro 25: l'insu que sait de l'une-bévue s'alle à mourre* [1976], inédito.

SOARES, M. J. *Eficiência versus eficácia*. Disponível em: www.hospitaldofuturo.com

O REAL INSISTE ONDE O ESTADO FRACASSA

Mignon Pereira Lins

Psicóloga clínica; especialista em psicanálise e saúde mental pelo programa de pós-graduação em Psicanálise da UERJ; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise – PPGPSA/UERJ.

E-mail: mingnonpl@yahoo.com.br

RESUMO

Neste texto, abordamos a prática da psicanálise com jovens institucionalizados, que utilizam-se do ato para apelar ao Outro da identificação e, conseqüentemente, revelam uma dificuldade singular em delimitar o campo do Outro sexo podendo, assim, implicar em um excesso de gozo que escapa à significação fálica. Abordamos um caso clínico em que o *acting out* foi utilizado pelo sujeito como um recurso para manejar essa invasão de gozo proveniente de um encontro com o real sexual, através da análise do caso, vislumbraremos de que forma a psicanálise, com a política do sujeito, pode operar ofertando um contorno ao real.

Palavras-chave: adolescência; agressividade; *acting out*; feminino.

ABSTRACT

The real insist where the state fail. In this text, we discuss the practice of psychoanalysis with youngs in institutions, that utilize the act to appeal for the Other of identification and, consequently, reveal a singular difficulty in delimit the field of the Other sex, this can implicate in a excess of delight that escapes from the phallic signification. We board a clinical case in that *acting out* was utilized by the subject as a form to resource that invasion of delight that is proceeding from a encounter with the sexual real, through the analyses from case, we will have a notion how the psychoanalysis, with the policy of the subject, can operate offering a outline to the real.

Keywords: adolescence; aggression, acting out, female.

Ao visitar o campo público de trabalho percebemos que a problemática que envolve crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social não tem uma causa ou solução simples e o desdobramento dessa questão exige a articulação de diversos discursos e saberes distintos. A estratégia principal a que um analista pode utilizar ao ingressar nesse campo é tomar a clínica, que constitui o campo de pesquisa da psicanálise, como um instrumento de ação importante, mas não único capaz de suprir a complexidade de fatores que constituem essa realidade.

A psicanálise não é alheia ao contexto social em que essas crianças vivem, pois reconhece em sua própria ética que a constituição subjetiva do sujeito perpassa pelo contexto sociológico em que ele está inserido. Contexto difícil de ser distinto pelo estado de direito que é guiado pelo exercício da moral. Ao exercer seu princípio de igualdade para o bem de todos exclui da sua lógica a singularidade de cada sujeito, por conseguinte a subjetividade está a parte da sua política.

O estado ao tentar educar, adequar e reinserir na sociedade o que dela foi segregado, rechaça o que existe de ineducável e insubmetível a toda regra ou qualquer bem e que habita qualquer ser: a realidade pulsional que constitui cada sujeito. Lacan, ao definir a ética da Psicanálise, já alertava para a problemática do agir em função do bem do sujeito, sob a justificativa do desejo de curar:

Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatura benéfica de querer-o-bem-do-sujeito. Mas daí, de que então desejam vocês curar o sujeito? [...] curá-lo das ilusões que o retêm na via de seu desejo. (LACAN, 1960/2008, p. 262)

Com a fineza clínica dos seus conceitos, Lacan nos aponta uma direção de tratamento válida para qualquer realidade: não acreditar na ilusão do querer o bem do sujeito. Portanto, nos aponta que devemos apostar que mais além da miséria social, existe a miséria psíquica inerente a qualquer sujeito.

Então, o que nos autoriza a denominar a nossa prática nesse contexto de uma prática guiada pelos princípios psicanalíticos? Uma aposta no real. O que inclui a surpresa da contingência, o encontro com o sem-sentido e a crença na realidade subjetiva.

Ao trabalhar em um centro de referência que prestava apoio psico-pedagógico a crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social conheço um jovem de 16 anos. Seu nome era Alex. O adolescente sempre que me via pelo Centro me chamava para perguntar ou comentar alguma coisa sobre as mulheres: *“Tia, como é que se namora, assim... como é que a gente ganha uma garota?”* sempre que conversava comigo me descrevia as

qualidades que uma mulher deveria ter para que ele a namorasse e que lamentava muito o fato de não poder sair para conhecer as meninas da rua. *“Sabe, tia, queria tanto conhecer um mulherão com um corpão e rosto bonito! Mas, aqui não dá nem para colocar a cabeça para fora!”*.

Após a morte da mãe, Alex ainda com 12 anos, seu pai e seu irmão João, oriundos da cidade de São Paulo, mudaram-se para a Paraíba. Seu pai decidiu vir à João Pessoa procurar por seu filho do seu primeiro casamento. Ao chegar, sem as mínimas condições financeiras, pai e filhos constroem um barraco onde passam a morar, em um bairro local, sobrevivendo da ajuda recebida pelos moradores do bairro.

Mesmo sobrevivendo em uma situação precária, segundo Alex, seu pai sempre ensinou aos filhos a noção do que era certo e do que era errado. Alex nunca estudou. Não sabia escrever, porém lia muito bem. De acordo com Alex o pai lhe ensinou a ler. Aos quatorze anos, Alex perde o pai, vítima de um infarto fulminante.

Os garotos tem a sua casa demolida pela prefeitura, pois tratava-se de uma construção irregular e os irmãos vão morar perto de uma “boca de fumo” em uma favela local. Alex diz que detestava o lugar e que até preferia andar pelas ruas e ganhar alguns trocados olhando os carros a se submeter aos traficantes do lugar. Perambulando pelas ruas, Alex conhece um amigo que o chamou para procurar o conselho tutelar, pois assim seria encaminhado à casa de passagem onde poderia ter abrigo e comida.

A secretaria tenta encontrar algum parente dos meninos, mas não os encontra nem em João Pessoa nem em São Paulo. Alex e João ficam sob a guarda do estado e são encaminhados para residir na casa de acolhida masculina. Ao matricular os irmãos na escola descobre-se que apenas Alex, não possuía certidão de nascimento. A partir desse evento foi levantada a hipótese de uma suposta traição da sua mãe e uma ilegitimidade em sua paternidade - hipótese suscitada e incitada pelos próprios funcionários da casa de acolhida.

Guiada pela verdade falaciosa de estar fazendo um grande bem ao jovem Alex, a secretaria de assistência social determina que Alex deve fazer um teste de DNA para assim obter o benefício de saber se era ou não filho do seu pai e que efetuará o exame através do DNA do seu irmão João. Imposição que, para Alex teve um efeito desastroso.

Ao mesmo tempo em que surgiam os impasses e questionamentos sobre um encontro sexual com uma parceira, o que para cada sujeito suscita a tarefa de situar-se na partilha sexual, Alex também se depara com o inominável da sexualidade feminina exposta na possível traição da sua mãe. Diante desse impasse sobre a legitimidade da sua filiação, o jovem antes falante e muitas vezes brincalhão começa a apresentar-se bastante agressivo com

todos no Centro de formação, chutando portas, envolvendo-se em brigas e xingando constantemente as mulheres do Centro.

Ao desenvolver seu texto intitulado “A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade (FREUD, 1923/1989)”, Freud nos ensina que a sexualidade infantil é regida apenas por uma marca diferencial: o falo. Este será, então, o único significante da sexualidade que orientará a criança em direção à sua identificação sexual e à sua escolha de objeto. O primado do falo na infância revelará suas consequências psíquicas na adolescência ao demarcar o território da sexualidade e a fronteira psíquica da representação no inconsciente: o Outro do sexo é irrepresentável na medida em que ultrapassa, como acontecimento de corpo, o que se pode saber.

A puberdade sofre a incidência de um “golpe de real”. Representado durante esse percurso, por um mais-além do despertar do real biológico e caracterizado como um movimento lógico marcado pela descoberta de um novo objeto sexual, possibilitando a entrada em jogo da pulsão sexual que até então, era apenas auto erótica. (LACADÉE, 2012, p. 254)

Certa vez, durante um ataque sofrido por um educador que o chamara de *“filho de rapariga”*, Alex responde: *“Ainda bem, que você disse que a minha mãe era uma rapariga, porque se fosse com o meu pai...”*.

Como lidar com esse irrepresentável? A agressividade utilizada por Alex parece ser uma forma utilizada para responder a isso. A clínica nos ensina que a agressividade, pode ser situada como uma tentativa de apelo ao saber do Outro. Trata-se de pensar a agressividade como intenção de significação. Essa tese aponta que na estrutura neurótica, a agressividade é tratada como uma demanda de significação do que não passa pela estrutura da linguagem. (LACAN, 1948/1998, p. 106-107)

Começo então a conversar com ele na oficina de artes, e ele é extremamente grosseiro, mas lhe asseguro que se quisesse poderia conversar comigo sobre qualquer coisa. Ele desdenha e parece não dar atenção. Retorno a abordá-lo perguntando sobre as garotas que ele tanto falava, onde elas estavam? Porque não falava mais delas? Ele me responde: *“Tia, não estou com cabeça para as meninas!”*, lhe digo: *“Eu sei, elas são difíceis, não é!? Mas se quiser a gente conversa sobre todas as outras coisas”*.

Como, diante de um gozo que lhe inundava de uma falta de sentido, Alex poderia manejar com as consequências psíquicas desse encontro com o inominável do Outro sexo a que cada sujeito adolescente tem a responsabilidade de se deparar? A aposta na direção do

tratamento foi recorrer ao que para Alex tinha valor de transmissão: o amor de um pai que o criou como filho por amor a uma mulher. Lacan nos lembra dessa eleição por parte do filho:

É na medida em que o pai é amado que o sujeito se identifica com ele, e que encontra a solução terminal do Édipo numa composição do recalque amnésico com a aquisição, nele mesmo, do termo ideal ao qual ele se transforma no pai. [...] quando chegar o momento, se tudo correr bem, se o gato não comê-lo, no momento da puberdade, ele terá seu pênis prontinho, junto com o seu certificado. (LACAN, 1957-58/1998, p. 176)

A adolescência é um período em que se põe à prova o que durante uma infância inteira nos situa como sujeito. Essa tarefa psíquica pode ser denominada de “separação da autoridade paterna”. Separar-se da autoridade paterna vai além da distância corporal da imagem dos pais, trata-se da possibilidade de atualizar no inconsciente a construção mítica do que o pai foi para cada sujeito, assim elegemos um traço do Outro que nos represente e nos sirva de farol no momento em que nos deparamos com o sem-sentido que se aloja nos encontro enigmáticos com o Outro sexo. Ao abordar a identificação a esse traço paterno (CALDAS, 1996, p.55) nos ensina que:

A adoção de um nome fantasia que substitui seu nome próprio visa dar conta da falha do nome-do-pai. É um nome com o qual busca metaforizar o enigma do sexo, o indizível da não relação sexual, da ausência do objeto de complementaridade [...] Como Freud aponta, é uma identificação ao traço, na qual “a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto e que a escolha de objeto regrediu para a identificação. (CALDAS, 1996, p.55).

É nesse momento de abertura ao enigma do Outro sexo que Alex fará o seu apelo ao saber paterno. Quando sua origem é colocada a prova e a sua identidade é exposta em questão, o jovem é chamado a testar o valor de significação fálica que o pai tinha para ele. (COSTA, 2001, p. 104) destaca que:

Nesse lugar, o sujeito, lança mão do recurso de um apelo ao saber paterno, aquele que o situa na referência ao Outro sexo, na referência ao feminino. Cabe acrescentar que “feminino” traz uma dimensão de indeterminação, que vai caracterizar sempre o desejo materno como enigma, marcando essa impossibilidade de definir uma representação única para o desejo.

Sempre que nos encontrávamos, conversávamos sobre diversas coisas, sobre a casa de acolhida, as atividades que andava fazendo, fala da vida em São Paulo, do pai e algumas conversas depois, surge o assunto do exame de DNA: “É tia, tão querendo tirar o meu sangue para fazer o tal do DNA...”, fica calado cabisbaixo, lhe digo: “É, estou sabendo...como está sendo isso para você?”, fica calado por bastante tempo e responde: “Assim tia...sei lá! Posso não ser irmão de Henrique...” e lhe pontuo: “Alex, o que une os irmãos são os laços de amor e isso não há como tirarem de você”. Ele pede para ir embora e encerramos a conversa.

Suscitar os laços de amor entre os irmãos, na transferência, evidenciou o que realmente está em jogo no reconhecimento de um pai por um filho: o desejo de um homem por uma mulher. A sua escuta lhe oferta a possibilidade de construir uma outra forma de acolher a dimensão de irrepresentabilidade do feminino fora do campo da agressividade. As mulheres que outrora eram nomeadas da pior forma, puderam ser circunscrita na dimensão de indecisas, complicadas e difíceis.

Continuo a acompanhá-lo e ele caba sendo beneficiado por uma contingência corriqueira aos órgãos públicos. A Secretaria cancela o teste de DNA por falta de verba. Até o meu desligamento do Centro de referência o exame ainda não havia sido feito. Com o passar do tempo, aos poucos, suas atuações agressivas diminuem consideravelmente e se engaja cada vez mais nas atividades do Centro. Certa vez, ao discutir com uma professora do centro pela indecisão desta em determinar qual seria a matéria escolhida para o reforço dos alunos se exalta e diz: “*Ai, tia! Mulher é tudo indecisa! Me dá logo raiva! Onde está Mingnon, hein!? A voz daquela tia me acalma!*”. Ao invés de recorrer a agressividade, que trabalha a favor da voz silenciosa do supereu e da pulsão de morte, parece acolher a voz que acalma, destinando o pulsional do seu gozo ao objeto que se oferta como possibilidade de uma voz serena.

Referências bibliográficas:

CALDAS, H. Grafito: O Nome do Nome do Nome. In: Caldas. H. E Pollo, V. (Org.). *Adolescência: O despertar/ kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria, 1996, p. 49-56.

COSTA, A. *Corpo e escrita - Relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará editora, 2001.

FREUD, S. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade [1923]. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, v. 19, p.177-187.

LACADÉE, P. A clínica do ato e da língua dos adolescentes. *Revista Responsabilidades*, n.2, p. 253-268, set 2011-fev. 2012. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao02/7.pdf . Acesso em 20 de abril de 2013.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente [1957-1958]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *O Seminário, livro 7: a ética da Psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. A agressividade em Psicanálise. [1958] In. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1998, p.104-126.

O QUE SE FAZ NA RUA?

Milton Nuevo de Campos Neto

Psicanalista; Mestrando em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

E-mail: miltonnuevo.psi@gmail.com

Raonna Caroline Ronchi Martins

Psicanalista; Educadora Terapêutica no CAPS ADij – Projeto Quixote – Vila Mariana/São Paulo.

E-mail: raonnacrm@gmail.com

RESUMO

Este trabalho questiona: que fazem os agentes de rua nas redes de atenção psicossocial? Problema importante considerando que há diversos programas operando sem que haja suficiente rigor quanto à delimitação de suas funções. Tal cenário coloca a questão da direção do tratamento, considerando que a demanda para esses serviços é plural. Os trabalhadores acabam realizando ações sem direcionamento claro, cuja intenção acaba se reduzindo à supressão dessa população “desajustada” socialmente. Sem formalizações concretas das demandas em questão, abrangendo a singularidade do sofrimento, vê-se surgir um problema: aparentemente a demanda de atendimento é do Estado antes de ser do sujeito.

Palavras-chave: população de rua, vulnerabilidade social, psicanálise, atenção psicossocial.

RESUMEN

Este artículo se pregunta: ¿Qué hacen los agentes de la calle en las redes de atención psicossocial? Problema importante teniendo en cuenta que hay varios programas que se ejecutan sin ningún rigor suficiente respecto de la delimitación de sus funciones. Este escenario plantea la cuestión de la dirección del tratamiento, teniendo en cuenta que la demanda de estos servicios es plural. Los trabajadores terminan realizando acciones sin dirección clara, cuya intención termina reduciendo a la supresión de esta población "inadaptada" socialmente. Sin formalizaciones concretas de las demandas en cuestión, que incluyen la singularidad del sufrimiento, lo que da lugar a un problema: aparentemente, la demanda de tratamiento es del Estado antes de ser del sujeto.

Palabras-clave: población de la calle, vulnerabilidad social, psicoanálisis, atención psicossocial.

Com o intuito de especificar o problema deste trabalho, é necessário começar pelo que está entendido como *vulnerabilidade*, quais as condições que colocam alguém numa situação vulnerável, e mais especificamente, vulnerável no contexto público. A condição de vulnerabilidade a ser trabalhada aqui diz da condição de rua. O que faz alguém que está em situação de rua ficar vulnerável? Como pensar na questão primeira que se coloca, a saber: a própria ideia de reinserção social que coloca essas pessoas em um suposto lado de fora? Estão fora do que?

Como realizar um trabalho na rua, escutando as condições que ela coloca a alguém, sem, no entanto, naturalizar esse fenômeno? Do que se trata a condição de rua enquanto fenômeno discursivo?

Isso se faz importante porque ao mesmo tempo em que a condição de rua evidencia, de fato, a miséria, a desigualdade social de um País, ela coloca para os seus representantes a carga de portar o símbolo daquilo que é tido como algo que precisamos enfrentar, combater, coloca no corpo dos seus representantes uma marca do limite, de um estado limite do qual não queremos, não desejamos, não podemos nos aproximar, assegura um lugar para *nós*, mantendo distante um lugar para *eles*.

Com Agamben (2008), a partir de sua conceitualização da figura do *muçulman*, podemos avançar no que diz respeito a uma modalidade de existência que, segundo Rosa e Poli (2009), é subtraída de qualquer possibilidade de laço com o outro e pode expressar certo destino dos sujeitos na contemporaneidade, exilados que estão de sua identidade, em um não-lugar em relação ao semelhante. Nesse sentido, Agamben (2008) introduz a ideia de *campo*, como sendo um espaço que se abre quando o *estado de exceção* começa a tornar-se regra, norma, na medida em que os seus habitantes são despojados de todo estatuto político e reduzidos completamente ao que o autor coloca como *vida nua*. Passaremos a entender a rua como um *campo*, tal qual colocado nessa acepção e gostaríamos de destacar que a ideia de *campo* faz menção direta ao *campo de concentração*.

Entende-se a miséria no espaço público como resultado das desigualdades sociais num tempo dominado pelo capitalismo, além de se constituir como um fenômeno urbano que ganha amplitude, especialmente, nas principais metrópoles brasileiras. A supremacia do capital impõe uma lógica individualista, a perspectiva de que na vida está “cada um por si” o que gera medo. Nesse contexto, há intensificação do trabalho – diante de um imperativo de consumo – e o conseqüente aumento do sofrimento subjetivo. Acontece que, se não existem espaços abertos e democráticos de convívio, criam-se condições para a emergência do individualismo, dos comportamentos desleais, intrigas e traições, ou seja, a possibilidade de

fazer sofrer e de ser injusto com o outro sob uma suposta legitimidade da busca de gozo a qualquer custo, trazida pelo “laço” discursivo inaugurado pelo capitalismo.

Para Bottega e Merlo (2010) o enfraquecimento da solidariedade “(...) criou as condições para o surgimento de um sujeito que não se sente responsável pelo laço social ou nele implicado.” (p.60). O sujeito estaria abandonado “à própria sorte”, na medida em que são mais valorizados o individualismo e a competição. Isso não se dá sem consequências para os trabalhadores no *campo* da Saúde Mental. O sofrimento no trabalho tem levado as pessoas à retratação, ou ao silenciamento, pois, se não há espaço para a fala, isso aponta para inexistência de espaço para a escuta – mais precisamente uma escuta do mal-estar. O que se lê como descomprometimento no trabalho tem sido consequência do silenciamento dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho. As pessoas vivenciam um sentimento de esvaziamento moral, social, cultural, político, já que não existe construção partilhada com os outros. (BOTTEGA; MERLO, 2010)

Nos dispositivos da chamada atenção psicossocial, a consequência de não haver um espaço de discussão para falarem legitimamente sobre o trabalho, é que esses sujeitos não se reconhecem como agentes que podem intervir na organização das práticas laborais, são levados a um embotamento pessoal. Desacreditados de sua potência, são levados a acreditar que seu sofrimento é da ordem do individual e, portanto, não tem espaço na esfera pública, não conseguindo compartilhar com outros trabalhadores, os sentimentos semelhantes. (BOTTEGA; MERLO, 2010)

O fenômeno urbano também é objeto de interesse para teóricos de orientação marxista, que se debruçam sobre o tema da “Revolução Urbana” entendendo-o como um fenômeno complexo que exige um tratamento teórico interdisciplinar e que advém de um processo no curso do qual explodem as antigas formas urbanas, agrária e industrial (LEFEBVRE, 1999). A cidade é vista como um *campo* de conflitos e tensões, como lugar de enfrentamentos e contradições que se produzem como resultados das continuidades e descontinuidades do processo de urbanização.

No entanto, a rua torna-se, para Pessanha (1995), um espaço de organização de uma rede de camaradagem e convivência. Constitui-se, portanto, como um espaço para além do abandono.

O debate a respeito da apropriação do espaço público pela população pauperizada tem sido valorizado pelo poder público no Brasil nas duas últimas décadas, impondo ações muitas vezes dos próprios poderes locais que vão desde a expulsão sumária, internamento em hospitais psiquiátricos, chacinas de índios e grupos inteiros realizadas por desconhecidos e até

mesmo por força policial. Na falta de uma política consistente, apresentam-se, muitas vezes nas ruas, os mais variados segmentos sociais caritativos, que acabam realizando com o despreendimento e boa vontade que lhe são próprios, a proeza de cuidar, mantendo as pessoas em um estado de indignância, humilhação e assujeitamento, alimentando um processo que poderíamos denominar a institucionalização da população de rua. (BRITO, 2006)

A partir da colaboração de Schuch e Gehlen (2012), nos interrogamos a respeito de certa tendência a essencialização do problema da rua, que está correlacionada entre dinâmicas que conjugam duas grandes perspectivas sobre o assunto: 1) uma, pautada pela visão de que estar na rua é um problema que requer intervenções e práticas de governo determinadas a suprimir tal fenômeno a partir da simples retirada das pessoas da rua; 2) e outra, pautada num diagnóstico de causalidade macroestrutural, que subverte as pessoas que estão nas ruas como sujeitos da falta – não sendo os termos *sujeito e falta* o que se entende em psicanálise.

Embora trabalhem com perspectivas de causalidade diferenciadas, a primeira por meio da individualização da questão e a segunda através do deslocamento para a esfera macroestrutural, ambas as abordagens retiram a complexidade da agência dos sujeitos, tornando a rua um espaço ontológico da exclusão por excelência e entendido a partir da lógica das necessidades de sobrevivência. Faz-se necessário abrir a possibilidade de argumentar a situação de rua requerendo o direcionamento tanto das multi-causalidades que estão na origem desse fenômeno, entre as quais devem ser incluídos tanto os processos sociais e históricos, quanto o reconhecimento de que a rua é também um espaço de produção de relações sociais e simbólicas habitadas por sujeitos com agência política que exploram o mundo na instabilidade do seu movimento.

Desde a década de 1980, vem se acentuando, no Brasil, uma preocupação pública acerca do morador de rua e que hoje, no repertório das políticas públicas brasileiras, chamamos de pessoas em situação de rua (SCHUCH; GEHLEN, 2012). Esse conceito pretende denominar um conjunto de populações diversas que circulam pelas ruas e fazem dela seu lugar de moradia e existência, mesmo que temporariamente, e/ou utilizam serviços diversos destinados à sua proteção e à promoção de direitos.

Tal conceito também chama a atenção para um discurso que busca uma essência definidora de determinados atributos desta “população” a fim de articular tal essência à noção de normalidade – *concentrando* essas pessoas no *campo* da anormalidade – que fundamente a criação de formas de gestão pública das pessoas colocadas nessa situação social. Uma nefasta articulação do que é produzido por um *Discurso da Universidade* para ser diferenciado do que é colocado como agente no *Discurso do Capitalista*. Isso se torna problemático à medida que

populações sem paradeiro fixo, andarilhos, miseráveis e necessitados de ordens diversas tenham sido constantes na história do mundo e a forma de concebê-los e os significados da sua existência não são homogêneos, como também não são os próprios modos de vida, trajetórias, práticas e concepções de mundo dos sujeitos colocados nessa situação. (SCHUCH; GEHLEN, 2012)

Esse caráter relacional entre determinadas práticas de sujeitos e modos de sua gestão fica muitas vezes encoberto ou menosprezado nos esforços de intervenção sobre o assunto, cujo interesse principal tem sido a construção de perfis populacionais ou mesmo a busca por causalidades para a situação de rua. O que se enfatiza nesses casos são atributos individualizados e não as variadas mediações institucionais, históricas e políticas que engendram a construção dessa população como uma problemática social (DE LUCCA, 2007)

Passou-se a considerar a itinerância e mobilidade como características próprias dos classificados “em situação de rua” e como práticas de resistência à produção de legibilidades das práticas de governo. Nesse caso a itinerância e mobilidade não são apenas faltas a serem civilizadas por práticas de intervenção, mas podem expressar a “agência política” de certas pessoas que não raro são consideradas “bárbaras” e “primitivas” pelas instituições estatais, o que os levaria a uma despossessão simbólica.

Quando consideramos a “agência política” dessas pessoas, é preciso refletir sobre a possibilidade de que certos grupos desejam manter práticas autônomas em relação às formas normalizadas de inserção social. Sendo assim a mobilidade e a recusa ao sedentarismo podem significar contrariedade com certa lógica de captura das instituições do governo. Isso aponta para a necessidade de rever a história branca e europeia e pensar que determinadas populações, mais do que estarem sendo “deixadas para trás” podem estar praticando uma recusa em ser incorporada em recursos e programas estatais nas suas lógicas de fixação e controle de mobilidades. (SCHUCH; GEHLEN, 2012)

É importante considerar que as possibilidades de recusa não podem ser lidas como formas voluntaristas, como se fossem apenas fruto de vontades individuais, mas são opções configuradas na própria experiência social e, para um entendimento psicanalítico, podem representar a manifestação sintomática de sujeitos que, pela via mesma desse sintoma, fazem barreira à boa ordem do Mestre e dão notícia de sua singularidade.

A terminologia “morador de rua”, “povo da rua”, esconde uma importante heterogeneidade a respeito dos estilos de vida e as várias situações diferentes quanto à permanência nas ruas. Tal aspecto poderia ser dimensionado, como fizeram Viera, Bezerra e Rosa (1992 *apud* SCHUCH; GEHLEN, 2012) a respeito da diferenciação entre ficar, estar e

ser de rua. A ruptura com a terminologia “sofredores de rua” para “moradores de rua”, ou “povo de rua” significou uma mobilização política que visou, de um lado, atentar para a situacionalidade da experiência nas ruas e, de outro, combater processos de estigmatização dessa população. Vistos, em geral, como vítimas ou algozes o conceito de “pessoas em situação de rua” busca reconstituir certa agência dessa população apontando que o enrijecimento de uma categoria explicativa “moradores de rua” esconde a pluralidade dos usos e sentidos da rua.

A “situação de rua” aparece então como um lugar existencial ou simbólico, mais do que simplesmente definido como a priori um lugar de falta material. Para falar dessa dimensão simbólica e de produção de relações sociais a partir da rua, Kasper (2006) propõe a atenção aos processos de “habitar a rua”. A rua aparece, desse modo, como um espaço de relações sociais e simbólicas, as quais não se reduzem a um significado puramente pragmático de resposta a fins específicos (trabalho, dormitório, etc). “Estar” na rua não é apenas uma estratégia de sobrevivência ou moradia, mas um modo específico de se constituir na existência, mediado por sentidos sobre a habitação e pelas tramas de relações que a circunscrevem. (SCHUCH; GEHLEN, 2012)

É preciso questionar a centralidade que a rua – transformada numa espécie de *ente* – ocupa na produção de sujeitos definidos a partir de sua classificação nesse segmento populacional. Embora a procura por definições conceituais menos estigmatizantes e abertas à heterogeneidade dessa experiência social tenha sido um esforço dos agentes e das instituições implicadas na construção das políticas de proteção e promoção de direitos, é possível afirmar que a noção de despossessão continua como principal centro agregador da variedade de sujeitos concentrados em uma “população” – o que permite sua concentração em albergues, hospitais, equipamentos de saúde e assistência transformados em uma espécie de “guetos”.

Nesse sentido, esse trabalho não se propõe a um esgotamento do tema, à criação de um plano completo, protocolizado a respeito de como lidar, ou o que fazer com a pessoa que faz um uso da rua, mas sim de trazer à tona as contradições e articular o discurso psicanalítico como operador, na medida em que ele possibilita a circulação discursiva, o resgate de singularidades, vozes e tempos. A partir da ética da psicanálise (LACAN, 1959-60/1988) é possível uma escuta das vivências singulares dos sujeitos imersos nessa realidade e, nesse sentido, tanto os sujeitos que fazem da rua sua situação, quanto os gestores e executores das políticas de assistência da cidade.

Em suas recomendações técnicas, Freud nos adverte sobre o desejo de curar por parte do analista (*furor sanandi*) que pode fazer soçobrar qualquer análise: “O sentimento mais

perigoso para um analista é a ambição terapêutica de alcançar (...) algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas” (FREUD, 1912/1976, p. 153).

A esse respeito é importante sustentar um “não saber” como estratégia clínica, escuta do sujeito que coloque o ouvinte em um lugar no qual o saber seja apenas suposto por quem fala. O saber deve ser produzido no lado do sujeito, assegurando que aquilo que não cessa de não se inscrever (LACAN, 1963-64/1985) não será enquadrado ou domado, mas bordejado para dar continência à experiência, ganhando contornos simbólicos, podendo dizer desse acontecimento na vida, a partir dessa borda continente, constituída no laço social, entre aquele que quer falar e o analista. Esse ato clínico, como dizem Figueiredo e Frade (2008, p. 92) é um “acontecimento que deve localizar, apontar e convocar o sujeito que ainda permanece “oculto” no paciente em sua apatia ou excesso como modos de gozo desregulado”. Trata-se da clínica do e no acontecimento, onde a palavra é tomada ao pé da letra, ali mesmo onde é dita sem reservar e acolhida sem restrições. Considerar a psicanálise como direção ética e metodológica é recolocar a fala do sujeito na cena principal, é focar a emergência da responsabilização como possível, é uma aposta de que um sujeito subsiste (apesar das condições em que sub-existe) aí, no meio de tanto entorpecimento, no meio a tantos discursos que falam dele, que falam por ele.

Referências bibliográficas:

AGAMBEN, G. *O que resta de Auschwitz: o arquivo e o testemunho (Homo Sacer III)*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

BRITO, M. M. M. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. *Psicol. Cien. Prof*, v. 26 n. 2. Brasília: 2006, p. 1-8.

BOTTEGA, C. G.; MERLO, A.R.C. . Prazer e sofrimento no trabalho dos educadores sociais com adolescentes em situação de rua. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)*, v. 13, São Paulo: 2010, p. 259-275.

DE LUCCA, D. *A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*, 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

FERREIRA, T. *Os meninos e a Rua: uma interpelação à Psicanálise*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A.P. A Função da Psicanálise e o Trabalho do Psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.11, n. 1. São Paulo: Escuta, 2008, p. 82-96.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In:_____. *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 12.

KASPER, C. P. *Habitar a Rua*. 2006. 239f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade de Campinas. Campinas: 2006

LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-60]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1963-64]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

LEFEBVRE, H. *A revolução urbana*. Belo Horizonte: Humanitas, UFMG, 1999.

PESSANHA, N. D. Perfil da população de rua. In: Rosa, C. M. M. (org.). *População de rua – Brasil e Canadá*. São Paulo: Hucitec, 1995.

ROSA, M. D.; POLI, M.C. Experiência e linguagem como estratégias de resistência. *Psicologia e Sociedade* (Impresso), v. 21, p. 5-12. 2009.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A Situação de rua para além de determinismos: explorações conceituais. In: Dorneles, A.; Obst, J.; Silva, M. (Orgs). *A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012, p. 11-25.

A CLÍNICA E A PESQUISA PSICANALÍTICA E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Elaine Cristina Schmitt Ragnini

Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Paraná/UFPR. Professora do Departamento de Psicologia da UFPR.

E-mail: elaineschmitt@hotmail.com

Vinicius Anciães Darriba

Doutor em Psicanálise pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP/PGPSA).

RESUMO

Na saúde pública, a Saúde do Trabalhador é um campo novo e em construção nas últimas duas décadas, contando com poucas articulações com a psicanálise. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, em 2020 a depressão será uma das principais causas de incapacidade para o trabalho no mundo, juntamente com as doenças cardiovasculares, fato este que já realidade no Brasil. Assim, a proposta deste trabalho é elaborar uma articulação sobre as possibilidades da psicanálise no campo da saúde pública, especialmente na saúde do trabalhador, atuando nos casos de trabalhadores em situação de afastamento do trabalho por motivo de saúde/doença mental.

Palavras-chave: psicanálise, saúde mental e trabalho, saúde do trabalhador.

RESUME

Dans la santé publique, le domaine de la santé du travailleur est nouveau et en construction depuis ces vingt dernières années. Il s'articule encore peu avec la psychanalyse. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, en 2020 la dépression sera l'une des principales causes d'incapacité au travail dans le monde, ainsi que les maladies cardiovasculaires. Ceci étant déjà un fait au Brésil. Ce travail se propose donc d'élaborer une articulation sur les possibilités de la psychanalyse dans le domaine de la santé publique, en particulier dans celui de la santé du travailleur. Le champ d'action sera celui des travailleurs écartés de leurs postes en raison de santé/maladie mentale.

Mots-clefs: psychanalyse, santé mentale et travail, santé du travailleur.

As intervenções no campo da saúde visam o bem-estar e a qualidade de vida dos sujeitos. Orientados por esse objetivo, as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde pública e privada forçaram o sujeito, como compreendido pela psicanálise. Isso se justifica, em alguma medida, pela compreensão hegemônica de homem que se verifica em boa parte das ciências humanas e médicas, mas também e especialmente pelo ideal de controle e de bem que é propagado para a humanidade. Manter sob o controle e o domínio do Estado a saúde e a vida dos cidadãos é um quesito imprescindível para a reprodução da vida humana e do sistema de produção social em seu atual estágio de desenvolvimento. No entanto, esse domínio sobre a saúde, com o ideal de buscar seu perfeito equilíbrio, desconsidera as consequências que o modo de laço e de gozo produz nos sujeitos viventes desta civilização.

O campo denominado Saúde do Trabalhador, como área da Saúde Pública brasileira, inaugura outro modo de abordar a saúde, compreendendo-a a partir do *processo social de produção de saúde e doença* e incluindo o processo de trabalho nessas determinações. Neste sentido, a Saúde do Trabalhador

Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levam à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade. (...) a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. (MENDES; DIAS, 1991, p.347).

Trata-se de um campo de práticas em construção, que inaugura uma posição crítica e que se pretende contra-hegemônico ao modelo da especialidade médica denominada Medicina do Trabalho, ou da Saúde Ocupacional. No entanto, em sua dinâmica, vale-se de alguns pressupostos enraizados nas concepções tradicionais, como o uso do conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), do diagnóstico médico e das intervenções visando um bem comum e a qualidade de vida. Assim, é a partir de três questionamentos que se busca, neste trabalho, articular algumas considerações, a partir da psicanálise, sobre o campo denominado Saúde do Trabalhador, sendo eles: Qual o bem visado nas formas de intervenção propostas pelo campo de trabalho denominado Saúde do Trabalhador? O que o diagnóstico de depressão, considerada principal causa de afastamento do trabalho, sinaliza sobre a verdade do sistema e do sujeito? O que quer o sujeito quando recorre ao Estado e suas indenizações para manter sua subsistência? Entende-se que estes

questionamentos sinalizam impasses relativos ao processo de adoecimento, tratamento e reestabelecimento dos (sujeitos) trabalhadores.

A OMS preconiza que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, que é direito do cidadão e deve ser garantido a todos. Esse conceito é transposto para o campo Saúde do Trabalhador, que entende a saúde como a ausência de doenças e a conquista do bem-estar em todos os âmbitos da vida, “um estado de equilíbrio entre os seres humanos e os meios físico, biológico e social, compatível com a plena atividade funcional.” (REY, 1999, *apud* MENDES, 2007, p.48). É esse conceito de saúde que baliza o desenvolvimento das práticas e terapêuticas que visam tratar o paciente que está impossibilitado para o trabalho. Ao visar o bem-estar e o equilíbrio, essa orientação de tratamento desconsidera aquilo que é mais íntimo de cada sujeito e acaba por conformá-lo a um sistema de vida regulatório, que visa aos objetivos do sistema e do Estado, ou seja, que os sujeitos estejam inteiramente aptos e prontos ao trabalho, à produção de bens e à perpetuação do sistema de capital. Considerando que o fundamento da Saúde do Trabalhador é trabalhar a consciência crítica sobre a posição do indivíduo frente às relações de trabalho, e fazê-lo se apropriar da dimensão humana do trabalho, levando em consideração a subjetividade, ainda assim, as formas de intervenção propostas não dão conta de abordar aquilo que é o peculiar de cada adoecimento e forçam um vínculo entre o adoecimento e o trabalho, desconsiderando o sujeito, sua história, suas fantasias e seus desejos.

As estatísticas demonstram que nos últimos 20 anos houve um considerável aumento, no Brasil, dos adoecimentos relacionados ao trabalho, destacando que as doenças mentais figuram entre as principais causas de afastamento (CRUZ, 2010). Neste cenário, deve-se considerar a indicação, feita pela OMS, de que em 2020 a depressão será a principal causa de incapacidade para o trabalho. Tomando os procedimentos médicos tradicionais, o paciente chega ao consultório relatando sua queixa de desânimo, tristeza, impossibilidades, entre outros, e recebem um diagnóstico de depressão, com uma orientação de tratamento, geralmente medicamentoso e, às vezes, associado a ele, psicoterápico. A condição do paciente é levada à instituição de trabalho, que geralmente procede com o afastamento do trabalhador depois de estabelecer uma perícia para constatar a existência da doença e estabelecer ou não uma relação desta com o trabalho. Afastado, o trabalhador se trata e se reabilita ao trabalho. Nestes termos, a depressão é tratada pela via médica, que tem no aporte biológico a explicação para a doença, que é tratada como um transtorno mental. Neste terreno, não se encontra lugar para o sujeito do inconsciente.

No âmbito da Saúde do Trabalhador, constata-se a ampliação do conceito de saúde, incluindo o modo de vida e de produção social. Neste sentido, a etiologia da doença considera os processos que se encontram para além do corpo biológico, e a intervenção deve se dar aí, ou seja, no modo de produzir, nas formas de relação, nas políticas públicas, entre outros, indicando que a consciência de quem adoecer deve ser considerada no processo, bem como a forma do sujeito viver e trabalhar. A consciência, bem visado pelos pressupostos teóricos que sustentam a Saúde do Trabalhador, deve ser trabalhada naquele que adoecer e sua força estaria na possibilidade de uma revolução, de uma luta que culminaria em uma forma de produção social e da vida mais democrática e socialista. Assim, quando se fala em Saúde do Trabalhador, a intervenção não se dá apenas para o reestabelecimento da saúde física dos trabalhadores ou no controle dos riscos à saúde, sejam eles ambientais, físicos e químicos presentes no ambiente de trabalho, mas alcança um aspecto sanitário, epidemiológico e intervencionista nas organizações de trabalho, nas políticas públicas e nas relações sindicais. No entanto, mesmo que vá além da compreensão fisiológica/biológica da doença, desconsidera os efeitos do inconsciente no processo de adoecimento.

Numa outra apreensão do processo de adoecimento, em que o sujeito é posto em causa, verifica-se os efeitos deletérios das classificações diagnósticas e da medicalização da vida, que impedem que o sujeito possa se haver com seu adoecimento e seu mal-estar. Nesta via, compreende-se que a depressão é o sintoma emergente do mal-estar contemporâneo, um sinal de que o sentido da vida (KHEL, 2002) e a vivência da experiência humana já não tem mais valor (KHEL, 2009). De algum modo, isso se refere à maneira como o sujeito estabelece o laço social na contemporaneidade, ligado ao discurso capitalista (LACAN, 1969-1970/1992).

No campo da saúde, percebe-se a quase ausência da discussão sobre o que é a condição humana e o sentido da vida na sociedade contemporânea. Guiados pelo estandarte da ciência e da eficácia, o modo de vida e a saúde passam a ser parametrizados pelo ideal de uma boa vida, com a ausência de sofrimento e a constante busca pela felicidade. Tudo aquilo que foge a esse ideal é percebido como algo que não vai bem, que precisa ser classificado para ser tratado. É o caso dos sintomas mais comumente encontrados na clínica contemporânea, como fadiga, estresse, pânico, depressão e distúrbios do excesso, como a compulsão (BIRMAN, 1999). Para cada queixa, há uma nosografia e uma classificação diagnóstica, que é universalmente conhecida e a partir da qual se constroem as intervenções para restituir o estado de saúde perdida. Esse modo de compreender o que aparece na clínica e seu consequente tratamento, não considera o sintoma do sujeito em sua particularidade e não

possibilita que a subjetividade e as formas de subjetivação contemporâneas sejam consideradas e que o sujeito possa ser tratado.

É na subversão do ideal de saúde e sua universalização que a psicanálise avança outra forma de compreender os fenômenos clínicos e de tratar os pacientes. Desde Freud uma ruptura se instaura, nas ciências médicas e humanas, na forma de conceber, conhecer e tratar o psiquismo humano. O inconsciente, como formulado por Freud e Lacan, passa a ser a via de compreensão do sujeito, de seu adoecimento e de seus sintomas, bem como de sua cura. A descoberta do inconsciente não pôde ocorrer sem que se levasse em consideração outra posição frente ao fenômeno clínico, bem como outra ética na condução do tratamento, ou seja, uma ética que considera o desejo e responsabiliza o sujeito por suas escolhas, como proposto por Lacan (1959-60/2008).

A noção de sujeito que situamos na experiência e na obra freudiana deve-se à incidência dessa posição ética e, conseqüentemente, é dependente de uma nova direção para a cura que sustentamos já se delinear em 1895. O único sujeito com que a psicanálise pode operar é esse que advém como incidência ética da experiência freudiana. Sujeito fundado, então, em uma direção de cura que toma a dificuldade como não eliminável, tendo por visada justamente aquilo que resiste à aplicação do método psicoterapêutico. (DARRIBA, 2012, p.94).

Partindo da elaboração freudiana sobre o mal-estar, entende-se que aquilo que hoje é lido como sintoma ou doença, deve antes ser compreendido à luz do mal-estar que é inerente à relação do sujeito com a civilização. Acredita-se que as incidências diagnósticas de depressão e os outros males que acometem os trabalhadores (assédio, violência no trabalho, acidentes de trabalho e suicídio), são as formas de manifestação do mal-estar do sujeito na relação com a cultura, ou seja, são os efeitos do discurso capitalista sobre o sujeito e suas formas de estabelecer o laço social. Neste sentido, a pesquisa e a clínica psicanalítica tem uma valiosa contribuição para o trabalho com aquilo que acomete os sujeitos. Ao invés de tomar o ideal de saúde e felicidade e ignorar aquilo que é próprio do sujeito, seu mal-estar, a proposta é incluir o impossível, o incurável de cada sujeito, tomando-o na sua singularidade (DARRIBA, 2012) e fazendo-o se responsabilizar pelo seu adoecimento e encontrar uma solução para o que lhe acomete e inclui seu desejo.

Como sugere Aflalo (2012, p.32), lembrando uma demanda de Lacan aos psicanalistas, é tempo de assumir “o comentário permanente do movimento analítico e o recenseamento das publicações conexas à psicanálise, em particular as psiquiátricas.” Não só refletir sobre o que vem sendo produzido se faz necessário, mas também fazer incidir no âmbito das práticas um discurso, uma posição, que considere o sujeito do inconsciente. Ao dar crédito

a isso, pode-se inferir que o campo denominado Saúde do Trabalhador sofre ainda da ausência da incidência do discurso psicanalítico na sua prática de saúde.

Referências Bibliográficas:

AFLALO, A. *O Assassinato Frustrado da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CRUZ, R. M. Nexo técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica para o Ntep. In: Machado, J.; Sorato, L.; Codo, W. (orgs). *Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: o Ntep e a Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, 2010.

DARRIBA, V. A. A psicanálise e o referencial de cientificidade que orienta a terapêutica: fundamentos para o debate na atualidade. In: Winograd, M.; Souza, M. de. (orgs). *Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012, p.87-102.

LACAN, J. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise [1959-1960]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise [1969-1970]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

MENDES, R. (org). *Patologia do Trabalho – vols. 1 e 2*. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev. Saúde públ*, v. 25. São Paulo: USP, 1991, p.341-349.

KHEL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

O PROGNÓSTICO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM SEU INÍCIO

Evacyra Viana Peixoto

Doutoranda em Pesquisa e Clínica em Psicanálise/UERJ.

Rita Maria Manso de Barros

Professora Associada da UERJ e da UNIRIO

Programa de Pós-graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise/UERJ.

RESUMO

Crianças abaixo de cinco anos são atendidas constantemente no Serviço Público na cidade de Campos dos Goytacazes, algumas encaminhadas com diagnóstico de princípio de autismo. Pretende-se discutir sobre o prognóstico do tratamento destas crianças no início do estabelecimento do quadro. Em dois casos de crianças muito pequenas que regrediram na fala, no estabelecimento do laço social e apresentavam algumas estereotípias, pode-se observar um bom prognóstico ao ingressarem no tratamento. Qual a contribuição da psicanálise para o tratamento de crianças muito pequenas com princípio de autismo? O DSM-V amplia a abrangência descritiva do “*autism spectrum disorder*”, gerando controvérsias sobre seu diagnóstico e prognóstico. O que pode a psicanálise oferecer para o tratamento desses quadros e no que ela se distancia do diagnóstico e tratamento psiquiátrico atual?

Palavras-chave: Espectro autístico; diagnóstico; prognóstico; tratamento psicanalítico.

RESUME

Enfants de moins de cinq ans sont traités par la psychanalyse dans la fonction publique, certain d'entre eux ont envoyé par un diagnostic précoce de l'autisme. Il est prévu d'examiner le pronostic du traitement de ces enfants au début de la l'apparition de la maladie. Dans deux cas de très jeunes enfants qui a régressé dans la parole, la création de liens sociaux et a eu quelques stéréotypes, on peut observer un bon pronostic lors de l'entrée dans le traitement. Quel est l'apport de la psychanalyse au traitement des très jeunes enfants atteints d'autisme précoce? Le DSM-V élargit le champ de description de “*autism spectrum disorder*”, générer des controverses sur le diagnostic et le pronostic. Ce que la psychanalyse peut offrir à traiter ces cadres et en ce qu'il s'éloigne du diagnostic et du traitement psychiatrique actuelle?

Mots-clés: Spectre autistique; diagnostic; pronostic; traitement psychanalytique.

O diagnóstico do autismo tem gerado inúmeras controvérsias e discussões não só entre os especialistas como também na sociedade civil, sobretudo a partir de versões equivocadas transmitidas pela mídia sustentada por interesses comerciais⁴⁰. Neste pequeno trabalho pretendemos ensaiar a discussão sobre o prognóstico do tratamento psicanalítico da criança pequena que apresenta o espectro autístico, no início do estabelecimento do quadro. Este estudo se insere numa pesquisa de doutorado sobre a direção do tratamento com sujeitos em constituição, onde se busca empreender, inclusive, um aprofundamento sobre a psicopatologia na pequena infância. Dedicamos aqui especial atenção ao espectro autístico pela especificidade de ser uma constituição subjetiva entendida por muitos autores atuais do campo psicanalítico como inacabada ou não-decida. Alguns especialistas discutem se o autismo evoluiria para a psicose enquanto outros advogam que a evolução do autismo se daria para o autismo mesmo.

Partamos primeiro das especulações, que se pretendem científicas, da psiquiatria estadunidense que elabora os Manuais Diagnósticos e Estatísticos dos Problemas Mentais, confeccionados e atualizados sob a chancela da Associação Psiquiátrica Americana. Em seguida, buscaremos responder às seguintes questões: qual a contribuição da psicanálise para o tratamento de crianças muito pequenas que apresentam o quadro de princípio de autismo e por qual motivo ela, a psicanálise, vem sendo tão atacada a ponto de ser eliminada pelos DSM nas recomendações ao tratamento do autismo?

O recém-lançado DSM V (maio de 2013), após mais de uma década de revisão dos critérios para a diagnose e classificação das desordens mentais, segue a mesma linha dos anteriores, mas amplia a abrangência descritiva desta “desordem”, o que vem gerando controvérsias acerca não só do diagnóstico quanto do prognóstico deste “transtorno”, pois a mais importante mudança do DSM na sua quinta edição foi quanto a Desordem do Espectro do Autismo (DAS), segundo comentários da *American Psychiatric Publishing*⁴¹. Para a APA sua diagnose se tornou agora mais precisa e criteriosa, sendo um instrumento médico cientificamente útil para diagnosticar indivíduos com a desordem autística, e um primeiro passo para definir qual o tratamento a ser indicado⁴². Acreditam ter avançado no sentido de diagnosticar crianças mais novas, agora desde a primeira infância, já que o anterior, o DSM

⁴⁰ A Rede Globo de televisão tem transmitido todo o domingo, no programa *Fantástico*, as entrevistas feitas pelo médico Dráuzio Varela, que mantém uma posição extremamente parcial. Nenhum psicanalista foi ouvido até agora (28/08/2013).

⁴¹ <http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>

⁴² *Under the DSM-5 criteria, individuals with ASD must show symptoms from early childhood, even if those symptoms are not recognized until later. This criteria change encourages earlier diagnosis of ASD but also allows people whose symptoms may not be fully recognized until social demands exceed their capacity to receive the diagnosis* (APA, 2013).

IV, foi orientado para a identificação de crianças em idade escolar. Com esta mudança de critérios, além de incentivar o diagnóstico precoce, ampliou-se o campo diagnóstico incluindo pessoas cujos sintomas não podem ser completamente reconhecidos, numa visão mais abrangente.

Esta abrangência vem causando polêmica por conta da inclusão de pessoas que apresentam sintomas típicos do autismo nesta categoria diagnóstica, o que poderia ter efeito iatrogênico e selar destinos catastróficos com tal decreto de morbididade.

Entretanto poder-se-á aqui constatar que o diagnóstico do autismo ainda na primeira infância pode ser bem vindo, já que o quadro autístico ainda não está configurado por completo, propiciando uma reversão da “desordem”. Como explica Vorcaro, a constituição do sujeito na criança ainda não está decidida, pois o “*não* decidido da criança implica a impossibilidade de fazer equivaler a estruturação de uma criança à estrutura do adulto. Assim, a incidência da nossa fala pode mudar o modo de gestão do gozo dessas crianças” (VORCARO, 1999, p. 41).

Sabemos que a clínica infantil é um tenro e fértil terreno de onde é possível colher os melhores frutos do que for plantado. A criança, ainda em constituição de sua subjetividade, sofre efeitos mais efetivos e diretos de seu tratamento.

Ao contrário do entendimento comum que se propagou de que os autistas não falam, Lacan se refere aos autistas como personagens verbosos na Conferência de Genebra (1975) sobre o sintoma:

Trata-se de saber por que há algo no autista ou no chamado esquizofrênico, que se congela, poderíamos dizer. Mas o senhor não pode dizer que não fala. Que o senhor tenha dificuldade para escutá-lo, para dar seu alcance ao que dizem, não impede que se trate, finalmente, de personagens de preferência verbosos. (LACAN, 1975, p. 12).

Alguns autistas falam, mas não sabemos o que dizem, seria mais exato afirmar. Até por que na maioria dos casos de autismo, até aproximadamente os dois anos o desenvolvimento da fala é normal, quando então esta regride em sua função social.

Na perspectiva lacaniana da psicanálise, para que se crie o laço social que vem a inserir a criança no mundo simbólico, é preciso que o puro real do corpo do vivo, do indiviso, seja atravessado pela linguagem, tornando-o sujeito dividido. No autismo sabe-se que a linguagem, esse campo do Outro, produz eco por ser o autista refratário aos seus efeitos.

Por falta de ter um pé no Outro, ele pode apenas fazer-se de seu eco. A frequência e a insistência dessas inversões pronominais [‘tu’ no lugar o ‘eu’] demonstram a posição de um sujeito que não se inscreveu no discurso do Outro, embora seja capaz de utilizá-lo mecanicamente. (MALEVAL, 2012, p 48).

Maleval afirma que há um “déficit da marca do significante sobre o corpo” (MALEVAL, 2012, p. 50), o que causa inclusive estranhamento perante sensações corpóreas que não possuem o recurso da interpretação pela linguagem.

Para este autor, para que se constitua como sujeito desejante, a criança deveria alienar-se ao campo do Outro, o que não vem a acontecer, defende ele, na síndrome autística, já que não ocorre a “mutação do real em significante”, o que faz com que não haja integração dos objetos no circuito pulsional, e sendo assim são objetos cuja presença é angustiante por falta do distanciamento que seria proporcionado pela linguagem: “seu excesso de presença obriga-o ao intenso trabalho de distanciamento e regulação” (MALEVAL, 2012, p. 48).

Diariamente crianças abaixo de cinco anos são recebidas no serviço público para tratamento de crianças e adolescentes no Município de Campos dos Goytacazes-RJ, encaminhadas por pediatras, neurologistas e médicos em geral, pela creche e até pelo juizado. Entre os variados casos clínicos foram encaminhados dois casos de crianças ainda muito pequenas com o diagnóstico de princípio de autismo.

Apresentamos dois desses sujeitos. Any⁴³ nasceu em outubro de 2006 e tem seu nome quase igual ao de sua mãe, diferenciando-se apenas pela letra *a*. Sua mãe queixa-se de que a filha falava aos 12-14 meses chamando “irmã, papai, mamãe, água”, mas deixou de falar aos 18 meses. A mãe atribui o fato à ação de sua sobrinha, então com 17 anos, que era órfã de mãe e residia com a tia, que mandava a pequena sair de perto, calar-se, engolir o choro. Somente quando a pequena tinha dois anos, a mãe descobriu que a sobrinha expulsava a filha de perto de si. Ela ainda relata quedas da filha desde um ano, quando caiu do carrinho, na presença da sobrinha que alegou não ter visto a queda por ter cochilado.

Any nasceu com refluxo e intolerância à lactose. A mãe, recém-formada em enfermagem, nunca chegou a exercer a profissão, mas explica tudo com jargão técnico da enfermagem, sem a implicação que se esperaria de uma mãe aflita. Quando Any fez dois anos, a mãe tentou colocá-la no colégio, mas ela chorava todo o tempo. Para a pediatra, Any chorava todo o tempo desde que nasceu porque o leite causava queimação no esôfago pelo refluxo e intolerância à lactose, o que parece fechar o sentido de modo lógico para a enfermeira-mãe.

Any chega à primeira entrevista acompanhada de sua mãe. Grita emitindo sons sem sentido quando quer mostrar ou pegar algo, chamando atenção para suas vontades pelo grito. Laurent nos afirma que “as crianças autistas nos ensinam o que é real” (LAURENT, 2012, p.

⁴³Nome fictício.

28) e o objeto que Any aponta é real, não é trabalhado pelo significante, pois a menina aponta diretamente para o objeto não intermediando com a palavra ao lhe fazer referência. Pega o hidrocor e começa a rabiscar o papel que lhe foi dado de um lado para o outro, rabiscando também a cadeira que apóia o papel, ou seja, desconhecendo as bordas do papel, e talvez as suas próprias, lambuzando toda a mão e sujando o vestido sob a repreensão da mãe, que ora relata o caso, ora corrige a filha. A neuropediatra de Any diagnostica que ela está com “princípio de autismo”. Contudo, Any vem melhorando e interagindo melhor desde que a prima foi embora para a casa de outra tia, o que pode ter ocasionado uma maior intimidade entre mãe e filha.

Na segunda entrevista, a mãe de Any vem acompanhada do marido, que mal pode falar dado às interrupções da esposa, e diz ter muito a contar sobre as dificuldades pelas quais passou na gravidez da filha, acrescentando ainda que quando pedia um beijo à filha, a menina vinha de boca aberta para beijar de língua e que a sobrinha já passou a mão no órgão genital de Any. Chama a sobrinha de pedófila. Pode-se hipotetizar que a presença ostensiva, excessiva e invasiva dessa prima, que arromba o corpo da pequena Any com seu abuso sexual, poderia provocar como defesa o distanciamento autístico. Após esta segunda entrevista não mais retornaram, fato comum no serviço público, ou talvez alguma interpretação tenha se produzido para eles de tudo que disseram e da forma como foram escutados.

Um segundo caso, recebido em maio de 2013, foi encaminhado por suspeita de princípio de autismo. Um menino de dois anos e meio, Rafael⁴⁴, vem regredindo progressivamente: voltou a fazer xixi e cocô nas calças, embora já tivesse aprendido a fazer no penico. Falava bem e agora fala “de um jeito” que a mãe não entende, o que ela repete a todo o momento: “não entendo o que ele diz”, demonstrando seu próprio distanciamento do filho. Para esta mãe não está em funcionamento a “loucura” própria às mães, ao interpretar as vocalizações que sua criança emite, nem a antecipação de sua imagem especular, que viria a lhe ceder lugar no mundo humano:

Esta loucura das mães é indispensável para que um dia o sujeito da fala se constitua. É preciso que alguém seja capaz desta ilusão antecipadora frente ao bebê: escutá-lo como sujeito, já em sua potencialidade de sujeito de uma fala, bem antes de esta aparecer. Os psicolinguistas falam de protoconversa para descrever estes volteios de fala durante os quais a mãe ocupa, alternadamente, o lugar do bebê – quando ela traduz o som que ele produziu – e o seu próprio, quando lhe responde. (LAZNIK, 2013, s/p).

⁴⁴ Nome fictício, também.

A mãe de Rafael se queixa que o filho quer sempre os mesmos brinquedos e chega a escondê-los para que ele brinque com os outros. Então ele pouco brinca com os novos brinquedos, bate nas coisas zangado e pede para a mãe ligar a TV, se entretendo longamente com o aparelho. Sempre que a mãe se aborrecia quando ele jogava suas coisas no chão, ela o punha no berço e então ele ficava quieto e pedia para ver a TV. A mãe, que se diz sem paciência, não tolera bem os ensaios da criança do afastamento-aproximação dos objetos, o *Fort-da* freudiano, e tolhe o filho contribuindo para seu isolamento. Ela relata que o filho tem reações de “bebezinho”, pois quando ela vai buscá-lo na creche ele se agarra a ela como se estivesse com muitas saudades, não quer deixar o colo e fica “com dificuldade de beber e comer, comendo bem devagarzinho e aos poucos”, diz ela. Aqui o “não entendo” dá lugar a algum entendimento, a uma interpretação daquilo que ela parece desejar, que é que o filho permaneça bebezinho.

Quando Rafael é trazido na entrevista seguinte, a mãe o apresenta dizendo seu nome e ele diz “é ele”. Diante do pote de bichinhos da fazenda e do mar, e dos sons que o psicanalista emite como “miauuu” quando mostra o gato, “múuuu” quando mostra a vaca, “auau” quando mostra o cachorro, Rafael sorri pegando os bichinhos dizendo “aaae” e eventualmente “é ele”. Ao final desse encontro a criança, a pedido do psicanalista, lhe dá um beijo quase encostando seus lábios no seu rosto para a surpresa da mãe, que diz que ele só é carinhoso com ela e nunca deu beijo em mais ninguém.

Na terceira entrevista, retornam sorridentes. Depois de algumas brincadeiras acompanhadas de muitas risadas, Rafael se enfia debaixo da mesa eufórico e grita “titia, titia”. Quando a psicanalista finge surpresa dizendo “Ah, você está aí?”, ele ri muito ao ser achado. Durante essa entrevista a mãe relata que agora está mais paciente com o filho, “tento brigar menos; quando ele não quer comer não forço, depois dou outra coisa, pois ele come do mesmo modo que dorme”, diz ela, “aos poucos, em intervalos”. A mãe deixa então de invadir, com sua assistência maternalizante, o corpo de seu filho, que era tratado como um objeto não habitado. Sabemos que, para que do vivente emergja um sujeito desejante, se faz necessário o investimento libidinal materno na falicização da criança. Como afirma Catão (2010) o autismo caracteriza-se justamente por uma ausência de auto-erotismo na relação com o Outro.

Retornaram depois de três semanas, e desta vez a mãe sorri, algo que é observado a ela pela psicanalista. Esta mãe então alega que realmente se sentiu deprimida desde que se separou do marido, quando o filho tinha cinco meses de idade, mas que agora resolveu superar esta separação. Este filho ocupou o lugar de uma perda mortificante para esta mãe,

como um lugar sintomático que a criança vem a ocupar na estrutura familiar (LACAN, 1969/2003), mas teve seu destino retraçado e seu auto-erotismo restabelecido.

Pode-se observar também que a própria presença de um Outro intermediador, que é o psicanalista, na relação entre a mãe e a criança, pode por si só produzir um efeito de retorno simbólico, como se a mãe a partir daí se colocasse em outro plano, propiciando que ceda lugar ao sujeito a advir.

O que importa, então, é saber como intervir para permitir o relançamento da estruturação do aparelho psíquico. Às vezes, uma fala do médico basta para suscitar a falicização do bebê. Ela se produz, inicialmente, no olhar do médico, para que os pais possam, por sua vez, vê-la. Os médicos mais experientes estão familiarizados com esta dimensão terapêutica; eles conhecem o peso de sua fala. Quando os pais vêem os olhos do médico brilhar ante o bebê maravilhoso, isto pode, às vezes, bastar para restabelecer o esquema óptico, para permitir aos pais uma identificação secundária com o olhar do médico (LAZNIK, 2013, s/p).

Pode-se observar um bom prognóstico dos casos destas pequenas crianças que, regredidas na fala, no estabelecimento do laço social, com algumas estereotípias, que logo foram diagnosticadas e encaminhadas para o tratamento psicanalítico. Mas nem todos os profissionais o fazem, infelizmente. Como pretendíamos demonstrar com nossas questões lançadas no início, fica claro com esses casos, a importância da psicanálise para o tratamento de crianças muito pequenas que apresentam o quadro de princípio de autismo. Contudo, ficamos a questão de por qual motivo a psicanálise vem sendo tão atacada a ponto de ser eliminada pelos DSM nas recomendações ao tratamento do autismo?

Um bom início de resposta está no excelente livro de Agnès Aflalo (2012) que critica os interesses econômicos embutidos nesses manuais. Ela chama a atenção para a diferença do número de páginas dedicadas ao autismo nas variadas edições dos DSM, revelando o quanto eles envolvem implicações ideológicas e mercadológicas, mais do que uma preocupação em diminuir o sofrimento humano, que envolve não só o próprio autista como também os que o cercam: pais, avós, professores. Esta pode ser uma resposta às indagações que fizemos. Nossas pesquisas prosseguem nessa direção.

Referências bibliográficas:

AFLALO, A. *Autisme: nouveaux spectres, nouveaux marches*. Paris: Navarin, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Autism Spectrum Disorder. *DSM-V Development*. American Psychiatric Publishing
<http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
 Acesso em: 31 ago. 2013.

CATÃO, I. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

LACAN, J. Duas notas sobre a criança [1969]. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2003.

_____. Conferência em Genebra sobre o sintoma. Transcrição de Mário Cifali, 1975. www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/genebra.doc Acesso em 31/08/2013.

LAURENT, E. O que nos ensinam os autistas. In: Murta, A. *et al* (org.). *Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

LAZNICK, M. C. *Psicanalistas que trabalham em saúde pública*. Blog do Movimento Psicanálise, autismo e saúde pública. Publicado em 03 jun. 2013. <http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/06/03/psicanalistas-que-trabalham-em-saude-publica-marie-christine-laznik/>. Acesso em: 05 jun. 2013

MALEVAL, J. C. Língua verbosa, língua factual e frases espontâneas nos autistas. In: Murta, A. *et al* (org.). *Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

_____. O que existe de constante no autismo? *Revista Clinicaps*. Conferência pronunciada na Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte-MG, em 10 maio 2010. http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_11_art_01.html. Acesso em: 31 ago. 2013.

VORCARO, Angela M. R. *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

A EX-SISTÊNCIA DO SOBRENOME PATERNO: O MISTÉRIO DE MARIA

Antônio Carlos Félix das Neves

Psicólogo-Psicanalista, Analista Membro da Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória/ES e
Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ.

E-mail: antoniocarlosfn@terra.com.br

RESUMO

A história que será relatada a seguir revela que a ausência do sobrenome paterno, na certidão de nascimento do filho, é uma forma, inconsciente, de uma mãe fazer ex-sistir o nome do pai para ela, portanto, paradoxalmente, fazer valer um pai para ela na indeterminação de uma paternidade biológica do filho. Neste caso, o reconhecimento da paternidade biológica ameaça a própria subjetividade da mãe, que nessa ex-sistência do sobrenome paterno, ordena, mesmo que precariamente, um gozo desmedido

Palavras-chave: ex-sistência, reconhecimento de paternidade, Nome-do-Pai.

RESUME

L'histoire qui va être racontée montre que l'absence du nom du père dans l'extrait de naissance du fils, est une manière inconsciente d'une mère faire ex-sister le nom du père pour elle. Par conséquent, paradoxalement, faire valoir un père pour elle dans l'indétermination d'une paternité biologique du fils. Dans ce cas, la reconnaissance de la paternité biologique menace la propre subjectivité de la mère, qui dans cette ex-sistence du nom de famille paternel, impose même de manière précaire une jouissance démesurée.

Mots-Clés: ex-sistence, reconnaissance de la paternité, Nom-du-Père.

Lacan (1966/1998, p. 638) dizia que “Nossa ciência só se transmite ao articular oportunamente o particular”. As questões que envolvem o particular do reconhecimento de uma paternidade, como qualquer outro fenômeno, “[...] só é concebível caso represente outra coisa que ele próprio” (LACAN, 1953/2005, p. 12).

A história que será relatada a seguir revela que a ausência do sobrenome paterno, na certidão de nascimento do filho, é uma forma, inconsciente, de uma mãe fazer ex-sistir o nome do pai para ela, portanto, paradoxalmente, fazer valer um pai para ela na indeterminação de uma paternidade biológica do filho. Neste caso, o reconhecimento da paternidade biológica ameaça a própria subjetividade da mãe, que nessa ex-sistência do sobrenome paterno, ordena, mesmo que precariamente, um gozo desmedido.

Lacan (1974-1975/1991, p. 29), a partir da teoria dos nós, comenta que “[...] o que é ex é aquilo que gira em torno do consistente e faz intervalo”, que “[...] ex-sistire é extrair a própria sustentação somente de um exterior que não existe” (LACAN, 1971-1972/2012, p. 131). Assim, como extrair um exterior que não existe? Em outros termos, como extrair uma ex-sistência? Esta realização depende de que alguma coisa se encontre numa posição terceira, mas não é o terceiro que se encontra transcendente. O terceiro permite que o elemento transcendente se realize numa ex-sistência, fazendo com que o sujeito transcenda ao semelhante (LACAN, 1953/2005).

Desse modo, consideramos que a ausência do sobrenome paterno no registro de nascimento de um filho, no caso de Maria, ex-siste e, ex-sistindo, o sobrenome paterno transcende, habitando o campo do real, portanto, com função de nó. Veremos, com a exposição do caso, que é a ausência do pai biológico – seu sobrenome – no registro do filho é o que sustenta Maria no mundo, não permitindo que ela mesma ex-sista ao infinito, pois há também um limite para se ex-sistir.

Junior, um menino de nove anos de idade, ao olhar a certidão de nascimento de seu irmão mais novo, se dirige à sua mãe e pergunta: “Mãe, por que meu irmão tem o nome do pai e eu não?”. É certo que havia comentários na família que giravam em torno da sua origem, inclusive do seu irmão mais velho, que brincava com ele dizendo-lhe que era adotivo. A presença do sobrenome paterno na certidão do irmão recém-nascido evocava ao mesmo tempo a ausência do seu, fazendo ressoar os ditos familiares sobre sua origem. Não deve ser por acaso que a presença de uma criança, um recém-nascido, faça renascer a questão que estava em silêncio: quem é o pai?

Maria, mãe de Junior, nasceu quando sua mãe completaria 15 anos de idade. A mãe de Maria, na ocasião do seu nascimento, tem uma crise de ausência que a impede de reconhecer

Maria como sua filha. Maria então vai morar com a avó materna e lá permaneceu, mesmo sua mãe recuperando a consciência, quatro meses depois.

Maria casa-se aos 17 anos e tem um menino. Separa do marido, dentre outras coisas, por ele dizer que não gostava do filho: *“Não posso conviver com um homem que rejeita um filho meu”*.

Numa conversa com as amigas, Maria descobre que nunca experimentou um orgasmo. Mas agora separada, se envolve com vários homens na busca por tal prazer que ela mesma denominou de *“Uma fantástica busca que só serviu para gerar Junior. O nascimento de Junior é que deu um freio”*. No entanto, esses encontros amorosos nunca lhe proporcionaram a satisfação esperada.

Uma vez grávida de Junior, Maria comunica o fato ao suposto pai, José, o homem com quem estivera mais tempo. Ele sugere o aborto, pois já mantinha um relacionamento com outra mulher, inclusive que esperava um filho seu. Maria não realiza o aborto e vai cuidar do filho sozinha.

Maria se casa novamente e tem outro menino. O padastro cria Junior como se filho fosse, desde os seis meses de vida. Ele quis reconhecê-lo como filho, mas Maria não deixou, alegando que ele não é o pai: *“E se amanhã agente se separa, como ficaria a situação de Junior?”*, justifica-se.

No pedido de averiguação de paternidade, Maria supõe que Jose é o pai. Mas por que este homem, pergunto? E ela me diz que se encantara com seu jeito de falar, meio arrastado, prolongado, que acentua o tom final das vogais: *“É bom demais, é muito gostoooooso!”*. Mas eis que um dia ela se surpreende com seu filho Junior chupando deliciosamente uma fruta: *“Que cajá gostoooooso, sô! [E Maria com certa admiração, comenta]: “Como pode ele falar assim, se nunca esteve com o pai?”*”. Maria não se dá conta de que, no encontro sonoro das vogais (oooooso), ela chamara Jose de pai.

Maria comenta que se apaixonara pela aquela voz, pelo jeito de falar, que Junior a fazia lembrar: *“É a mesma coisa de estar ouvindo o Junior falando, aquele sotaque, aquela coisa diferente e legal. Ficava assim encantada”*.

Sua avó recentemente sofreu um AVC (Acidente Vascular cerebral) e ficou impossibilitada de falar, tendo que fazer uso de gestos e murmúrios para se comunicar. Assim relata Maria a importância de sua avó... (a-voz): *“Quando minha avó perdeu a voz, eu fiquei cega. Ela sempre me orientava na educação dos filhos. Ela conseguia ver o que estava certo ou errado. Hoje me sinto perdida, tenho vontade de me matar. Minha avó é como um espelho para mim, ela tem a força e motivação para fazer as coisas”*.

Sobre Junior é importante dizer que apresentou duas crises de ausência: a primeira, quando tinha um ano de idade, após uma convulsão e outra, aos sete anos, quando foi tirar sangue. Junior é disperso em sala de aula, se mostrando ausente. Encaminhado ao neurologista, toma remédio para ter foco. A médica pergunta a mãe pelos antecedentes paternos e a mãe relata que o suposto pai tem um filho deficiente. É nessa ocasião que Maria procura Jose para saber se essa crise de ausência viria do lado do pai.

Maria é muito grudada nos filhos. Não os deixa sair sozinhos ou ficar na casa dos amigos, principalmente Junior, devido suas crises de ausência. Diz não conseguir ficar longe deles, que só de pensar, entra em desespero. Sobre Junior, sua preocupação parece maior: *“Se eu faltar, com quem ele vai ficar? Os outros têm pai”*.

No entanto, ela revela ter uma impaciência para com eles, que não lhe permite ficar muito tempo juntos ou ouvi-los com atenção. Quando eles começam a crescer, se afasta deles, mas quando são bebês, não. Maria associa essa dificuldade de abraçá-los, de ter intimidade com os filhos, com o seu pai, que não se aproximava e nem expressava os afetos, ele que, segundo Maria, era descendente de índio, andava descalço, comia na bacia e vivia largado, pois perdera a mãe quando ainda tinha 8 anos de idade. Sobre o pai, observa Maria: *“Talvez meu pai não fizesse contato porque eu era mulher”*.

O resultado do exame é marcado e as partes estão reunidas. Antes de abrir o envelope pergunto a José como foi a viagem, já que ele viera de uma cidade distante. *“Ah, doutor, eu fui encostaaaaando o carro assim [...]”*. Maria riu e chamou minha atenção para o jeito de José falar: *“Olha doutor, o jeito que ele fala, aquilo que eu falava do Junior”*. Pude constatar, naquele breve instante, o encantamento de Maria por aquela modalidade de voz. Em seguida, ela me diz: *“Talvez Junior veio porque eu achava ele bonito; na gravidez eu lembrava dele”*.

Jose chega a dizer que o menino já o cativara, que até nem precisava fazer o exame. Abro o envelope e comunico o resultado conforme está escrito: *“O Sr. Jose está excluído de ser o pai biológico de Junior”*.

O suposto pai, diante do resultado, sugere a Maria fazer outro exame, particular. Mas Maria resiste dizendo que não, que sempre “correu disso” (sic), do exame de DNA, que gostaria de deixar pra lá.

O resultado do exame de DNA, excluindo a possibilidade de Jose ser o pai biológico de Junior, faz com que Maria realize outro exame. Ela pondera ter se envolvido com outro homem, também por mais tempo. Maria então viaja, com Junior, para a cidade do suposto pai para fazer o exame de DNA. O resultado então ratifica o que foi anunciado no primeiro exame: *“O Sr. X está excluído de ser o pai biológico de Junior”*. Na ocasião do exame, Maria

comenta que Junior, ao tirar o sangue para o exame de DNA, desmaia e fica desacordado por um tempo, tendo de ser socorrido pela enfermeira. Vendo o filho desmaiar, desabafa: “*Há se eu perder esse filho por causa do DNA!*”.

Maria, tendo o resultado do exame de DNA dado negativo, já não sabe mais quem é o pai de Junior. Mas Junior insiste em manter a pergunta “O que (quem) é um pai?”, agora por ocasião da pensão recebida por seu irmão mais velho: “Por que eu não tenho pensão, igual ao meu irmão?”. A mãe e o padastro, diante da surpresa da pergunta, tentam se justificarem, mas não convencem Junior, que indaga:

- *Mas mãe, você sabe quem é meu pai, não sabe?*

- *Sei, mas não sei onde ele está.*

- *Esta aí, do seu lado, se referindo ao padastro.*

Maria diz ter ficado em silêncio. Ela nada pronuncia. Nem mesmo o padastro. Pergunto por quê? “*Não sei!*”, ela responde e brinca dizendo que deve “*Estar tapeando os dois*”.

Por que Maria sempre evitou o exame de DNA? O que pode acontecer se Maria “perder esse filho por causa do DNA”? Maria, ao longo dos atendimentos preliminares, me confessou que sente uma solidão, um vazio estranho, uma vontade de morrer, de se jogar embaixo de um carro. Só não o faz pelo filho: “*Eu não faço isso por causa de Junior, que não tem pai, pois os outros dois filhos têm*”.

Lembremos que a vinda de Junior dá um freio em Maria, na sua fantástica busca por um gozo sem limite. A ausência do sobrenome paterno, ex-sistindo, sustenta um lugar para Maria no mundo, faz algum intervalo, dá alguma boda para o seu ‘vazio estranho’, evitando que Maria desapareça, numa ex-sistência também sem limite.

Referências Bibliográficas:

LACAN, J. *O Seminário livro 19: ...ou pior* [1971-1972]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

_____. *O seminário livro 23: o sinthoma* [1975-1976]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. *Nomes-do-pai* [1953]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* [1966]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *O Seminário livro 22: R.S.I.* [1974-1975]. Inédito. Rio de Janeiro: Escola Lacaniana de Psicanálise, 1991. (Tradução livre para estudo).